



UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

**MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA
MENCIÓN NEUROPSICOLOGÍA DEL APRENDIZAJE**

TEMA: Factores de riesgo psicosociales asociados al deterioro cognitivo por consumo de cannabis y cocaína en jóvenes.

Autor: Psic. Villamar Ydalgo Isidora

Director: MSc. Diana Elizabeth Pilamunga Asacata.

Milagro, enero del 2022

ECUADOR

Carta de Aceptación del Tutor.

Por la presente hago constar que he analizado el proyecto de titulación, elaborado por la Sra. Psic. **Isidora Villamar Ydalgo** previo a la obtención del Grado de Magister en Psicología, mención Neuropsicología del Aprendizaje y que acepto hacer las tutorías a la estudiante, durante la etapa del desarrollo del trabajo hasta su presentación, evaluación y sustentación.

Milagro, 08 de octubre del 2021



Diana Elizabeth Pilamunga Asacata

CI. 0954280079

Declaracion de Autoria de Investigaci3n.

Yo, **Villamar Ydalgo Isidora** con **CI. 0910785534**, declaro ante el Comit3 Acad3mico del Programa de Maestría en Psicología de la Universidad Estatal De Milagro, que el trabajo presentado es de mi propia autoría, no contiene material escrito por otra persona salvo el que esta referenciado debidamente en el texto, parte del presente documento o en su totalidad no ha sido aceptado para el otorgamiento de cualquier otro titulo de una instituci3n nacional o extranjera.

Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada. As3 mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalizaci3n y publicaci3n de este Proyecto de Investigaci3n en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educaci3n Superior.

Milagro, 15 de diciembre del 2021



Villamar Ydalgo Isidora

C.I 0910785534

Certificación de la Defensa.

EL TRIBUNAL CALIFICADOR previo a la obtención del título de MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA MENCIÓN NEUROPSICOLOGÍA DEL APRENDIZAJE, presentado por la Sra. Psic. Isidora Villamar Ydalgo, otorga al presente proyecto de investigación las siguientes calificaciones:

MEMORIA CIENTÍFICA	[57,33]
DEFENSA ORAL	[39,33]
TOTAL	[96,67]
EQUIVALENTE	[EXCELENTE]



Msc. MAGDALENA AGUIRRE PLUAS
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL



Msc. DIANA PILAMUNGA ASACATA
DIRECTOR TFM



Msc. CHRISTHIAN MONTERO ANDRADE
SECRETARIO /A DEL TRIBUNAL

Dedicatoria

Con mucho cariño este logro está dedicado
a Dios
a mi esposo
Félix Delgado León,
a mis hijos
Marjorie, Jorge, Félix, Luis, María y Emilio Delgado,
mis hijos políticos, nietos, hermanos y amigos
por el apoyo,
el impulso que de alguna u otra manera han
contribuido con su apoyo incondicional en este proceso
para poder llegar a la meta anhelada.
Gracias por siempre estar a mi lado.

Isidora Villamar Ydalgo

Agradecimiento

Agradezco a Dios por darme salud y vida,
también a mi familia que son mi fuerza motivacional, mi inspiración
para mi superación personal.

A las personas que me apoyaron en la recogida de información
Psic. Lourdes Gonzales, Psic. Maira Gonzales, y a los Sres. Cristian, Yuri, Harry,
Ricardo, Wilmer y Oswaldo. A todos los docentes de la
Universidad Estatal De Milagro que fueron mis formadores
y un agradecimiento en especial a la
Psic. Kerly Alvares
y mi tutora Diana Pilamunga.

Gracias a todas las personas que contribuyeron con su aporte de manera directa o
indirecta durante este proceso.

Isidora Villamar Ydalgo

Cesión De Derechos De Autor

Dr. Fabricio Guevara Viejó
Rector de la Universidad Estatal de Milagro

Presente.

Mediante el presente documento, libre y voluntariamente procedo a hacer entrega de la Cesión de Derecho de Autor del Trabajo realizado como requisito previo para la obtención de mi Título de Cuarto Nivel, cuyo tema fue **Factores de riesgo psicosociales asociados al deterioro cognitivo por consumo de cannabis y cocaína en jóvenes** y que corresponde a la Dirección de investigación y Postgrado.

Milagro, 15 de diciembre del 2021



Psic. Isidora Villamar Y.
C.I. 0910785534

INDICE GENERAL

Carta de Aceptación del Tutor.	ii
Declaracion de Autoria de Investigación.	iii
Certificación de la Defensa.....	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento	vi
Cesión De Derechos De Autor	vii
INDICE GENERAL	viii
Índice de Tablas	xii
Indice de figuras.....	xiii
GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	xiv
RESUMEN.....	xvii
ABSTRACT.....	xviii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I:.....	3
EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	3
1.1. Planteamiento del problema	3
1.2. Delimitación del problema	5
1.3. Formulación del problema	6
1.3.1. Variable Independiente	8
1.3.2. Variable Dependiente	8

1.4.	Justificación.....	10
1.5.	Alcance.....	12
1.6.	Limitaciones.....	12
CAPÍTULO II:		13
MARCO TEÓRICO REFERENCIAL		13
2.1	Antecedentes Históricos.....	13
2.2.	Antecedentes Referenciales	15
2.3.	Fundamentación Teórica.....	17
2.3.1.	Conceptualización de factores de riesgo	17
2.3.2.	Conceptualización de psicosocial.....	17
2.3.3.	Factores de riesgo vinculados al consumo de cannabis y cocaína	18
2.3.3.1.	Factores individuales.....	19
2.3.3.2.	Factores biológicos.....	19
2.3.3.3.	Factores psicológicos y conductuales	19
2.3.3.4.	Factores familiares	20
2.3.3.5.	Factores laborales	21
2.3.3.6.	Factores sociales.....	22
2.3.4.	Diagnóstico.....	22
2.3.5.	Deterioro cognitivo: definición	23
2.3.5.1.	Fases evolutivas.....	23
2.3.5.2.	Estado de alerta	23
2.3.5.3.	Causas	24
2.3.5.4.	Signos y síntomas	24
2.3.5.5.	Prevalencia	24
2.3.5.6.	Clasificación	25

2.3.5.6.1.	Deterioro Cognitivo Leve (DCL).....	25
2.3.5.6.2.	Deterioro cognitivo moderado.....	26
2.3.5.6.3.	Deterioro cognitivo severo	26
2.3.5.7.	Diagnóstico	27
2.3.5.7.1.	Biomarcadores del Deterioro Cognitivo	27
2.3.5.7.2.	Test de Montreal (MOCA).....	27
2.3.6.	Cannabis, conceptualización.....	28
2.3.6.1.	Formas de administración	28
2.3.6.2.	Mecanismo de acción.....	28
2.3.6.3.	Características generales por consumo de cannabis	29
2.3.6.4.	Tipos.....	29
2.3.6.5.	Efectos adversos.....	30
2.3.7.	Cocaína: Conceptualización.....	30
2.3.7.1.	Modo de consumo	31
2.3.7.2.	Mecanismo de acción.....	31
2.3.7.3.	Tipos.....	32
2.3.7.4.	Efectos.....	32
2.3.8.	Tratamiento para manejar el consumo de cannabis y cocaína.....	33
2.3.8.1.	Terapia Cognitivo – Conductual.....	33
2.3.8.2.	Entrevista motivacional	34
2.3.9.	Diagnóstico de consumo	35
2.3.9.1.	VESPA	35
2.3.9.2.	CIE 10	35
CAPÍTULO III:		37

METODOLOGÍA	37
3.1. Tipo y diseño de investigación	37
3.2. La población y la muestra.	38
3.2.1. Población.....	38
3.2.2. Características de la población	38
3.2.2.1. Criterios de inclusión.....	38
3.2.2.2. Criterios de exclusión	39
3.2.3. Delimitación de la población	39
3.2.4. Muestra	39
3.2.5. Tipo de muestra.....	39
3.3. Los métodos y las técnicas.....	40
3.3.1. Método	40
3.3.2. Técnica	40
3.3.3. Instrumentos.....	40
3.4. Propuesta de procesamiento estadístico de la información.....	43
CAPÍTULO IV:.....	45
Análisis e interpretación de resultados	45
4.1. Análisis e interpretación de datos obtenidos	45
CAPÍTULO V.....	72
5.1. Conclusiones	72
5.2. Recomendaciones	73
Bibliografía	74
Anexos	81

Índice de Tablas

Tabla 1. Operacionalización de las variables.....	9
Tabla 2. Análisis estadístico de datos sociodemográficos	45
Tabla 3. Frecuencia Estadística de variable Edad.....	46
Tabla 4. Frecuencia de variable Sexo	47
Tabla 5. Frecuencia de variable Estado Civil	49
Tabla 6. Frecuencia de variable Trabajo.....	50
Tabla 7. Frecuencia de variable Nivel Educativo	51
Tabla 8. Frecuencia de variable Tipo de Droga	53
Tabla 9. Análisis estadístico de la variable Factor de Riesgo Individual	54
Tabla 10. Análisis estadístico de la variable Factor de Riesgo Familiar	56
Tabla 11. Análisis estadístico de la variable Factor de Riesgo Laboral	58
Tabla 12. Análisis estadístico de la variable Factor de Riesgo Social.....	60
Tabla 13. Frecuencia de variable de Montreal Cognitive Assessment (MoCA)	62
Tabla 14. Correlación Factores de Riesgo Psicosociales vs Deterioro Cognitivo	64
Tabla 15. Correlación Deterioro Cognitivo vs Factor Riesgo Psicosocial Familiar.....	65
Tabla 16. Correlación Deterioro Cognitivo vs Factor Riesgo Psicosocial Social	66
Tabla 17. Correlación Deterioro Cognitivo vs Factor Riesgo Psicosocial Laboral	67
Tabla 18. Correlación Deterioro Cognitivo vs Factor Riesgo Psicosocial Individual.....	68
Tabla 19. Correlación Deterioro Cognitivo vs Factor Riesgo Psicosocial de manera dimensional	69

Indice de figuras

Figura 1. Frecuencia de variable Edad.....	46
Figura 2. Frecuencia de variable Sexo.....	48
Figura 3. Frecuencia de variable Estado Civil.....	50
Figura 4. Frecuencia de variable Trabajo	51
Figura 5. Frecuencia de variable Nivel Educativo.....	52
Figura 6. Frecuencia de variable de Tipo de Droga.....	53
Figura 7. Frecuencia de variable de Factores de Riesgos Individuales	55
Figura 8. Frecuencia de variable de Factores de Riesgos Familiares	57
Figura 9. Frecuencia de variable de Factores de Riesgos Laboral.....	59
Figura 10. Frecuencia de variable de Factores de Riesgos Sociales.....	61
Figura 11. Frecuencia de variable de Montreal Cognitive Assessment (MoCA) Resultados	63

GLOSARIO DE TÉRMINOS

1.- Factores de riesgos: es cualquier característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

2.- Factores individuales: son las características o cualidades de un sujeto, que determinan una mayor probabilidad de daño a la salud.

3.- Drogas: Sustancia que al introducirse en el organismo puede alterar una o varias funciones de éste

4.- Deterioro cognitivo: Es un síndrome clínico caracterizado por la pérdida o el deterioro de las funciones mentales en distintos dominios conductuales y neuropsicológicos, tales como memoria, orientación, cálculo, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad

5.- Pensamiento abstracto: Se refiere a la disposición que tenemos las personas para crear ideas originales o plantear situaciones que nos ayuden a anticiparnos a posibles escenarios.

6.- Habilidad constructiva: Praxia constructiva o capacidad visoconstructiva, hace referencia a la capacidad para dibujar o realizar construcciones bidimensionales o tridimensionales.

7.- Habilidad visoespacial: Es la capacidad para representar, analizar y manipular objetos mentalmente.

8.- Sustancias psicoactivas: Es toda sustancia que, introducida en el organismo, por cualquier vía de administración, produce una alteración del funcionamiento del sistema nervioso central y es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.

9.- Cannabis: Es una droga que se extrae de la planta Cannabis sativa, con cuya resina, hojas, tallos y flores se elaboran las drogas ilegales más consumidas: el hachís y la marihuana.

10.- Cocaína: Es un estimulante extremadamente adictivo que afecta directamente al cerebro.

11.- Biopsicosociales: Integra cuestiones biológicas, psicológicas y sociales.

12.- Riesgos psicosociales: Son las condiciones presentes en una situación laboral directamente relacionadas con la organización del trabajo, con el contenido del puesto, con la realización de la tarea.

13.- Neuropsicología: Es la ciencia que estudia la relación que tiene el cerebro con los procesos mentales y de conducta. Su enfoque es principalmente cognitivo, es decir, de las funciones que realiza el cerebro en una tarea o contexto específico.

14.- Asertividad: Habilidad que facilita expresar sentimientos, actitudes, deseos y opiniones de forma directa y adecuada, sin un elevado coste emocional para uno mismo o para los demás.

15.- Aislamiento social: Es la ausencia de contacto con el resto de personas y casi siempre la consecuencia de alguna dolencia o suceso traumático que ha llevado a la persona a evitar el contacto con los demás llegando a no salir de su propia habitación más que para lo imprescindible.

16.- Cohesión: Propiedad que permite que cada frase de un texto sea interpretada en relación con las demás, también es la manera de relacionar y unir las distintas palabras, oraciones y párrafos del texto.

17.- Psicopatología: Rama de la psicología que se ocupa de los fenómenos psíquicos anormales.

18.- Grupo de pares: Es un grupo primario, por lo general informal, de personas que comparten un estatus igual o similar, que por lo general poseen aproximadamente la misma edad y tienden a circular e interactuar con el mismo conjunto social.

19.- Entrevista motivacional: Es una aproximación terapéutica, centrada en el paciente, que busca iniciar un cambio de conducta ayudándolo a resolver su ambivalencia.

20.- CIE 10: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión.

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo conocer los factores de riesgo que inciden en los jóvenes para el consumo de cannabis y cocaína siendo este tipo de sustancia psicoactiva causante del deterioro cognitivo. El tipo de investigación es descriptivo correlacional con diseño no experimental y de corte transversal. La población es de 150 jóvenes obteniendo una muestra de estudio de 136 consumidores de sustancias psicoactivas, la edad de los participantes está comprendida entre 18 a 25 años, son procedentes de un área urbana del cantón Milagro. Los instrumentos utilizados fueron el formulario para factores de riesgo por consumo, el Test de Montreal para medir el deterioro cognitivo y el Cuestionario VESPA, que permitió conocer las sustancias psicoactivas de mayor consumo. Mediante este estudio tenemos como resultado que de los cuatro factores de riesgo: individual, familiar, laboral y social, el factor que más incide para el consumo es el factor familiar con el 78.6% de un hogar disfuncional y la falta de comunicación en 50%. En la investigación se puede concluir por los resultados que los jóvenes iniciaron el consumo de sustancias psicoactivas en la adolescencia causado por trastornos emocionales que se originan en los hogares por los diversos problemas que se dan en el entorno familiar. Los resultados indican que debido al tiempo y la frecuencia de consumo les ha causado alteraciones en el cerebro, presentando deterioro cognitivo leve, que si los jóvenes persisten y no son tratados a tiempo podrían llegar a padecer un daño irreversible a largo plazo en la estructura cerebral.

Palabras claves: cocaína, cannabis, cognitivo, disfuncional, incidencia.

ABSTRACT

The present research aims to know the risk factors that affect young people for the consumption of cannabis and cocaine, this type of psychoactive substance causing cognitive deterioration. The type of research is descriptive correlational with a non-experimental and cross-sectional design. The population is 150 young people obtaining a study sample of 136 consumers of psychoactive substances, the age of the participants is between 18 to 25 years old, they come from an urban area of the Milagro canton. The instruments used were the form for risk factors for consumption, the Montreal Test to measure cognitive deterioration and the VESPA Questionnaire, which allowed us to know the psychoactive substances with the highest consumption. Through this study we have as a result that of the four risk factors: individual, family, work and social, the factor that most affects consumption is the family factor with 78.6% of a dysfunctional home and lack of communication in 50%. In the research, it can be concluded from the results that young people started the consumption of psychoactive substances in adolescence caused by emotional disorders that originate at home due to the various problems that occur in the family environment. The results indicate that due to the time and frequency of consumption it has caused alterations in the brain, presenting mild cognitive deterioration, that if young people persist and are not treated in time they could suffer irreversible long-term damage to the brain structure.

Keywords: cocaine, cannabis, cognitive, dysfunctional, incidence.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad hablar del consumo de drogas es referirse a uno de los problemas de salud que afecta mayormente a la población joven, razón por la cual es importante analizar cómo estas sustancias pueden ocasionar un deterioro cognitivo e identificar los principales factores de riesgo de mayor prevalencia. Cuáles de los factores están asociados como el mayor potencial para el consumo, teniendo en cuenta que entre más tiempo de consumo el deterioro cognitivo irá en una disminución paulatina de esta función mental, lo que implica una afectación a otras capacidades del ser humano, como lo son: la atención, la memoria, el razonamiento, el lenguaje, entre otros.

Los parámetros de estudio han concluido que 18,1 millones de personas consumieron cocaína en el último año; los mayores índices se registraron en América del Norte y Oceanía. Aunque años atrás se observó una disminución del consumo, los informes entregados por el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA) muestran un incremento del uso de drogas sobre todo en Europa Occidental, Oceanía y otros países de América del Sur. Los estudios realizados en diferentes países dan porcentaje alto al consumo de sustancias psicoactivas. En Ecuador hay un mayor índice de consumo de cannabis y cocaína, en contraposición con Perú, Chile y Uruguay. Es importante referir que los jóvenes en situación de vulnerabilidad y estrato socioeconómico bajo, presentan mayor persistencia en factores de riesgos de consumo de drogas.

El cannabis fue una de las drogas más consumidas en el año 2016, sin embargo, el número de consumidores a nivel mundial aumenta de forma progresiva, que la consume en ciertos países en los que está permitido de manera legal. Esta droga es la principal responsable de alterar el estado de ánimo, los pensamientos y la percepción; los efectos que causan son: ansiedad, paranoia, alucinaciones, coordinación deteriorada, apetito alterado y un deterioro cognitivo sutil.

La realidad social en relación al consumo de estas sustancias ha permitido que varias instituciones y entidades que brindan apoyo a los consumidores, busquen nuevas alternativas de solución para disminuir las consecuencias personales, que repercuten en el desarrollo de la sociedad. El cambio de una etapa de consumo, al uso de otras drogas, determina la existencia de factores de riesgo que intensifican dicha problemática, por tal motivo, el objetivo general de esta investigación es determinar los factores de riesgo que llevan a los jóvenes al consumo de cannabis y cocaína, y cómo estas influyen en el deterioro de la capacidad cognitiva.

En la presente investigación los capítulos comprenden lo siguiente.

Capítulo I, se establece el planteamiento y formulación del problema, objetivo general, específico, justificación, limitaciones, hipótesis, variables sociodemográficas, variable independiente, variable dependiente, justificación además los indicadores de estudio.

Capítulo II, desarrollo del marco teórico, histórico, referencial conceptos de los temas sobre los factores de riesgo que inciden al consumo de droga, deterioro cognitivo, realizado en base a investigaciones de diferentes fuentes respetando su derecho de autoría.

Capítulo III, tipo y diseño, la población y muestra, tipo y tamaño de la misma, método, técnica e instrumentos, su validez y confiabilidad, y la propuesta de procesamiento estadístico de la información.

Capítulo IV, análisis y resultados; aquí se detalla en las tablas y gráficos cada uno de los resultados estadísticos del test aplicado.

Capítulo V, conclusiones y recomendaciones según los objetivos de investigación planteados.

CAPÍTULO I:

EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

El consumo de cannabis y cocaína en jóvenes de un sector urbano del cantón Milagro, es un problema que se intensifica cada vez más, sin embargo, hay que considerar que dicho consumo de drogas está influenciado por una serie de factores, que van desde problemas médicos, deterioro en la interacción social, relación familiar deficiente, desempleo o insatisfacción laboral, incluyendo los problemas de salud mental (Mendoza & Vargas, 2017). Es una problemática que requiere ser analizada a profundidad, considerando cada uno de los factores de riesgo que predisponen al consumo de drogas.

Según la Oficina de las Naciones Unidas contra la Drogas y el Delito (2019) en el Informe Mundial sobre las Drogas revelan un crecimiento de la prevalencia de consumo en zonas como África, Europa y América del Norte, dado que, en el año 2017, el 5,5% de la población a nivel mundial en edad de 15 a 64 años, habían consumido algún tipo de droga (p.9). Es importante referir que el consumo de este tipo de sustancias es un problema que está presente en todo el mundo y genera consecuencias en las distintas áreas de desarrollo personal: social, laboral, familiar y afectiva.

En los últimos años se han confiscado cantidades exorbitantes de drogas, sobre todo en las regiones de Asia y África Occidental; lo que supone un aumento del consumo de cocaína y cannabis particularmente en las ciudades donde el ingreso de estas sustancias era poco frecuente (Oficina de las Naciones Unidas contra la Drogas y el Delito, 2019). La distribución de drogas se sigue realizando de forma ágil, lo que significaría un aumento de la probabilidad de consumo sobre todo en aquellos jóvenes que se encuentran en situación de riesgo.

La cocaína y el cannabis son sustancias con una fuerte carga adictiva, por tanto, producen una variedad de efectos que son perjudiciales para la salud; aunque científicamente sean consideradas compuestos con menores probabilidades de mortalidad. Algunos de aquellos efectos es la atrofia cerebral, los trastornos del estado de ánimo, la depresión y los problemas de memoria; específicamente en la capacidad para retener y evocar información pasada (Organización Panamericana de la Salud, 2018). Estas sustancias producen deterioro en la salud física, mental y en la capacidad cognitiva del individuo, siendo esta última el objeto de estudio de la presente investigación.

Además, un estudio realizado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) y el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP), el Ecuador es uno de los países con mayor dependencia de consumo de drogas, siendo una de las causas la falta de apoyo familiar, las influencias sociales y el desconocimiento sobre los efectos de estas sustancias en la salud (Briones et al., 2018). Es importante señalar que uno de los factores de riesgos psicosociales que predisponen al individuo al consumo de cannabis y cocaína son los problemas familiares, que van más allá de la falta de apoyo y afectividad.

Referente a la información recopilada en la Ciudadela “La Pradera” de la Ciudad de Milagro se identificó el consumo de diversas sustancias psicoactivas entre ellas encontramos el cannabis y la cocaína como las más consumidas en el sitio antes mencionado; problemática que incide en las diversas falencias que se presentan en el entorno familiar, laboral y social. Esta situación no debe ser minimizada considerando los graves problemas que ocasionan a la salud física y mental; es oportuno señalar que en algunos casos existe desinformación en la población, sobre las consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas.

En el sector “La Pradera” los jóvenes identificados mantienen un tiempo prolongado de consumo, viven en condiciones de vulnerabilidad, son desempleados y ninguno de ellos estudia. Este sector se encuentra ubicado en un área urbano marginal, donde existe una deficiencia de servicios básicos, un índice elevado de inseguridad, y desatención de parte de las autoridades encargadas. Al no contar con recursos adecuados para poder emplear su tiempo libre en actividades productivas o de sano esparcimiento, el sector es propicio para que los jóvenes identificados sean atraídos hacia el consumo de sustancias psicoactivas, situación que podría empeorar si se mantienen estas condiciones, lo que provocaría un incremento en el número de jóvenes consumidores, y un deterioro aún mayor de los consumidores ya existentes. Este estudio busca llegar con información pertinente para prevenir y disminuir esta problemática, considerando las múltiples consecuencias que podrían presentarse en la salud física y mental de la población joven, siendo el interés de estudio el deterioro cognitivo. Los principales indicadores del deterioro cognitivo son los problemas de concentración, atención, orientación, razonamiento, pérdida de memoria, entre otros.

Determinar los factores de riesgo como edad, sexo, etnia, la sobreprotección, la carencia del apoyo familiar, conducta, salud mental, habilidades sociales, el desconocimiento, la permisibilidad legal y despenalización, el vivir inmerso con estos tipos de sustancias psicoactiva como el cannabis y la cocaína a lo largo de su vida causaría daños irreversibles a su salud mental.

1.2. Delimitación del problema

Se ha considerado realizar un estudio investigativo en la población joven de 18 a 25 años de edad, en la Ciudadela “La Pradera” del cantón Milagro donde se presenta la problemática de consumo de cannabis y cocaína asociada al deterioro de la actividad cognitiva.

1.3. Formulación del problema

En los antecedentes planteados en la problematización surge la siguiente formulación:

- ¿Cuáles son los factores de riesgos psicosociales asociados al deterioro cognitivo por consumo de cannabis y cocaína en jóvenes de un sector urbano del Cantón Milagro?

Preguntas de investigación

Se precisan los siguientes cuestionamientos que guiarán el desarrollo de la investigación:

- ¿Cuáles son los factores de riesgos psicosociales que prevalecen en los jóvenes consumidores de cannabis y cocaína?
- ¿Existe deterioro cognitivo en jóvenes consumidores de cocaína y cannabis del sector urbano del cantón Milagro?
- ¿Qué tipo de dificultades podrían presentarse por el consumo de cocaína y cannabis?

Determinación del tema

Factores de riesgo psicosociales asociados al deterioro cognitivo por consumo de cannabis y cocaína en jóvenes en un sector de la Cdla. La Pradera del cantón Milagro. Periodo febrero - junio 2021.

Objetivo general

Determinar los factores de riesgo psicosociales que inciden en el deterioro cognitivo por consumo de cannabis y cocaína en jóvenes del sector La Pradera del cantón Milagro, durante el período Febrero – Julio 2021.

Objetivos específicos

- Identificar los factores de riesgos psicosociales que prevalecen en los consumidores de cannabis y cocaína en jóvenes.

- Evaluar el nivel de deterioro cognitivo en los jóvenes consumidores del sector urbano del cantón Milagro.
- Sistematizar la relación que existe entre los factores de riesgos psicosociales y el deterioro cognitivo por consumo de cannabis y cocaína en jóvenes.

Hipótesis

Los factores de riesgos psicosociales inciden en el deterioro cognitivo en jóvenes consumidores de cannabis y cocaína de un sector urbano del cantón Milagro.

Hipótesis específicas

- Los factores de riesgos psicosociales que más prevalecen en el consumo de cannabis y cocaína es la carencia de apoyo familiar.
- Existe deterioro cognitivo en los jóvenes consumidores de cannabis y cocaína.
- Los riesgos psicosociales están relacionados con el deterioro cognitivo en los jóvenes consumidores de cannabis y cocaína.

Declaración de las variables

Variables Sociodemográficas

Edad: Conocer la edad cronológica del sujeto.

Género: Femenino o masculino.

Ocupación: Trabajo u oficio al que se dedica el participante.

Residencia: Dónde habitan los participantes del estudio.

Estado Civil: Si es participante es soltero, casado, divorciado o mantiene una relación en unión libre.

Escolaridad: Nivel de formación académica.

1.3.1. Variable Independiente

Factores de Riesgo: Se pretende identificar las circunstancias que predisponen o aumentan las probabilidades de consumo de cannabis y cocaína, considerando que esta problemática social no ocurre de forma independiente, por el contrario, intervienen una serie de factores relacionados al contexto familiar, individual, social y laboral. Son precisamente estas circunstancias las que serán analizadas a lo largo del siguiente estudio.

1.3.2. Variable Dependiente

Deterioro Cognitivo: Analizar la disminución de las funciones cognitivas como consecuencia del consumo de cannabis y cocaína, teniendo en cuenta las repercusiones de estas sustancias en la salud neurológica de los jóvenes consumidores. Las funciones cognitivas de mayor interés son: memoria, atención, orientación, lenguaje, capacidad viso-espacial, funciones ejecutivas y concentración.

Tabla 1

Operacionalización de las variables.

Objetivo específico	Variables	Dimensiones	Indicadores	Ítems
Objetivo General: Determinar los factores de riesgo psicosociales que inciden en el deterioro cognitivo por consumo de cannabis y cocaína en jóvenes del sector La Pradera del cantón Milagro, durante el período Febrero – Julio 2021.				
Identificar los factores de riesgo psicosociales que prevalecen en los consumidores de cannabis y cocaína en adultos.	Factores de riesgo	Factor Individual	Nivel de autoestima	1,2,3,4,5,6,7
		Factor Familiar	Comunicación inter familiar	8,9,10,11,12,13
		Factor Laboral	Adaptación a su ambiente de trabajo	14,15
		Factor Social	Aceptación de su entorno	16,17,18,19,20,21,22
Evaluar el nivel de deterioro cognitivo en los adultos consumidores del sector urbano del cantón Milagro.	Deterioro cognitivo	Visoespacial ejecutiva		1,2,3,4,5
		Identificación	Nivel de deterioro	6,7,8
		Memoria		
		Atención	cognitivo.	9,10,11,12,13,14
		Lenguaje		15,16,17
		Abstracción		18,19

		Recuerdo diferido	20,21,22,23,24
		Orientación	25,26,27,28,29,30
<hr/>			
		Factor Individual	1,2,3,4,5,6,7
	Factores de	Factor Familiar	8,9,10,11,12,13
Sistematizar la	riesgo	Factor Laboral	14,15
relación que existe		Factor Social	16,17,18,19,20,21,22
entre los factores de		Visoespacial	Porcentaje de
riesgo psicosociales		ejecutiva	deterioro
y el deterioro		Memoria	cognitivo con
cognitivo por		Identificación	relación al
consumo de	Deterioro	Atención	factor de
cannabis y cocaína	cognitivo	Lenguaje	riesgo de
en jóvenes.		Abstracción	mayor
		Recuerdo diferido	prevalencia.
		Orientación	9,10,11,12,13,14
			15,16,17
			18,19
			20,21,22,23,24
			25,26,27,28,29,30
<hr/>			

Autoría propia

1.4. Justificación

Los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de consumo de drogas de acuerdo a lo señalado por Callisaya (2018) son los problemas personales, familiares, laborales o de índole social (p.55). Por tanto, es necesario identificar aquellas situaciones que incrementan las probabilidades de consumo de cannabis y cocaína, además de determinar si existe asociación con el deterioro cognitivo en el sujeto consumidor; siendo este el principal objeto de estudio.

Esta investigación es de gran importancia puesto que servirá como aporte a la literatura científica, al especificar los factores de riesgos que inciden en el consumo de estas sustancias.

Considerando, que el consumo de drogas es un problema que afecta a la sociedad en general, sin distinción de estatus social, económico, creencias políticas o religiosa. Por tal motivo, es un tema de gran relevancia, que requiere ser abordado de forma pertinente para obtener resultados valiosos.

El interés de este estudio es analizar los factores de riesgos psicosociales de mayor prevalencia que influyen decisivamente en el consumo de cannabis y cocaína, y en base a estos resultados evaluar si existe deterioro cognitivo en los sujetos consumidores y en qué niveles estos se manifiestan. De esta forma, será posible establecer una correlación entre el consumo de estas sustancias y determinar las consecuencias que producen en la capacidad cognitiva de las personas.

El impacto de esta investigación radica en el valor teórico en el campo de la Psicología, dado que al ser un tema poco explorado permitirá identificar los factores de riesgos psicosociales que incrementan la posibilidad de consumo en la población joven. Por tanto, a partir de los resultados que se obtengan será posible determinar la manera idónea de prevención para abordar esta problemática y tratar de disminuir los riesgos que altera la salud física y neuropsicológica del joven consumidor.

El presente estudio posee beneficio y relevancia social considerando la situación problemática que genera el consumo de cannabis y cocaína para el desarrollo de la sociedad y las repercusiones que se producen en el entorno personal, familiar y social. De esta manera, se pretende propiciar una actitud de alerta ante esta amenaza actual y contribuir a la promoción de actividades que ayuden a los sujetos objetos de estudio a evitar la recaída del consumo de cannabis y cocaína.

Esta investigación es factible en virtud a que no se ha llevado a cabo gran cantidad de investigaciones sobre el tema en cuestión; así pues, al ser una problemática reciente aportará con información valiosa que dará apertura al desarrollo de estudios posteriores. Además, esta investigación es viable porque se cuenta con una población de 150 jóvenes entre 18 a 25 años, recursos y presupuesto necesario para desarrollar el tema de investigación propuesto.

1.5. Alcance

El presente estudio tiene como finalidad describir los factores de riesgos que prevalecen en los jóvenes consumidores de sustancias psicoactivas, lo cual permitirá identificar la existencia de deterioro cognitivo. Abarcando a los jóvenes que consumen cannabis y cocaína en edades comprendidas entre 18 y 25 años.

1.6.Limitaciones

Algunas de las limitaciones presentadas para llevar a cabo la investigación fueron que la población objeto de estudio quería algo a cambio para responder a los test psicométricos; además, existió temor por parte de los jóvenes al responder los test debido a que pensaban que se les iba a revelar su identidad. Otra limitación fue el periodo de tiempo de recolección de la información, el cual comprendía 4 meses a partir de febrero del 2021.

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

2.1 Antecedentes Históricos

Por mucho tiempo el consumo de drogas era considerado como un delito, que requería ser penalizado y ajeno a la conducta humana, sin embargo, conforme fueron desarrollándose nuevas investigaciones se lo empezó a percibir como una degeneración del individuo con necesidad de tratamiento especializado (Perdomo, 2020). Hoy por hoy el consumo de drogas es concebido como un problema social que afecta a la población adolescente, juvenil y adulta, por tanto, no debe ser subestimado debido a los riesgos que producen en la salud física, mental y capacidad cognitiva.

El consumo de cannabis y cocaína en jóvenes es una problemática que ha permanecido durante décadas en el Ecuador, de manera que definir los factores de riesgos más influyentes en este tipo de conductas resulta complicado debido a la multiplicidad de ellos (Cazenava et al., 2017). En el desarrollo del presente estudio se determinarán los factores de índole psicosocial que inciden en el aumento y disminución del riesgo de consumo de cannabis y cocaína.

De acuerdo con Tena et al., (2018) el consumo de cocaína en jóvenes está asociado a distintos factores como: el fácil acceso, el desconocimiento acerca de los riesgos, la presión social, problemas familiares, personales o académicos. Además, la combinación de estos factores predispone el consumo de cocaína, por tanto, no actúan de forma independiente. Del Bosque et al., (2018) señalan que los estudios realizados en torno al consumo de cocaína ponen en manifiesto los problemas originados en el núcleo familiar y social. En base a esto, es posible indicar que los sujetos consumidores mantienen un concepto negativo de su familia y a su vez presentan problemas en las relaciones sociales.

El consumo de cannabis es otra de las problemáticas observadas en la población joven y que ha sido estudiada desde tiempo atrás, debido al nivel de influencia que genera en el uso de otras drogas, y que desencadena un consumo más severo (Cazenava et al., 2017). Es decir, el consumo de esta sustancia en los jóvenes puede iniciar como un simple experimento y convertirse en un problema de difícil manejo, sobre todo en la población con antecedentes de consumo en el contexto familiar.

Los factores psicosociales que han sido mayormente estudiados por su relevancia en el consumo de cannabis y cocaína, son aquellos relacionados a los ambientes en los que se desarrolla el sujeto consumidor, por tanto, destacan el contexto familiar, social e individual, puesto que están presentes a lo largo de la vida del ser humano y en todas las áreas de crecimiento personal (Chalco, 2019). De esta forma, es importante referir que el ambiente o contexto de desarrollo es determinante, porque influye positiva o negativamente en el proceso adictivo.

Briones et al., (2018) refieren que mientras más difíciles sean las situaciones a las que una persona se enfrenta a lo largo de su vida mayor es el riesgo y la probabilidad de consumo de drogas y otras sustancias; teniendo como base el ambiente o contexto de desarrollo personal del sujeto en cuestión. En otras palabras, los factores de riesgos que permanecen constantes aumentan la probabilidad de consumo de cannabis y cocaína, considerando el nivel de vulnerabilidad en que se encuentra el individuo, y más aún si existen refuerzos en el ambiente.

Los factores de riesgo en ciertas etapas del desarrollo pueden ser decisivos en relación al consumo de cannabis y cocaína. En la población joven el contexto social, personal y laboral juega un papel importantísimo, debido a los cambios psicológicos relacionados al proceso de autonomía que se produce como apertura a la edad adulta (Mendoza & Vargas, 2017). Es decir,

este proceso de transición que el ser humano experimenta es una de las etapas más cruciales, por el nivel de influencia que genera en la toma de decisiones y autonomía personal.

2.2. Antecedentes Referenciales

En Madrid – España, se realizó un estudio sobre el deterioro cognitivo asociado al consumo de varias sustancias psicoactivas, cuya muestra fue de 54 individuos, a quienes se les aplicó varios instrumentos neuropsicológicos. Los resultados reflejaron un nivel alto de déficit en la memoria de trabajo, sobre todo en aquellos sujetos que llevaban mayor tiempo de consumo de cannabis (Coullaut et al., 2018). Es posible indicar que aquellas personas que han consumido cannabis en un tiempo prolongado desarrollan un mayor déficit en la capacidad de memoria, específicamente en el almacenamiento y recuperación de la información pasada.

En Minnesota – Minneapolis Estados Unidos se investigó los déficits neuropsicológicos asociados con cannabis y usados en jóvenes adultos. La población fue de voluntarios de 18 a 29 años de edad que recurren de forma general a la comunidad, sujetos sin trastornos del eje o antecedentes de consumo de sustancias ilícitas no asociados a cannabis. Los resultados mostraron deficiencias significativas en una de las habilidades cognitivas, específicamente en la toma de decisiones (Grant et al., 2018). Los consumidores de cannabis muestran déficits cognitivos incluso en ausencia de trastornos del eje.

En México, se desarrolló un estudio sobre el Funcionamiento cognitivo en sujetos con trastornos de dependencia de consumo de cocaína, en fase de recuperación o abstinencia temprana. La población de estudio fue de 60 hombres divididos en 3 grupos; a quienes se les aplicó instrumentos de recolección de datos sociodemográficos y clínicos. Los resultados obtenidos mostraron diferencias significativas en el control de los impulsos, dificultades en la expresión de emociones y síntomas en respuesta a la abstinencia (Alonso et al., 2019). Aquellos

sujetos en fase de abstinencia temprana tienen a experimentar mayores dificultades para el control de la capacidad cognitiva, como consecuencia del consumo prolongado de cocaína.

Otra investigación realizada en Madrid – España sobre el Perfil Neuropsicológico de sujetos adictos a la cocaína, en el que se tomó como referencia el ambiente social y el estado cognitivo durante el proceso terapéutico; permitió comprobar que las funciones cognitivas más afectadas son: la fluidez fonológica, el aprendizaje lingüístico, la resolución de problemas complejos, la toma de decisiones, la atención y la memoria visual inmediata (Pedrero et al., 2019). Es indiscutible la afectación que existe en la capacidad cognitiva del individuo, además de destacar el papel que desempeña el ambiente social en la persistencia de consumo de cocaína.

En Venezuela, se llevó a cabo un estudio sobre los Factores de riesgo asociados al consumo de drogas en los jóvenes del municipio de Naguanagua, Estado de Carabobo. Para ello, se utilizó un método descriptivo, de campo y transversal. Los resultados finales arrojaron que el contexto familiar es un factor de riesgo decisivo en el uso y consumo de sustancias ilícitas, seguido del contexto social, el cual ejerce un grado de influencia moderado (Osorio et al., 2017). Una vez más se corrobora el nivel de implicación del ambiente familiar en el consumo de drogas en la población joven, lo que permite constatar la influencia que esta ejerce en la toma de decisiones de cada individuo.

En el Ecuador, se realizó un estudio sobre los Aspectos neuropsicológicos y de origen social que intervienen en el consumo de drogas. La muestra fue de sesenta y cinco participantes de los distintos centros de adicciones, cuyo rango de edad se mantuvo entre los 20 y 40 años. Para la recolección de la información se aplicaron baterías neuropsicológicas y bitácoras de recogida de datos. Por tanto, los resultados se inclinan hacia el contexto social y familiar, como principales factores de riesgo de consumo (Poveda et al., 2018). La presión social, la carencia de apoyo

familiar, entre otras situaciones desarrolladas en ambos contextos muestran influencia significativa para el consumo de drogas.

En concreto, en la ciudad de Guayaquil se investigó sobre el Consumo de Drogas en los jóvenes de la ciudad de Guayaquil en edades de 10 a 18 años que ingresan a los centros que acogen niños infractores. fue un estudio descriptivo con enfoque cualitativo. Utilizaron instrumentos como entrevistas semiestructuradas e individual, realizada en la propia institución y una exploración de campo. Como resultado obtuvieron que la carencia de apoyo del contexto familiar, el entorno social en que se desenvuelven los jóvenes y el desconocer los efectos de las drogas en la salud física y neuropsicológica.

2.3. Fundamentación Teórica

2.3.1. Conceptualización de factores de riesgo

Según la OMS (2021) un factor de riesgo es la combinación de situaciones o características que aumentan la probabilidad de frecuencia en la materialización de un peligro. Mientras que Solórzano (2018), refiere que los factores de riesgos implican la exposición de una situación de peligro, por tanto, su recurrencia dependerá del control o manejo de tal circunstancia. En otras palabras, se puede considerar factor de riesgo a toda circunstancia que no es controlada oportunamente, en consecuencia, predispone el desarrollo de un efecto adverso en la integridad física o psicológica de un individuo.

2.3.2. Conceptualización de psicosocial

Proporcionar una definición consecuente del término psicosocial no es una tarea fácil, debido a la estrecha relación del individuo con la sociedad; no obstante, es posible determinar la existencia de ciertos principios asociados al desarrollo integral del ser humano (Quintana et al., 2018). Es importante señalar que lo psicosocial está vinculado al accionar e inserción de las

personas dentro de la sociedad, el nivel de influencia que ejercen en quiénes le rodean. Por tanto, constituye un factor decisivo en el contexto social.

Jiménez et al. (2019) sostienen que los factores de riesgos psicosociales son aquellos aspectos inherentes del ser humano, de manera que son determinantes para su desarrollo y desenvolvimiento óptimo dentro de la sociedad. En el caso del consumo de sustancias como cannabis y cocaína, estos factores incrementan o disminuyen la probabilidad de acceso y uso de estas sustancias.

2.3.3. Factores de riesgo vinculados al consumo de cannabis y cocaína

A lo largo de los años se han realizado estudios enfocados en determinar los causales o principales factores que intervienen en el consumo de drogas en la población joven. En Latinoamérica se ha identificado los siguientes aspectos vinculados a dicha problemática, dentro de los cuales se encuentran: los problemas en el contexto familiar, antecedentes de consumo de algún miembro de la familia, el acceso y disponibilidad de estas sustancias, las condiciones de pobreza, entre otras (Chalco, 2019). La persistencia de estos factores de riesgo incrementa la predisposición del sujeto a consumir tales sustancias, sin considerar los efectos que producen en su salud física.

Espinoza et al., (2019) manifiestan que los factores de riesgos de tipo psicosocial relacionados al consumo de drogas no se agrupan de forma uniforme, al contrario, estos pueden variar en función al contexto en el que se desenvuelve el ser humano. Según lo indicado por los autores es posible considerar la incidencia de otros aspectos que pueden no estar considerados en esta investigación; pero que podrían tener relación significativa en el problema de estudio; por tanto, es posible dar apertura al desarrollo de otros estudios.

2.3.3.1. Factores individuales

De acuerdo con Ortega et al., (2018) son las características propias de cada individuo las que determinan el incremento o disminución del riesgo de consumo de sustancias ilícitas. En concreto, estos factores pueden ser: los niveles bajo de autoestima, el descontento de las normas socialmente establecidas, los problemas interpersonales, la incapacidad para tomar decisiones acertadas, la intolerancia a la frustración, entre otros aspectos. Los factores individuales también poseen una influencia significativa en la probabilidad de consumo de cannabis y cocaína; no obstante, hay que recordar que estos aspectos actúan de forma combinada y no de manera independiente.

2.3.3.2. Factores biológicos

Merikangas y Avenevoli (2017) sostienen que el consumo de drogas también está determinado por factores biológicos, inherentes al sujeto; sin embargo, es importante analizar la prevalencia del abuso de estas sustancias en ambos sexos. Estos factores de índole biológicos pueden ser: la edad y el sexo, los cuales tienen cierta influencia en el consumo de cannabis y cocaína; sin embargo, es importante analizar la forma en la que estos intervienen sobre la potestad de decisión del individuo.

2.3.3.3. Factores psicológicos y conductuales

Estudios recientes defienden la idea de que los comportamientos agresivos y eventos traumáticos durante la infancia y/o adolescencia son un indicador decisivo en el consumo de drogas en la juventud y edad adulta (Kendler et al., 2020). Por otro lado, Jiménez et al., (2019) señalan que el consumo de este tipo de sustancias está vinculado a la distorsión sobre el riesgo de éstas en la salud física del individuo. Es posible que exista una intervención de ambos factores en

el consumo de cannabis y cocaína, aunque habría que analizar la forma en la que estos actúan en la conducta de abuso del sujeto.

2.3.3.4. Factores familiares

Mendoza y Vargas (2017) indican que las relaciones familiares juegan un papel esencial en la predisposición futura del individuo para el consumo de sustancias ilícitas, es decir, la manera en que la persona interactúa, se relaciona y establece comunicación con los miembros del núcleo familiar, aumenta o incrementa la probabilidad de consumo. Vale referir que la familia constituye uno de los principales factores de riesgo, por tanto, la influencia que ejerce en la vida de cada persona es determinante para el éxito o fracaso en la toma de decisiones relacionada al uso de sustancias.

Leveridge et al., (2019) consideran que los estilos de apego que el individuo desarrolla en el contexto familiar definen su desenvolvimiento en todas las áreas de desarrollo personal. En efecto, si el estilo de apego es de tipo evitativo el sujeto presentará características defensivas en su personalidad, dificultades en la interacción social y comportamientos de evitación. Es importante manifestar que el estilo de apego evitativo influye negativamente en la autonomía emocional y establecimiento de las relaciones sociales; y de aquí surge la idea de que uno de los principales factores que predisponen el consumo de sustancias psicoactivas es la presión social.

Zimmermann et al., (2019) indican que el estilo de apego seguro permite que una persona actúe de forma autónoma, con seguridad y confianza, cualquiera que sea el contexto en el que se desenvuelva. En consecuencia, el estilo de apego seguro facilita las relaciones positivas y el desenvolvimiento óptimo; a diferencia del apego evitativo en el que existe difusión de identidad y problemas en la interacción social.

Brook (2018) plantea que el tipo de crianza es otro de los factores que ha sido vinculado al riesgo de consumo de sustancias psicoactivas, considerando la falta o exceso de control, la permisividad o el estilo autoritario. Este autor defiende la idea de que el estilo de crianza parental aplicado en el hogar aumenta o disminuye la probabilidad de uso y abuso de drogas, tales como: el cannabis y la cocaína; sobre todo, en aquellos casos en que el padre o la madre son ausentes.

El conflicto interparental es otro factor de riesgo psicosocial que aumenta la probabilidad de consumo de drogas, lo que se ve reflejado en los problemas de índole social, conductual y autonomía emocional (David & Murphy, 2017). Es de suma importancia la relación que establecen los padres de familia con sus hijos, puesto que constituyen un factor decisivo en el aumento de la probabilidad de uso y abuso de drogas. La supervisión y buena crianza influye positivamente en el comportamiento y desarrollo funcional del adulto.

La ausencia de un progenitor en la familia, aumenta el riesgo de acceso, uso y consumo de sustancias ilícitas; sobre todo si el único progenitor desarrolla un patrón de consumo constante; es decir, si mantiene un historial de abuso de sustancias prolongado (Briones et al., 2018). Es decir, la presencia de psicopatología en la figura parental constituye uno de los principales factores de riesgo en el consumo de cannabis y cocaína, sin excepción de contexto, esto según lo indicado por los autores previamente citados.

2.3.3.5. Factores laborales

El contexto laboral también es otro de los factores de riesgo psicosociales que podría favorecer el consumo de drogas legales o ilegales, por lo cual, existe un aumento de la probabilidad de abuso (Mangado & Gúrpide, 2018). Algunas de las situaciones que favorecerían el riesgo de consumo de cannabis y cocaína en el ámbito laboral podría ser el desempleo, el

despido intempestivo, la falta de posibilidades para el desarrollo personal, la frustración laboral, entre otras.

2.3.3.6. Factores sociales

La influencia que ejerce el ambiente social es otro de los factores de mayor implicación de riesgo para el consumo de drogas, considerando la presión del grupo de pares y el deseo de pertenencia. Este factor de riesgo adquiere mayor fuerza en los casos en donde existe conflictos de índole familiar (Caravaca et al., 2019). Es importante referir que el deseo de pertenecer a un grupo, la necesidad de afecto y los problemas emocionales incrementan la probabilidad de consumo de sustancias, teniendo en cuenta la situación de vulnerabilidad en la que se encuentra el sujeto.

2.3.4. Diagnóstico

Se elaboran cuestionarios en base a estudios anteriores, las mismas que son claves en la investigación. La Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (2019) manifiestan que la exposición de estos conceptos abordados es necesario para dar respuestas a los planteamientos de investigación establecidos de manera previa, que posibilitaron el desarrollo del presente estudio. Es posible resaltar que a través de la información proporcionada se evaluaron los factores de riesgos psicosociales de índole personal, biológica, familiar, social, laboral, psicológicos y conductuales asociados al consumo de cannabis y cocaína.

Otros autores destacan el factor de riesgo de índole familiar, que influye decisivamente en el abuso de drogas; dentro los cuales se incluyen los conflictos de comunicación, los estilos de apego, el tipo de crianza, el conflicto interparental y la ausencia de uno de los progenitores (Carballo et al., 2017). El papel de la familia en la prevención del consumo de drogas es esencial, dado que de ello depende el incremento o disminución del riesgo.

2.3.5. Deterioro cognitivo: definición

De acuerdo con Aladro (2019) la cognición es la capacidad que posee el ser humano para procesar la información que recibe a través del medio, valorarla y transformarla en un nuevo conocimiento. El deterioro cognitivo es la pérdida o disminución paulatina de esta función mental, lo que implica una afectación a otras capacidades del ser humano, como lo son: la atención, memoria, el razonamiento, el lenguaje, entre otros (Instituto Mexicano de Seguro Social, 2018). Este deterioro afecta el desenvolvimiento óptimo del individuo, al disminuir la capacidad de razonamiento, atención y concentración, funciones claves para el procesamiento de la información.

2.3.5.1. Fases evolutivas

Según Fernández (2019) existen siete fases asociadas al deterioro cognitivo, las cuales se desarrollan de forma minuciosa e interfieren en la capacidad cognitiva del individuo. Estas fases van desde la normalidad, es decir, ocurre de forma lenta pero conforme va avanzando el tiempo la facultad cognitiva se va deteriorando, afectando otras áreas de la capacidad cerebral, que si bien ya fueron mencionadas de forma previa.

2.3.5.2. Estado de alerta

Según lo referido por Pardo y López (2019) es de suma importancia mostrar una actitud de alerta a cada una de los datos señalados por el sujeto, que podrían ser indicador de deterioro cognitivo. Es decir, no se debe desestimar ninguna información expuesta por el consumidor de drogas, considerando las circunstancias y antecedentes históricos a lo largo de su vida; puesto que podrían ser pieza clave para el desarrollo de investigaciones posteriores.

Sawdosky et al., (2019) manifiestan que los testimonios de pérdida de memoria, problemas en la expresión oral, variación en el estado de ánimo, dificultades en el desarrollo de tareas

complejas, entre otras situaciones son las principales señales de alerta a las que debe atender el especialista. Estas señales podrían ser indicadores de deterioro de la facultad cognitiva, provocadas por el consumo prolongado de cannabis y cocaína.

2.3.5.3. Causas

Como indica Carnero (2019) el deterioro cognitivo puede ser causado por distintos factores, tales como: el uso prolongado de fármacos, el Alzheimer, la aterosclerosis de vasos intra o extracraneal, los infartos cerebrales, la hipertensión, la obesidad, el tabaquismo, la diabetes, entre otros. Es posible considerar que el deterioro cognitivo posee múltiples causales; no obstante, este ocurre desde la normalidad hasta alcanzar un máximo en la disminución de esta facultad cerebral.

2.3.5.4. Signos y síntomas

A criterios de autores los principales signos y síntomas observados en el deterioro cognitivo son: el declive en los procesos léxicos, la pérdida gradual de la memoria, la comprensión de lenguaje oral y las representaciones semánticas y de tipo conceptual (Rodríguez et al., 2018). Estos síntomas son algunos de los indicadores del deterioro cognitivo provocado por el consumo de drogas; no obstante, existen otros factores que también pueden ser causa de esta afectación, por tanto, deben ser analizados cuidadosamente.

2.3.5.5. Prevalencia

La determinación de la prevalencia del deterioro cognitivo asociada al consumo prolongado de drogas, está influida por los instrumentos y técnicas de evaluación que se apliquen; sin embargo, está enmarcada entre el 30 y 80%. El índice de prevalencia varía en función al sexo de la población joven (Wu et al., 2017). Es importante recordar que el análisis de la prevalencia

permite determinar si del porcentaje de la población de adictos a cannabis y cocaína, han presentado algún tipo de sintomatología en torno al deterioro de la facultad cognitiva.

2.3.5.6. Clasificación

2.3.5.6.1. Deterioro Cognitivo Leve (DCL)

El deterioro cognitivo leve se distingue por la presencia de ansiedad, alteraciones en el lenguaje, disminución de la capacidad de orientación, trastornos en el estado de ánimo, incapacidad para el desarrollo funcional de las actividades cotidianas y un alto riesgo de padecer demencia (Pérez et al. 2018). Dentro de los trastornos del sueño presentados en el DCL, destaca la depresión; por lo que el sujeto siente frustración ante la dificultad para desenvolverse con autonomía y eficacia.

Indicando lo mencionado por Coullaut et al., (2018) uno de los principales signos de alerta del DCL es la pérdida de memoria frecuente, la misma que puede ir empeorando conforme avanza el déficit. Asimismo, los autores sostienen que algunos de los síntomas conductuales y psicológicos que podrían presentarse son: irritabilidad, apatía, incertidumbre, ansiedad, frustración y agitación. Es preciso señalar que en el déficit cognitivo leve actúan un conglomerado de factores que deben ser analizados de forma conjunta, considerando la gravedad del caso; sobre todo si el tiempo de consumo de drogas ha sido prolongado.

Cancino y Rehbein (2018) en su investigación realizada destacan los aportes de Peterson y Morris sobre el DCL. Si bien, estos autores ponen de manifiesto dos tipos de deterioro cognitivo de tipo leve:

- **DCL amnésico (DCLa):** El deterioro afecta directa y únicamente a la capacidad de memoria del individuo, es decir, a la facultad de captar información del medio, almacenamiento y recuperación.
- **DCL multidominio no amnésico (DCL – md - na):** En efecto, este tipo de deterioro cognitivo no produce ningún tipo de afectación en la capacidad de memoria.

Es importante destacar que el deterioro cognitivo afecta una o varias áreas de la capacidad cognitiva, por tanto, las afectaciones que se desarrollan en cada individuo dependerán de las características diferenciadoras en el problema de consumo de cannabis y cocaína. Esto haciendo referencia al tiempo de consumo, abuso y combinación de estas sustancias con otras drogas.

2.3.5.6.2. Deterioro cognitivo moderado

De acuerdo con Sequeira (2019) este tipo de deterioro cognitivo produce déficit en la capacidad de desenvolvimiento personal en las tareas cotidianas, por tanto, no afecta a la facultad para recordar. Es conveniente referir que el grado de gravedad va aumentando conforme avanza el tiempo, y en función a las afectaciones provocadas por el consumo de las sustancias ilícitas; de manera que el nivel de progresión es variante.

2.3.5.6.3. Deterioro cognitivo severo

Según la Organización Mundial de la Salud (2021) el deterioro cognitivo de fase severa se caracteriza por la pérdida progresiva de la facultad cognitiva, que puede dar apertura al desarrollo de una demencia. Dicho de otra manera, esta es la etapa crónica del déficit cognitivo, por lo cual, implica un mayor grado de dificultad en el desarrollo de las actividades que antes podían ser realizadas sin dificultad alguna. Es necesaria la atención pertinente y oportuna de los especialistas para disminuir el riesgo de contraer demencia.

2.3.5.7. Diagnóstico

Para el diagnóstico del deterioro cognitivo, en cualquiera de sus fases es conveniente la aplicación de instrumentos psicométricos, los cuales permitan determinar la existencia o descartar algún tipo de afectación en la facultad cognitiva. Estos instrumentos pueden ser el Mini-Mental State Examination (MMSE) o el Mini-Examen Cognitivo (MEC) (Peña et al., 2017). A través de estos instrumentos es posible evaluar las capacidades cognitivas del sujeto adicto, y explorar los síntomas e indicadores de deterioro cognitivo para establecer el tratamiento más adecuado para la afectación presente.

2.3.5.7.1. Biomarcadores del Deterioro Cognitivo

A criterio de Clifford (2018) los biomarcadores pueden definirse como las variables de tipo fisiológicas, anatómicas, biológicas y químicas que permiten la identificación de las características específicas en torno a un determinada afectación o enfermedad. Esta técnica permite evaluar el funcionamiento del ser humano analizando las distintas áreas que componen las funciones del cuerpo y detectando algún tipo de afectación a nivel físico y neuropsicológico.

Una técnica muy empleada para evaluar el funcionamiento del cerebro es mediante un tipo de exploración neurofisiológica conocida como electroencefalograma. Esta evaluación detecta el funcionamiento de todas las áreas cerebrales y detecta problemas a nivel del sistema eléctrico cerebral (Fernández et al., 2017). Esta evaluación permite identificar la existencia de deterioro cognitivo en fase leve y a su vez excluye la presencia de Alzheimer; por tanto, el análisis es complejo al momento de establecer criterios diferenciales.

2.3.5.7.2. Test de Montreal (MOCA)

Este instrumento proporciona información confiable sobre la presencia de deterioro cognitivo, además, está compuesto de varias pruebas de fácil aplicación y con un tiempo mínimo para ser

administrado (Ramírez et al., 2019). Este instrumento examina varias áreas de la facultad cognitiva, siendo algunas de ellas la atención, orientación, el cálculo, la concentración, el lenguaje, entre otras (Nasreddine, 2018). Es posible realizar una aseveración sobre el nivel de confiabilidad y validez de la prueba, considerando las áreas de evaluación y la especificidad en cada una de ellas.

2.3.6. Cannabis, conceptualización

A criterio de Gloss (2018) el cannabis es una droga caracterizada por ser uno de los principales depresores del sistema nervioso, la cual se obtiene a partir de la extracción de la planta cannabis sativa. Cabe destacar que es una de las drogas de mayor consumo en América Latina y el resto del mundo, con mayor uso en la población joven (Contreras & García, 2017). Esta sustancia es consumida de forma ilegal, dado que su uso no es admitido en el Ecuador, sin embargo, debido a sus propiedades psicoactivas causa múltiples afectaciones en la salud física y neuropsicológica del sujeto consumidor.

2.3.6.1. Formas de administración

Según investigaciones realizadas el cannabis es administrado de distintas formas, ya sea a través de un cigarrillo o el uso de pipas (Hall & Degenhardt, 2017). No obstante, Bloor et al. (2018) refiere que existen otras vías en las que los jóvenes consumen esta droga, de forma oral, inhalada, por vía anal o percutánea. Esta droga por sus componentes es una sustancia muy adictiva, tanto así que es administrada de varias maneras, sin considerar el peligro al que se expone el sujeto.

2.3.6.2. Mecanismo de acción

Existen varios subtipos de cannabis; sin embargo, pese a su estructura esta sustancia proteínas receptores que actúan directamente en la actividad del sistema inmunológico, neuronal y

endócrino, produciendo una variedad de efectos, además de recordar que es un depresor del sistema nervioso (Simón & Rodríguez, 2017). Esta droga al ser alterada no pierde su mecanismo de acción, al contrario, este se intensifica provocando consecuencias en la salud del sujeto consumidor.

Algunos autores manifiestan que el cannabis posee más de sesenta endocannabinoides, los cuales son sintetizados por el organismo; de manera que activan al receptor cannabinoide de tipo uno (CB1) liberando elementos neuronales post-sinápticos y viajan de regreso a la terminal pre-sináptica para actuar sobre este receptor (Tamosiunas et al., 2019). Es importante indicar que esta droga afecta el funcionamiento de las células nerviosas, he aquí la explicación del porqué el cannabis es una sustancia muy adictiva.

2.3.6.3. Características generales por consumo de cannabis

Desde el punto de vista de Moreno (2019) ante consumo de cannabis es posible que el sujeto experimente varios efectos en el cuerpo, como, por ejemplo: sequedad de boca, despersonalización, taquicardia, sudoración excesiva, variación en el estado de ánimo, alucinaciones, euforia, entre otras. Las propiedades psicoactivas de esta sustancia disminuyen el funcionamiento del sistema nervioso, generando una variedad de efectos en el organismo.

2.3.6.4. Tipos

- *Marihuana*: De acuerdo con el NIDA (2020) la marihuana es el resultado de la mezcla de hojas y flores secas del cáñamo, que una vez que han sido trituradas son administradas de forma oral, por vaporización, vía rectal o transdérmica (p.25). El efecto de consumo puede durar entre dos y tres horas; dependiendo de la cantidad ingerida por el sujeto, y si fue utilizada en combinación con otras drogas.

- *El hachís*: Esta droga es el resultado de la mezcla de tabaco y flores de la planta de cannabis, en adición con otros tipos de solventes. La forma de consumo ocurre mediante el uso de un cigarro o pipa, que en muchos casos es elaborada por el mismo sujeto (León, 2017). Al ser una droga muy adictiva, tiende a ser usada con mayor frecuencia en la población adolescente, sobre todo en aquellos casos donde existen conflictos en el ámbito personal.

2.3.6.5. Efectos adversos

- *Salud*: Algunas de las consecuencias por el consumo de cannabis son: la hipertensión, daño pulmonar, afectaciones en el sistema circulatorio, entre otras. Es importante señalar que aquellos sujetos que se encuentran en tratamiento tienden a experimentar los síntomas provocados por la abstinencia, tales como: falta de apetito, irritabilidad, apatía, insomnio y ansiedad (Budney & Hughes, 2018). Estos efectos en la salud pueden variar en función al tiempo de consumo y uso de esta droga en combinación con otras sustancias.
- *Psicosocial*: Estos efectos en el contexto psicosocial van desde alteraciones cognitivas, dificultades en el procesamiento de la información, dificultades de memoria, desarrollo de psicosis, esquizofrenia y el síndrome de dependencia, así como problemas neurológicos (Hall & Degenhardt, 2017). Son innegables las consecuencias que podría desarrollar el sujeto que consume cannabis, además de señalar las complicaciones que enfrentaría en torno al síndrome de dependencia.

2.3.7. Cocaína: Conceptualización

Padilla (2020) refiere que la cocaína es una droga altamente adictiva, su efecto en el organismo es de treinta a noventa minutos, por lo que genera graves consecuencias a nivel

orgánico, psicológico y psiquiátrico. Esta sustancia se obtiene a partir de la hoja de coca, por tanto, afecta al funcionamiento cerebral del sujeto consumidor (NIDA, 2020). La cocaína posee un efecto estimulante y satisfactorio en el cuerpo, por tal motivo, el individuo que la consume de forma prolongada desarrollará un comportamiento adictivo.

Mientras el sujeto consume esta sustancia experimenta una sensación de locuacidad, de aquí se desprende la idea de la sensación de satisfacción. No obstante, hay que mencionar que con el paso del tiempo estos efectos se transforman en irritabilidad, variación el estado de ánimo, paranoia, falta de apetito, problemas psicológicos, psicosis, entre otros (Bosque et al., 2018). En consecuencia, los efectos en la salud están directamente relacionados al tiempo de consumo de dicha sustancia, y a la cantidad que es administrada, lo que pone en manifiestos los riesgos para la salud física, mental y neurológica.

2.3.7.1. Modo de consumo

González (2019) señala que las formas de consumo o administración de la cocaína pueden ser a través de la inhalación, por vía intravenosa u oral. La forma de consumo no es determinante en la prevención de las consecuencias en la salud física, puesto que sea como sea que esté administrada generará complicaciones a corto y largo plazo. Sin embargo, al ser una sustancia muy adictiva el sujeto tiende a suprimir toda clase de información en torno a los efectos negativos que produce.

2.3.7.2. Mecanismo de acción

El mecanismo de acción de la cocaína está directamente relacionado al incremento de los niveles de producción de los neurotransmisores, tales como: dopamina, noradrenalina y serotonina. Con respecto a la dopamina, esta produce niveles elevados de euforia, siendo una de las principales causas de la adicción (Moratalla, 2018). El mecanismo de acción que ejerce esta

sustancia en el organismo interfiere directamente en la actividad funcional del cerebro, provocando mayores niveles de emotividad y locuacidad.

2.3.7.3. Tipos

- *Sulfato de coca o pasta base*: Otras de las denominaciones que se le han otorgado son: basuco, baserolo o Suzuki
- *La cocaína base*: También es conocida como free-base. Es el resultado de la combinación de la coca con el éter.
- *El crack*: Es elaborado a partir del compuesto base extraído de la cocaína (Infodrogas, 2021).

2.3.7.4. Efectos

- *Salud*: Las consecuencias originadas por el consumo de cocaína en la salud física van desde problemas hepáticos, cardiovasculares, respiratorios, visuales, entre otros. Sin embargo, en relación a la forma en que esta sustancia es administrada, también produce efectos negativos como: isquemia intestinal, infecciones orales y disfunción en el proceso de deglución (Flores, 2018). En concreto, estos efectos son determinantes y producen múltiples complicaciones en el cuerpo, sobre todo si la cocaína es administrada con otras drogas, las consecuencias podrían ser muy graves.
- *Psicosocial*: De acuerdo con Méndez (2019) los efectos psicosociales por consumo de cocaína pueden ser: trastornos de distorsión de la realidad, como, por ejemplo: psicosis y paranoia. Es decir, el sujeto experimentará pérdida del sentido de la realidad, despersonalización, delirios, alucinaciones visuales y auditivas, entre otros signos relacionados al consumo prolongado de dicha sustancia.

2.3.8. Tratamiento para manejar el consumo de cannabis y cocaína

A criterio de Rosso y Molina (2019) la aplicación de un tratamiento con objetivos reales y la utilización de estrategias saludables, como el uso de los fármacos, pueden disminuir la aparición del deterioro cognitivo leve; siempre que sean administrados de forma óptima. En concreto, la intervención cognitiva es necesaria para mejorar la facultad de cognición del sujeto, por tanto, es importante llevar a cabo técnicas de adaptación, estimulación y talleres de entrenamiento enfocados en las áreas afectadas, como, por ejemplo: la atención, concentración y memoria.

Es importante hacer una representación de la realidad del sujeto a través del análisis y estudio de los principales problemas que presenta el paciente, haciendo hincapié en aquellas consecuencias en el uso prolongado de sustancias que afectan la capacidad cognitiva (Ibáñez & Manzanera, 2017). El sujeto adicto debe identificar las consecuencias y efectos del consumo constante de drogas, incluyendo el cannabis y la cocaína para identificar los efectos negativos en su salud física y neuropsicológica.

Algunas de las técnicas por las que podría empezar es el reconocimiento de la compulsión por las sustancias psicoactivas, la identificación del riesgo; además, de proporcionar estrategias de afrontamiento que le permitan al sujeto actuar de forma correcta ante la presencia de los síntomas provocados por la abstinencia (Ruiz et al., 2019). Definitivamente, el tratamiento para las personas adictas a las drogas no es un proceso fácil, sin embargo, la colaboración y compromiso del sujeto son decisivos para determinar el éxito del proceso terapéutico.

2.3.8.1. Terapia Cognitivo – Conductual

La terapia cognitivo conductual es una técnica terapéutica que permite el abordaje de los distintos problemas de índole psicológico que enfrenta una persona, por tanto, posee distintos niveles de intervención: conductual, emocional, fisiológico y cognitivo (Ruiz et al., 2019). Esta

técnica psicológica es aplicada por un profesional capacitado, quien es el responsable de dirigir el proceso terapéutico y ofrecer las pautas de identificación de los patrones de pensamientos distorsionados que impiden el desarrollo óptimo del paciente.

Martínez et al., (2019) manifiestan que en la terapia cognitiva el terapeuta ayuda al paciente a identificar las situaciones que le obligan a consumir este tipo de sustancias, explorando sus patrones de pensamiento y creencias acerca del consumo de cannabis y cocaína. Existen distintos factores que incrementan el riesgo de consumo de drogas, y son precisamente estas situaciones las que el terapeuta identificará para abordarlas de forma pertinente y garantizar la eficacia del tratamiento.

2.3.8.2. Entrevista motivacional

Mercado et al., (2019) refiere que esta estrategia terapéutica centra todo su accionar en lograr el cambio de conducta del paciente, es decir, que pueda identificar la situación problema que predispone el consumo de sustancias. Por tanto, se compone de varias etapas de abordaje terapéutico, siendo el propósito del tratamiento identificar la principal motivación para el consumo de sustancias como el cannabis y la cocaína.

La entrevista motivacional según Bascarán et al., (2017) se basa en cuatro elementos claves para la efectividad del proceso terapéutico: aceptación, evocación, colaboración y compasión. La aceptación se enfoca en poder trabajar la empatía para facilitar el proceso de tolerancia y adaptación a las circunstancias o experiencias dolorosas; la evocación se interesa en la potenciación de las habilidades y fortalezas del sujeto; la colaboración destaca la importancia del autoconocimiento; y la compasión se refiere a dar prioridades a las necesidades personales del sujeto en tratamiento.

La combinación de estos elementos en el desarrollo de la entrevista motivacional determina la efectividad del tratamiento. El profesional debe saber utilizar sus recursos y herramientas necesarias que permitan la identificación de la situación problema, las conductas y formas de pensamientos negativos; esto con el propósito de ser trabajados y potencializados en función al objetivo terapéutico.

2.3.9. Diagnóstico de consumo

2.3.9.1. VESPA

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica para el Uso Indevido de Sustancias Psicoactivas (VESPA) es un instrumento diseñado y utilizado en Colombia con el propósito de recabar información sobre el consumo de drogas y otras sustancias psicoactivas. Por ello, este formulario indaga sobre el consumo de distintas sustancias, algunas de las cuales son: cocaína, cannabis, alcohol, tabaco, entre otras (Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, 2019). Este sistema analiza la problemática de consumo de drogas a nivel nacional, esto a fin de conocer el índice epidemiológico en dicho territorio, por tal motivo puede ser aplicado en cualquier parte del mundo, considerando, su validez y nivel de confiabilidad.

2.3.9.2. CIE 10

La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, en sus siglas CIE-10 por la Décima Revisión; fue respaldada por la Asamblea Mundial de la Salud en el año de 1990. Sin embargo, en la actualidad este recurso consta de 21 capítulos que sirven como herramienta para profesionales en las áreas clínicas, de investigación, administración y legislación (Rivadeneira, 2017). Es una herramienta importantísima, de libre acceso y fácil uso, sin embargo, es importante conocer cada uno de los ejes que la componen.

La CIE-10 está compuesta por seis ejes de estudio, en los que se detallan los síndromes psiquiátricos en el ámbito clínico, los trastornos específicos que tienen lugar en la etapa de desarrollo, el nivel intelectual, las condiciones médicas, las diferentes situaciones psicosociales y la evaluación global en torno a la discapacidad (Fundación CADAH, 2018). Este recurso aborda distintas áreas relacionadas a la salud física y mental, he aquí su importancia en el campo de aplicación de los profesionales de las distintas áreas.

En el Capítulo Quinto de la CIE-10 se establecen las enfermedades mentales, las mismas que se detallan a mayor profundidad en las categorías F01-F99. Sin embargo, los trastornos mentales y del comportamiento relacionados al consumo de sustancias psicotrópicas se encuentran desde el F10-F19 (Miras & Gala, 2018). Esta sección de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud aborda las afectaciones de índole mental, a fin de otorgar información relevante sobre cada trastorno que permita establecer un diagnóstico de forma eficaz.

CAPÍTULO III:

METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

Mediante la presente investigación se busca obtener resultados existentes basados en investigaciones de fuentes primarias y secundarias, para poder recopilar la información necesaria y de esta manera analizar los resultados y buscar soluciones que ayuden en lo posible a reducir el impacto neurológico en los jóvenes consumidores.

Tipo: El siguiente estudio es cuantitativo de tipo descriptivo correlacional. Según Castillo (2020) la investigación cuantitativa es el proceso de medición secuencial, que permite el análisis de la información recolectada a través del uso de la estadística como herramienta de medición para la comprobación o negación de la hipótesis de estudio. De esta forma será posible unificar los resultados obtenidos en la aplicación de los instrumentos e identificar cuáles son aquellos factores de riesgo psicosociales de mayor incidencia en el deterioro cognitivo, como consecuencia del consumo de cannabis y cocaína.

Diseño: Es una investigación no experimental, de corte transversal. De acuerdo con Sarmiento (2020) el diseño no experimental “analiza los fenómenos con mayor exactitud, no interviene en las variables de estudio, y se enfoca en situaciones ya existentes” (p.15). A través del diseño de investigación se pretende analizar la problemática de consumo de drogas y los factores de riesgos psicosociales que intervienen de forma directa en el objeto de estudio. Cabe destacar, que posee un corte transversal, debido a que el presente estudio se desarrolló en un periodo específico de tiempo.

De acuerdo con Zárate et al. (2019) el estudio descriptivo busca describir características, propiedades o sucesos con mayor precisión, a fin de proporcionar información detallada sobre un

problema de investigación. Este tipo de investigación permitirá conocer los factores de riesgo psicosociales que intervienen en el consumo de drogas y la presencia de deterioro cognitivo en los pacientes; así como las sustancias psicoactivas de mayor consumo.

Desde el punto de vista de Sarmiento (2020) la investigación correlacional es aquella que relaciona ambas variables para evaluar el grado de asociación y establecer vínculos entre ellas, en un contexto determinado de estudio. Este tipo de investigación permitirá establecer una correlación sobre la existencia de deterioro cognitivo en los sujetos consumidores de cannabis y cocaína y la persistencia de los factores de riesgos de índole psicosocial, para confirmar o desaprobar las hipótesis de investigación planteadas

3.2. La población y la muestra.

3.2.1. Población

La población de estudio es de 150 personas, distribuidos en el sector urbano “La Pradera” de la Ciudad de Milagro.

3.2.2. Características de la población

El número total de casos de interés oscila en 150 participantes, distribuidos en las distintas áreas del sector La Pradera, en la ciudad de Milagro. La edad comprendida de la población es entre los 18 a 25 años de edad, de sexo masculino y femenino. Viven en condiciones de vulnerabilidad, sin estudios actuales, desempleados y algunos en situación laboral indefinida. Poseen estado civil soltero, casado y en unión libre. En su mayoría se identifican como mestizos, otros como blancos y afrodescendientes.

3.2.2.1. Criterios de inclusión

- Sujetos que residan en el sector urbano de la Cdla. La Pradera, de la ciudad de Milagro, periodo febrero – junio 2021.

- Sujetos que consuman cannabis y cocaína.
- Sujetos que accedan a participar en el estudio y lo plasmen su firma del consentimiento informado.

3.2.2.2. Criterios de exclusión

- Sujetos con alteraciones mentales que impidan su participación.
- Sujetos que presenten discapacidad auditiva para escuchar las interrogantes.
- Sujetos que decidan abandonar el estudio de investigación.
- Sujetos que sean menores de 18 años y mayores de 25.

3.2.3. Delimitación de la población

Se trabajó con jóvenes participantes consumidores de cannabis y cocaína en el periodo de febrero a junio del 2021. Residentes en un sector “La Pradera” del cantón Milagro.

3.2.4. Muestra

La muestra con la que se trabajó para el desarrollo de la presente investigación fue de 136 jóvenes de 18 a 25 años de edad, los cuales residen en el sector La Pradera.

3.2.5. Tipo de muestra

El tipo de muestra aplicada fue no probabilística de subtipo por conveniencia, la cual se caracteriza por seleccionar aquellos casos de mayor disposición y que estén de acuerdo en ser incluidos en la investigación. Como lo menciona Otzen y Manterola (2017) la muestra es seleccionada en términos de accesibilidad y cercanía de los participantes para el desarrollo del estudio. En este caso no todos los consumidores de cannabis y cocaína tenían la probabilidad de participar en el estudio, se ha omitido la participación de consumidores que habitan en sus casas.

3.3. Los métodos y las técnicas

3.3.1. Método

El método utilizado para el desarrollo del siguiente estudio fue el hipotético-deductivo. Según lo manifestado por Meneses (2018) este método se caracteriza por establecer hipótesis para dar explicación a un determinado fenómeno, a través de la deducción de consecuencia. Este estudio centra su interés en los factores de riesgo que incrementan la probabilidad de consumo de drogas (cannabis y cocaína); y a su vez proporciona una deducción de los efectos adversos en la salud física y neuropsicológica, siendo uno de ellos el deterioro cognitivo.

3.3.2. Técnica

La técnica utilizada para el desarrollo de la presente investigación es la encuesta. El uso de esta técnica permitió acceder a la información de forma personalizada, conocer los acontecimientos, experiencias y situaciones que predisponen al sujeto al consumo de cannabis y cocaína. Además, fue posible identificar los principales factores de riesgos de mayor prevalencia en los jóvenes consumidores de drogas; además de evaluar los efectos en la salud neuropsicológica de los participantes, siendo el interés principal de estudio el deterioro cognitivo.

3.3.3. Instrumentos

- **Formulario para factores de riesgo:** Este instrumento mide los factores de riesgos que prevalecen en el estudio. Consta de 4 ítems: a) factores individuales, b) factores familiares, c) factores laborales, d) factores sociales. La metodología de estudio fue tomada como referencia del Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. Consta de 22 ítems, con opciones de respuestas según la escala de Likert: a) muy frecuente, b) frecuentemente, c)

ocasionalmente, d) raramente, e) nunca. Este instrumento puede ser administrado a jóvenes de 18 a 25 años de edad, con un tiempo aproximado de cinco a diez minutos de aplicación.

Estadísticas de fiabilidad

Análisis de factor de riesgo individual

Alfa de Cronbach	N de elementos
,703	8

Estadísticas de fiabilidad

Análisis de factor de riesgo familiar

Alfa de Cronbach	N de elementos
,705	7

Estadísticas de fiabilidad

Análisis de factor de riesgo laboral

Alfa de Cronbach	N de elementos
,858	3

Estadísticas de fiabilidad

Análisis de factor de riesgo social

Alfa de Cronbach	N de elementos
,731	8

Validación Externa:

La validación externa la realizaron los siguientes profesionales: Psic. Cl. Mariela Benítez Padilla máster en Psicología Educativa Coordinadora del Departamento de Consejería Estudiantil del Distrito 09D11 del Ministerio de Educación, Psic. Diego Rodríguez Zavala Analista Distrital de Apoyo a la Inclusión, Psic. Zaida Orozco Moreno Máster en Dirección y Gestión de Recurso Humanos, Lourdes Gonzales Romero docente de la Universidad Estatal de Milagro, también presta sus servicios en clínica de rehabilitación muy conocedora de la problemática de los jóvenes consumidores. **Véase el anexo.**

Validación Interna:

Al realizar la validación en el programa estadístico IBM SPSS 26, se ha determinado que el instrumento tiene un grado de fiabilidad en Alfa Cronbach de (0.703+0.705+0.858+0.731) con los test realizados para Factores de Riesgo Individual, Familiar, Laboral y Social, el cual es considerado valido para el levantamiento de información.

- **Test de Montreal (MoCa):** Este instrumento consta de varias pruebas de fácil aplicación y su objetivo principal es detectar la presencia de deterioro cognitivo, a partir de la evaluación de las facultades cognitivas: memoria de trabajo, atención, orientación, lenguaje, capacidad viso-espacial, funciones ejecutivas y concentración. El tiempo de aplicación aproximado es de 10 a 15 minutos. El registro de calificaciones se realiza de forma manual, siendo el puntaje máximo a obtener de 30 puntos. Si el puntaje es de 0-25 se considera un posible déficit cognitivo; mientras que si obtiene de 26-30 puntos el funcionamiento está en su rango normal.

Un factor positivo que presenta este test es que no necesita que a la persona que se le aplica sepa leer y escribir, estas son figuras donde el usuario tiene la facilidad de contestar las preguntas mediante la guía del facilitador.

Validación Interna:

Estadísticas de fiabilidad	
Análisis test de Montreal (MOCA)	
Alfa de Cronbach	N de elementos
1,000	2

El instrumento del MOCA en la mayoría de sus respuestas mide variables cualitativas, es por eso que se hace la validación del Alfa Cronbach con la sumatoria final del test saliendo con una fiabilidad de 1.00 que corresponde al 100% para la medición del deterioro cognitivo.

- **Cuestionario VESPA:** El Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Consumo de Sustancias Psicoactivas es un instrumento destinado a identificar el consumo de sustancias psicoactivas, tales como: el cannabis, la cocaína, entre otras. Además, indaga el acceso a estas sustancias en el ámbito familiar y social, por tanto, utiliza varias estrategias epidemiológicas como las encuestas de prevalencia y la vigilancia por unidades centinela.

Este instrumento es auto administrado y consta de 22 ítems, cuya información está relacionada a datos sociodemográficos e información relacionada al consumo de drogas. Algunos de los apartados incluidos en el VESPA son: tratamientos previos por consumo de drogas, nombre de la institución, forma de búsqueda de tratamiento, patrón de consumo, frecuencia de uso, vía de administración de la droga, entre otras. El registro de calificaciones se realiza de forma manual y puede ser aplicado en un tiempo aproximado de 10 minutos.

Validación Interna:

Este instrumento se utiliza como método de vigilancia epidemiológica en Bogotá Colombia, dando importancia al indicador de consumo de sustancias psicoactivas especialmente en jóvenes.

3.4. Propuesta de procesamiento estadístico de la información

IBM.SPSS STATISTICS 26: es una herramienta que funciona como una hoja de cálculo, por tanto, facilita el análisis estadístico de los datos debido al uso del soporte del sistema operativo Windows. El cual permite registrar información obtenida en la aplicación de los distintos instrumentos de investigación, haciendo que el trabajo sea más sencillo y altamente confiable.

Los datos pueden ser introducidos de forma manual o ser exportados desde un documento Excel, Word o algún otro archivo.

Se utiliza un tipo de estadística descriptiva para el análisis de los datos recolectados en las variables sociodemográficas; a fin de comprender la información clave para el desarrollo de esta investigación. Y es a través del método de correlación de Pearson que se determinará la asociación que existen entre las variables independiente y dependiente: factores de riesgos y deterioro cognitivo.

CAPÍTULO IV:

Análisis e interpretación de resultados

4.1. Análisis e interpretación de datos obtenidos

En una población de 150 jóvenes adultos con un margen de error del 9.3% dejando una muestra de 136 para estudio.

4.1.1 Análisis de las características de los datos Sociodemográficos

Tabla 2

Análisis estadístico de datos sociodemográficos

		Edad	Sexo	Estado Civil	Trabaja	Estudia	Nivel Educativo
N	Válido	136	136	136	136	136	136
	Perdidos	0	0	0	0	0	0
	Desviación	,470	,086	,807	,502	,348	,590
	Varianza	,220	,007	,652	,252	,121	,348

a. Existe en múltiples modos. Se muestra el valor más pequeño.

Nota: Valores obtenidos de los datos sociodemográficos de la población

Autoría propia

Interpretación: En la tabla #2 se puede apreciar los valores sociodemográficos de la muestra válida de 136 personas, donde se destaca la edad, sexo, estado civil, se encuentra trabajando, si estudia y su nivel educativo.

Tabla 3*Frecuencia Estadística de variable Edad*

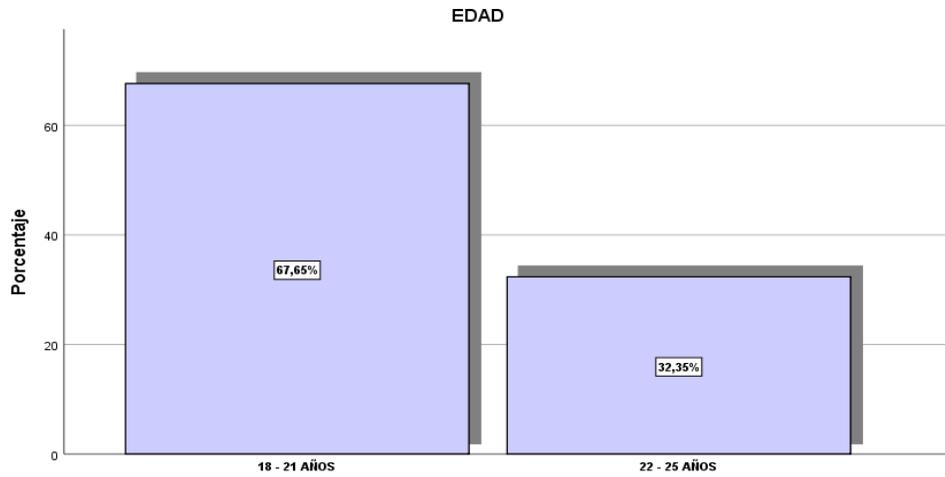
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	18 - 21 AÑOS	92	67,6	67,6	67,6
	22 - 25 AÑOS	44	32,4	32,4	100,0
Total		136	100,0	100,0	
Valores Estadísticos					
Media				1,32	
Mediana				1,00	
Moda				1	
Nota: Datos sociodemográficos y estadísticos de la variable edad.					

Autoría propia

Interpretación: En la tabla # 3 de las 136 muestras todos los participantes estuvieron entre las edades de 18 a 25 años, para este estudio como constancia de manera voluntaria se utilizó el consentimiento informado.

Figura 1

Frecuencia de variable Edad



Nota: Variable de la frecuencia de edad en jóvenes de 18 a 25 años

Autoría propia

Interpretación: En la figura # 1 se puede apreciar que de las muestras válidas que corresponden a la edad de los participantes es de 18 a 25 años, siendo un porcentaje del 100%.

Tabla 4

Frecuencia de variable Sexo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MASCULINO	135	99,3	99,3	99,3
	FEMENINO	1	,7	,7	100,0
Total		136	100,0	100,0	

Nota: Datos sociodemográficos de la variable sexo.

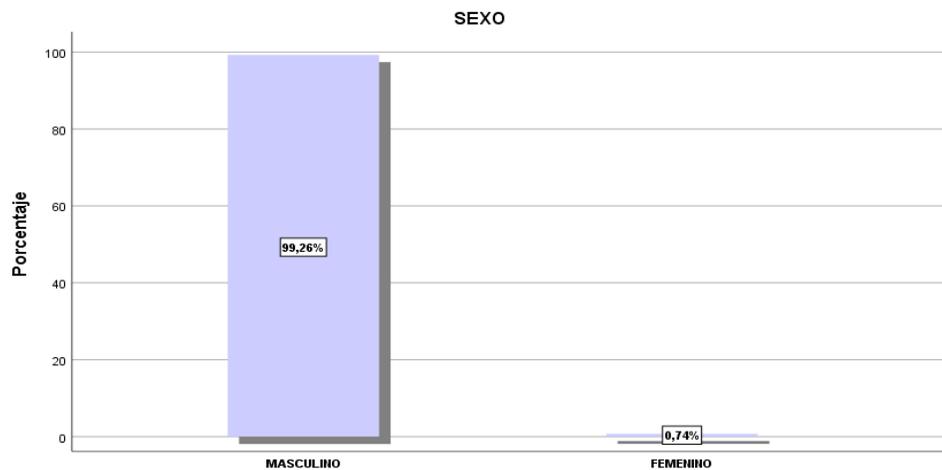
Autoría propia

Interpretación: En la tabla #4, del total de encuestas válidas corresponden a 135 hombres y solo se tiene la muestra valida de una mujer, se observa más resistencia en las mujeres a la

aceptación del consumo a una sustancia teniendo en cuenta que en la actualidad tanto el hombre como la mujer consume diversas sustancias psicoactivas.

Figura 2

Frecuencia de variable Sexo



Nota: Figura de datos sociodemográficos de la variable sexo.

Autoría propia

Interpretación: En la figura # 2 de la población se puede ver que 0.74% es el índice de sexo femenino y la mayor cantidad es de 99.26% sexo masculino.

Tabla 5*Frecuencia de variable Estado Civil*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	SOLTERO/A	97	71,3	71,3	71,3
Válido	CASADO/A	12	8,8	8,8	80,1
	UNION LIBRE	27	19,9	19,9	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

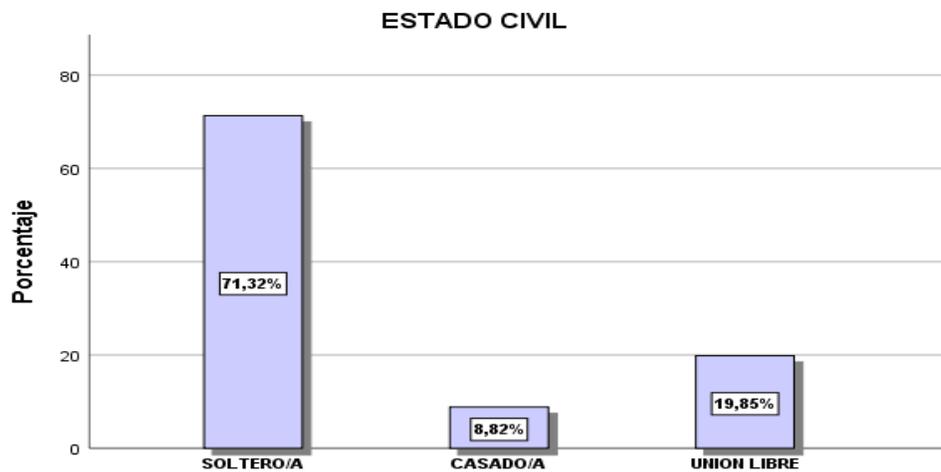
Nota: Datos sociodemográficos del estado civil.

Autoría propia

Interpretación: En la tabla #5, 97 de las 136 muestras son solteros; 12 jóvenes son casados y 27 jóvenes se encuentran en situación de unión libre. Donde se observa que los solteros son los que más consumen en la población de muestra.

Figura 3

Frecuencia de variable Estado Civil



Nota: Figura de datos sociodemográficos de estado civil.

Autoría propia

Interpretación: De la figura # 3 en la población se puede ver que el 71.32% corresponde al estado civil soltero, que el 8.82% corresponde a los jóvenes casados y el 19.85% se encuentran en unión libre.

Tabla 6

Frecuencia de variable Trabajo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	68	50,0	50,0	50,0
	NO	68	50,0	50,0	100,0
Total		136	100,0	100,0	

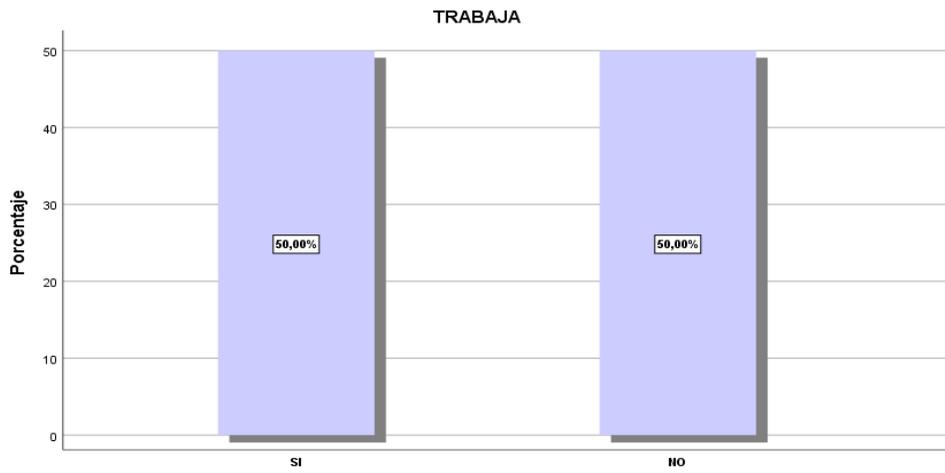
Nota: Datos sociodemográficos de la variable trabajo.

Autoría propia

Interpretación: En la tabla # 6, entre los datos recolectados se determina que de los encuestados solo son 68 de las 136 que siguen trabajando y siendo útiles para la sociedad y los 68 restantes, no se encuentran trabajando.

Figura 4

Frecuencia de variable Trabajo



Nota: figura de datos sociodemográficos de la variable trabaja.

Autoría propia

Interpretación: En la figura # 4, se puede observar que de los encuestados el 50% de la población se encuentra sin trabajo y el otro 50% con trabajo eventual.

Tabla 7

Frecuencia de variable Nivel Educativo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	NO ASISTIÓ	3	2,2	2,2	2,2
Válido	PRIMARIA	35	25,7	25,7	27,9
	SECUNDARIA	90	66,2	66,2	94,1

UNIVERSIDAD	8	5,9	5,9	100,0
Total	136	100,0	100,0	

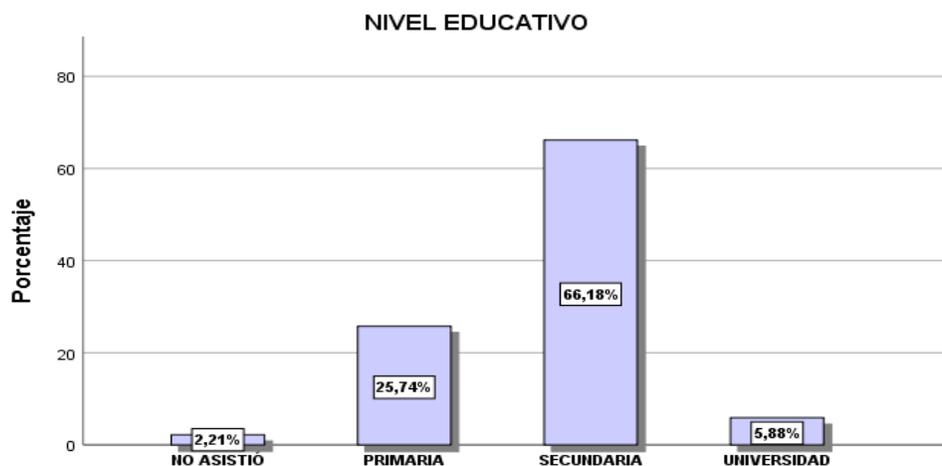
Nota: Datos sociodemográficos de la variable nivel educativo.

Autoría propia

Interpretación: En la tabla # 7, se puede observar que la mayoría de la población fue a la secundaria con 90 personas y de ahí sigue la primaria con 35 jóvenes, además que el nivel de estudio superior solo asistió 8 personas y una minoría no asistió a la escuela con una cantidad de 3 jóvenes.

Figura 5

Frecuencia de variable Nivel Educativo



Nota: figura de los Datos sociodemográficos de la variable nivel educativo.

Autoría propia

Interpretación: En la figura # 5, se encuentra un porcentaje de 2.21% para los que no asistieron a la escuela, de los que solo asistieron a primaria tenemos prevalencia de 25.74%, los estudios secundarios con 66.18% y los estudios superiores solo con un 5.88%.

4.1.2 Análisis del VESPA (Validación Epidemiológica de Sustancias Psicoactivas)

Tabla 8

Frecuencia de variable Tipo de Droga

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	CANNABIS	53	39,0	39,0	39,0
	COCAINA	83	61,0	61,0	100,0
	Total	136	100,0	100,0	

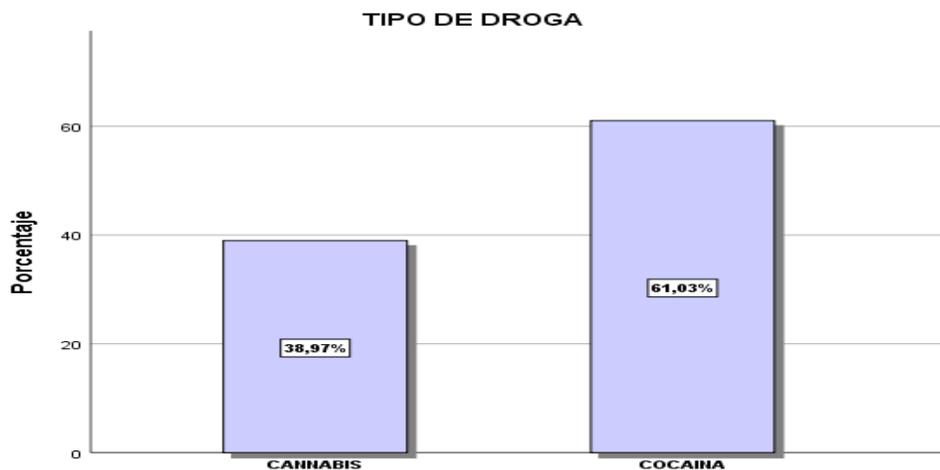
Nota: Datos de la variable tipo de droga

Autoría propia

Interpretación: En la tabla # 8, se puede observar que de las muestras recogidas con 136 jóvenes 53 fueron consumiendo cannabis y en mayor cantidad con un 83 el consumo de cocaína.

Figura 6

Frecuencia de variable de Tipo de Droga



Nota: Figura de los datos de la variable tipo de droga.

Autoría propia

Interpretación: En la figura 11 se observa que del 100% de los participantes, el uso de cocaína es de 61.03% corroborando que dentro de la muestra se tiene preferencia por esta sustancia y de cannabis con un 38.97%.

4.1.3 Análisis descriptivo de la variable

4.1.3.1 Variable 1: Factores de Riesgos Psicosociales (individual, familiar, laboral y social.)

Tabla 9

Análisis estadístico de la variable Factor de Riesgo Individual

		F. R.						
		IND1	IND2	IND3	IND4	IND5	IND6	IND7
N	Válido	136	136	136	136	136	136	136
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0
Desviación		1,515	1,219	1,299	1,366	1,327	1,379	1,271
Varianza		2,296	1,486	1,688	1,866	1,762	1,902	1,614

Nota: Se observa las respuestas de los diferentes factores de riesgo individuales que son *FRIND1 ¿Sientes la necesidad de aprobación de los demás?; FRIND2 ¿Con qué frecuencia asistes a reuniones, fiestas, discotecas?; FRIND3 ¿Te sientes a gusto contigo mismo?; FRIND4 ¿Mi actitud hacia mí mismo es positiva?; FRIND5 ¿Puedo hacer las cosas bien como los demás?; FRIND6 ¿Realizo las cosas que me piden?; FRIND7 ¿Ante una sugerencia que me realizan, reacciono con amabilidad?*

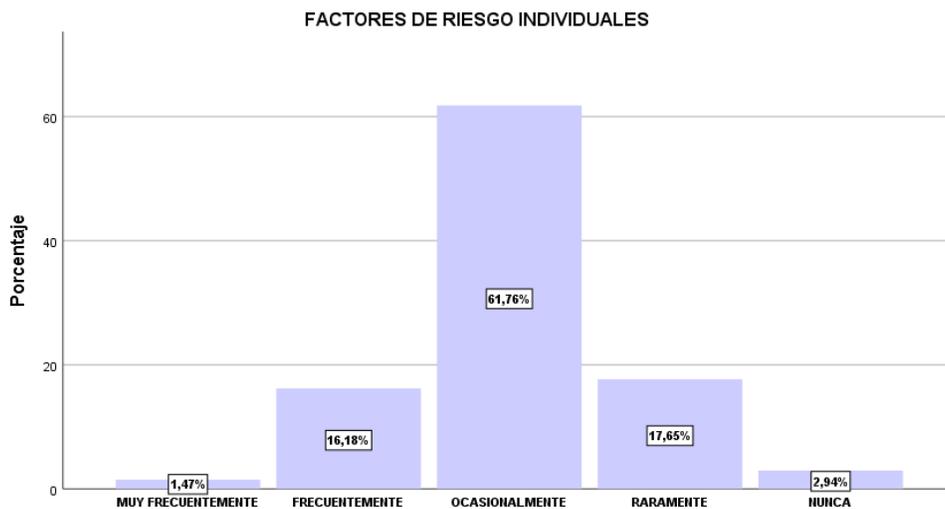
Autoría propia

Interpretación: En la tabla #9, de los factores de riesgo individual sobresale el resultado de prevalencia de la pregunta 1 y 6 con un valor sobre 5 de 1,515 y de 1,379 respectivamente. En este contexto, para los jóvenes en el rango de este estudio, la aprobación de los demás

principalmente está reflejada por su grupo social y de amigos, por encima de su familia, por lo que al tener este factor un valor alto, entendemos que su autoestima depende principalmente de otras personas ajenas a su vínculo familiar, y su conducta se verá influenciada por el accionar de ese grupo de amigos, por lo cual si su grupo de amigos tiene orientación hacia el consumo de drogas, la influencia ejercida por ellos sobre el individuo hará que este tenga una mayor probabilidad de adentrarse en el consumo de drogas.

Figura 7

Frecuencia de Variable de Factores de Riesgo Individuales



Nota: Figura las respuestas de los diferentes factores de riesgo individuales que son FRIND1 ¿Sientes la necesidad de aprobación de los demás?; FRIND2 ¿Con qué frecuencia asistes a reuniones, fiestas, discotecas?; FRIND3 ¿Te sientes a gusto contigo mismo?; FRIND4 ¿Mi actitud hacia mí mismo es positiva?; FRIND5 ¿Puedo hacer las cosas bien como los demás?; FRIND6 ¿Realizo las cosas que me piden?; FRIND7 ¿Ante una sugerencia que me realizan, reacciono con amabilidad?

Autoría propia

Interpretación: En la figura # 7, se aprecia en la sumatoria de resultados de los factores de riesgos individuales que el 61.76% de las respuestas destacaron que la inseguridad que sienten en ellos hace que esta respuesta de ocasionalmente los lleve a tomar decisiones aceleradas. También se encuentra que raramente con 17.65% y frecuentemente con 16.18% de las decisiones puedan acceder en poca o mayor medida al insumo de sustancias psicoactivas, donde los porcentajes de si o no como respuesta única consiguen con muy frecuentemente 1.47% y nunca 2.94% un resultado bajo en la población.

Tabla 10

Análisis estadístico de la variable Factor de Riesgo Familiar

	F. R.	F. R.	F. R.	F. R.	F. R.	F. R.
	FAM	FAM	FAM	FAM	FAM	FAM
	8	9	10	11	12	13
N	Válido	136	136	136	136	136
	Perdidos	0	0	0	0	0
	Desviación	1,696	1,416	1,457	1,366	1,566
	Varianza	2,876	2,006	2,124	1,866	2,451

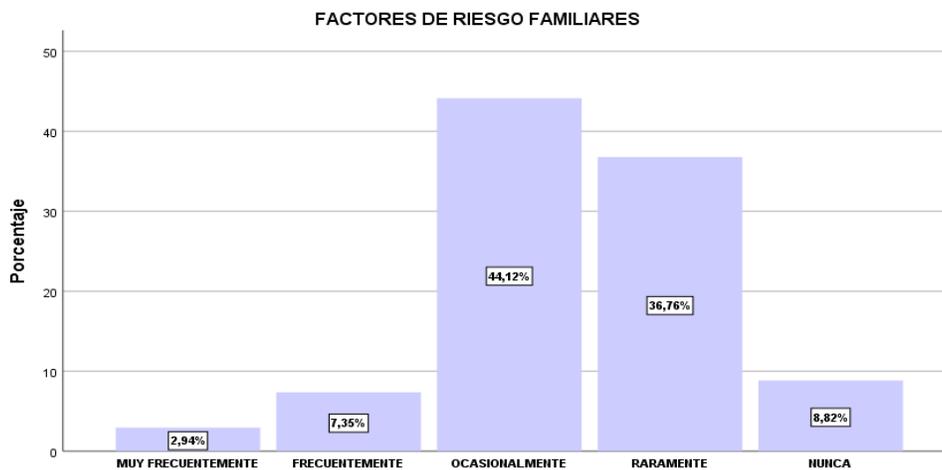
Nota: Se observa las respuestas de los diferentes factores de riesgo familiares que son FRFAM8 *¿Vive con sus padres?;* FRFAM9 *¿La ausencia de tus progenitores te causa ansiedad y tristeza?;* FRFAM10 *¿Cuándo tienes dificultades o problemas, comunicas a tus padres o algún familiar?;* FRFAM11 *¿Te relacionas con tu entorno familiar?;* FRFAM12 *¿Tus padres discuten?;* FRFAM13 *¿Consideras que eres el causante de los problemas de tus padres?*

Autoría propia

Interpretación: En la tabla # 10, se observa una media en la pregunta 8 con un 1,696 sobre 5, que es el valor promedio más alto entre todos los factores evaluados donde estos se sienten fuera de lugar y sin quien confiar en su hogar, con una varianza de 2,876 y la pregunta que le sigue en incidencia es la 12 con un 1,566 sobre 5 y una varianza de 2,451. Que destaca nuevamente los problemas que existente dentro de los hogares de la muestra de estudio valida de 136 jóvenes.

Figura 8

Frecuencia de Variable de Factores de Riesgo Familiares



Nota: en la figura # 8, Se observa las respuestas de los diferentes factores de riesgo familiares que son FRFAM8 *¿Vive con sus padres?*; FRFAM9 *¿La ausencia de tus progenitores te causa ansiedad y tristeza?*; FRFAM10 *¿Cuándo tienes dificultades o problemas, comunicas a tus padres o algún familiar?*; FRFAM11 *¿Te relacionas con tu entorno familiar?*; FRFAM12 *¿Tus padres discuten?*; FRFAM13 *¿Consideras que eres el causante de los problemas de tus padres?*

Autoría propia

Interpretación: En la figura # 8, se encuentra una prevalencia de la respuesta ocasionalmente obteniendo la fragilidad de las relacione familiares con un 44.12% y una respuesta de 36.76% que raramente manifiestan una respuesta asertiva con su familia a casi nula con una respuesta de

nunca 8.82%, además se obtiene un 7.35% de frecuentemente y un positivo en baja medida con 2.94%.

Tabla 11
Análisis estadístico de la variable Factor de Riesgo Laboral

		F. R. LAB 14	F. R. LAB 15
N	Válido	136	136
	Perdidos	0	0
	Desviación	1,439	1,495
	Varianza	2,070	2,234

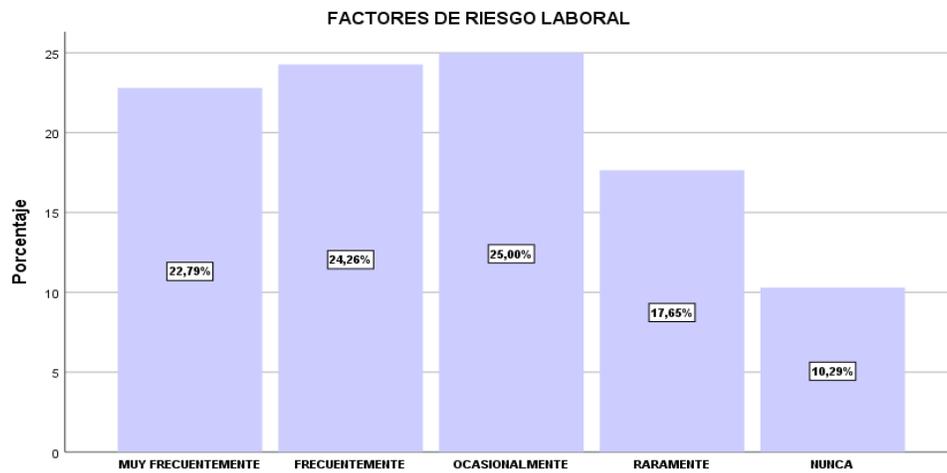
Nota: Se observa las respuestas de los diferentes factores de riesgo laboral que son FRLAB14 *¿Trabajas?*; FRLAB15 *¿Te sientes a gusto con el trabajo que realizas?*

Autoría propia

Interpretación: En la tabla # 11 se observa una desviación de 1,439 sobre 5 y un 1,495 sobre 5 en las dos preguntas laborales, donde el porcentaje según datos sociodemográficos de los que trabajan consumiendo sustancias psicoactivas en trabajos fijos es menos de la mitad.

Figura 9

Frecuencia de Variable de Factores de Riesgo Laborales



Nota: Se observa en la figura las respuestas de los diferentes factores de riesgo laboral que son FRLAB14 ¿Trabajas?; FRLAB15 ¿Te sientes a gusto con el trabajo que realizas?

Autoría propia

Interpretación: En la figura # 9 se aprecia un valor equitativo entre las respuestas ocasionalmente de 25%, frecuentemente de 24.26%, un muy frecuentemente con un 22.79% y un raramente bajando en porcentaje con 17.65%, llegando a solo un 10.29% de población que ya no son útiles a nivel laboral y la sociedad.

Tabla 12*Análisis estadístico de la variable Factor de Riesgo Social*

	F. R.						
	SOC 16	SOC 17	SOC 18	SOC 19	SOC 20	SOC 21	SOC 22
N							
Válido	136	136	136	136	136	136	136
Perdidos	0	0	0	0	0	0	0
Desviación	1,355	1,575	1,354	1,592	1,437	1,291	1,444
Varianza	1,835	2,480	1,832	2,533	2,065	1,666	2,084

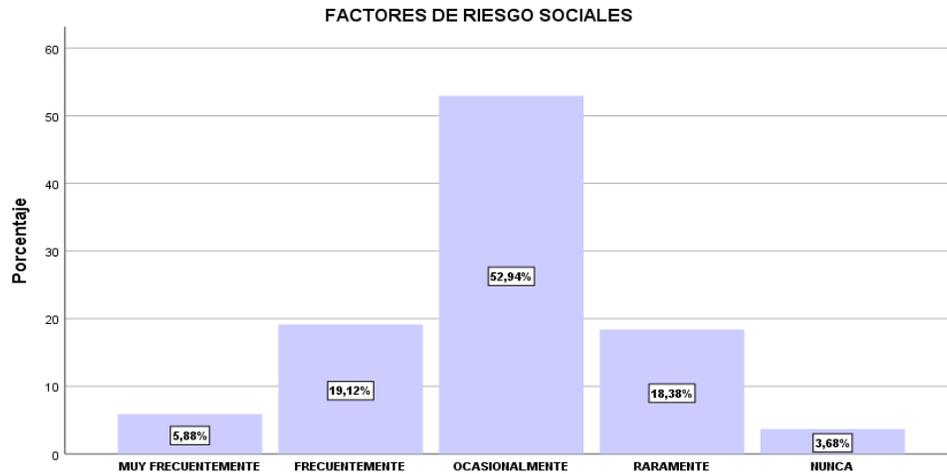
Nota: Se observa las respuestas de los diferentes factores de riesgo social que son FRSOC16 ¿Alguno de tus amigos consume sustancias psicoactivas?; FRSOC17 ¿Te han invitado a que consumas algún tipo de sustancia psicoactiva?; FRSOC18 ¿accedes con facilidad a las drogas?; FRSOC19 ¿En tu entorno familiar consumen algún tipo de sustancia psicoactiva?; FRSOC20 ¿Te han encontrado consumiendo?; FRSOC21 ¿El consumo de drogas ha interferido en la comunicación con los demás?; FRSOC22 ¿Tu nivel económico es favorable?

Autoría propia

Interpretación: En la tabla # 12, se observa también que el factor social en la escala de 5 las preguntas 19 y 17 presentan un valor de desviación más alto con relación al resto, con 1,592 sobre 5 y 1,575 sobre 5 respectivamente. Al tener varianza de 2,533 y 2,480 en estas preguntas se puede determinar que al haber al menos una persona ya sea dentro de su entorno familiar o de su grupo de amigos que consuma algún tipo de sustancia psicotrópica, el sujeto podría considerar esta situación como algo normal y tratará de seguir ese ejemplo para utilizarlo como un escape de una situación determinante en su hogar, por lo que tendrá una mayor propensión hacia el consumo de drogas.

Figura 10

Frecuencia de Variable de Factores de Riesgo Sociales.



Nota: Se observa en la figura las respuestas de los diferentes factores de riesgo social que son FRSOC16 *¿Alguno de tus amigos consume sustancias psicoactivas?*; FRSOC17 *¿Te han invitado a que consumas algún tipo de sustancia psicoactiva?*; FRSOC18 *¿accedes con facilidad a las drogas?*; FRSOC19 *¿En tu entorno familiar consumen algún tipo de sustancia psicoactiva?*; FRSOC20 *¿Te han encontrado consumiendo?*; FRSOC21 *¿El consumo de drogas ha interferido en la comunicación con los demás?*; FRSOC22 *¿Tu nivel económico es favorable?*

Autoría propia

Interpretación: En la figura # 10, se observa que la respuesta en general de ocasionalmente en las respuestas de factor de riesgo social es de un 52.94% siendo una respuesta en este caso negativa para las respuestas solicitadas, así como frecuentemente con un 19.12%, un raramente con 18.38%. Además, en respuestas concretas de si con muy frecuentemente de 5.88% y un no en nunca de 3.68%.

4.1.3.2 Análisis de la Variable 2: Deterioro Cognitivo

Aplicación de instrumento Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

Tabla 13

Frecuencia de variable de Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mayor severo	11	7,3	8,1	8,1
	Mayor moderado	39	26,0	28,7	36,8
	Trastorno neurocognitivo menor	33	22,0	24,3	61,0
	Normal	53	35,3	39,0	100,0
Total		136	90,7	100,0	

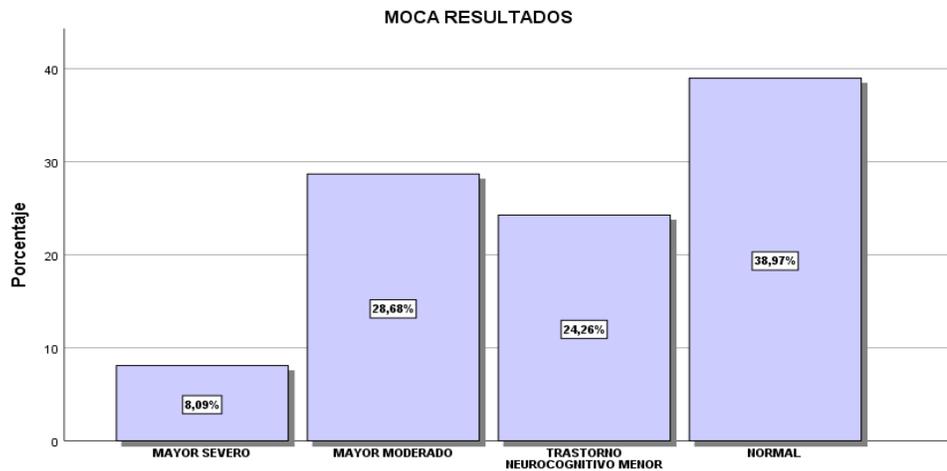
Nota: Datos de resultados de variable 2 Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

Autoría propia

Interpretación: En la tabla # 13, de MoCA los resultados que se observan nos indican que existe de la población consumidora un daño mayor severo de deterioro cognitivo a 11 jóvenes, con deterioro cognitivo moderado 39 de los mismos y con un deterioro de trastorno neurocognitivo menor 33 personas, es decir que en total de aquellos que sufren un deterioro cognitivo por el consumo de drogas es de 83 personas de la población de 136, y aquellos que aun no manifiestan ningún síntoma de deterioro cognitivo es de 53 jóvenes.

Figura 11

Frecuencia de variable Montreal Cognitive Assessment (MoCA) Resultados



Nota: figura de datos en porcentajes de resultados de variable 2 Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

Autoría propia

Interpretación: En la figura # 11, se observa con un resultado de normal al 38,97% lo que equivale a un poco menos de la mitad de los jóvenes, pero también mostrando un porcentaje de 28,68% con un daño mayor moderado, siendo el 24,26% un trastorno neurocognitivo menor y 8,09% con daño mayor severo según resultados. Si sumamos el deterioro cognitivo que se presenta por el consumo de sustancias psicoactivas en la población sería un porcentaje de 61.03% desde deterioro leve a severo.

4.2 Análisis correlacional de resultados

Aquí se presentan las correlaciones por medio del programa IBM SPSS V26, donde encontramos una Correlación de Pearson entre las dos variables de Factor de Riesgo Psicosociales y Deterioro Cognitivo.

Estas correlaciones serán tomadas de manera global e individual dentro de los factores de riesgo psicosociales para obtener los resultados más puntuales y determinar qué factor de riesgo psicosocial afecta a un daño de deterioro cognitivo al llevar al joven a más consumo.

Tabla 14

Correlación Factores de Riesgo Psicosociales vs Deterioro Cognitivo

		Factores de Riesgo Psicosociales	Deterioro Cognitivo
Factores de Riesgo Psicosociales	Correlación de Pearson	1	,782**
	Sig. (bilateral)		,001
	N	136	136
Deterioro Cognitivo	Correlación de Pearson	,782**	1
	Sig. (bilateral)	,001	
	N	136	136

** . La Correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Nota: Correlación Pearson Factores de Riesgo Psicosociales vs Deterioro Cognitivo

Autoría propia

Interpretación: En la tabla #14 el coeficiente de correlación de Pearson expresa relación de orden en dos variables tanto factor de riesgo psicosociales versus deterioro cognitivo por el consumo de sustancias psicotrópicas.

$r = +0.782^{**}$ siendo el valor de coeficiente

s o P= 0.001 valor de significancia

N= 136 como número de casos relacionados

Donde se analiza una correlación de Pearson de +0.782 siendo el valor de coeficiente obteniendo un resultado de una correlación positiva considerable entre los factores de riesgo psicosociales con su incidencia en este grupo de estudio consumidor de 136 jóvenes obteniendo una correlación de más de la mitad de la población con deterioro cognitivo.

Además, la (sig.) significancia es de 0.001 es de 99% de confianza donde la relación que se presenta es verdadera con un margen de error del 0.01%

Tabla 15

Correlación Deterioro Cognitivo vs Factor Riesgo Psicosocial Familiar

		Deterioro Cognitivo	F.R.P Familiar
Deterioro Cognitivo	Correlación de Pearson	1	,815**
	Sig. (bilateral)		,001
	N	136	136
F.R.P Familiar	Correlación de Pearson	,815**	1
	Sig. (bilateral)	,001	
	N	136	136

** . La Correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Nota: Correlación Pearson Deterioro Cognitivo vs Factor Riesgo Psicosocial Familiar

Autoría propia

Interpretación: En la tabla #15 se observa al Factor Riesgo Psicosocial Familiar vs el Deterioro Cognitivo con una correlación positiva considerable, donde la relación deterioro

cognitivo está en mayor proporción de valor de coeficiente en comparación de los otros factores de riesgo.

Tabla 16
Correlación Deterioro Cognitivo vs Factor Riesgo Psicosocial Social

		Deterioro Cognitivo	F.R.P Social
Deterioro Cognitivo	Correlación de Pearson	1	,688**
	Sig. (bilateral)		,001
	N	136	136
F.R.P Social	Correlación de Pearson	,688**	1
	Sig. (bilateral)	,001	
	N	136	136

** . La Correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Nota: Correlación Pearson Deterioro Cognitivo vs Factor Riesgo Psicosocial Social

Autoría propia

Interpretación: En la tabla #16 se observa al Factor Riesgo Psicosocial Social vs el Deterioro Cognitivo con una correlación positiva media, donde la relación deterioro cognitivo está en una proporción promedio de valor dentro de los factores mencionados.

Tabla 17*Correlación Deterioro Cognitivo vs Factor Riesgo Psicosocial Laboral*

		Deterioro Cognitivo	F.R.P Laboral
Deterioro Cognitivo	Correlación de Pearson	1	,548**
	Sig. (bilateral)		,001
	N	136	136
F.R.P Laboral	Correlación de Pearson	,548**	1
	Sig. (bilateral)	,001	
	N	136	136
**. La Correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).			

Nota: Correlación Pearson Deterioro Cognitivo vs Factor Riesgo Psicosocial Laboral

Autoría propia

Interpretación: En la tabla #17 se observa al Factor Riesgo Psicosocial laboral vs el Deterioro Cognitivo con una correlación positiva también media, donde la relación deterioro cognitivo se sitúa dentro del promedio de los valores de coeficiente.

Tabla 18

Correlación Deterioro Cognitivo vs Factor Riesgo Psicosocial Individual

		Deterioro Cognitivo	F.R.P Individual
Deterioro Cognitivo	Correlación de Pearson	1	,328**
	Sig. (bilateral)		,001
	N	136	136
F.R.P Individual	Correlación de Pearson	,328**	1
	Sig. (bilateral)	,001	
	N	136	136
**. La Correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).			

Nota: Correlación Pearson Deterioro Cognitivo vs Factor Riesgo Psicosocial Individual

Autoría propia

Interpretación: En la tabla #18 se observa al Factor Riesgo Psicosocial Individual vs el Deterioro Cognitivo con una correlación positiva débil, donde la relación deterioro cognitivo está en menor dificultad de valor de coeficiente con este factor de riesgo.

Tabla 19*Correlación Deterioro Cognitivo vs Factor Riesgo Psicosocial de manera dimensional.*

		F.R.P Individual	F.R.P Familiar	F.R.P Laboral	F.R.P Social	Deterioro Cognitivo
F.R.P Individual	Correlación de Pearson	1	,516**	,217*	,491**	,328**
	Sig. (bilateral)		,000	,011	,000	,001
N		136	136	136	136	136
F.R.P Familiar	Correlación de Pearson	,516**	1	,267**	,424**	,815**
	Sig. (bilateral)	,000		,002	,000	,001
N		136	136	136	136	136
F.R.P Laboral	Correlación de Pearson	,217*	,267**	1	,327*	,548**
	Sig. (bilateral)	,011	,002		,006	,001
N		136	136	136	136	136
F.R.P Social	Correlación de Pearson	,491**	,424**	,327*	1	,688**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,006		,001
N		136	136	136	136	136
Deterioro Cognitivo	Correlación de Pearson	,328**	,815**	,548**	,688**	1

	Sig. (bilateral)	,001	,001	,001	,001	
	N	136	136	136	136	136
*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).						
**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).						

Nota: Correlación Pearson Deterioro Cognitivo vs Factor Riesgo Psicosocial de manera dimensional.

Autoría propia

Interpretación: En la tabla #19, se puede observar que el factor de riesgo psicosocial es el que tiene más relevancia para que los jóvenes se mantenga en el consumo de sustancias psicoactivas como el cannabis y cocaína el cual por su tiempo de uso causa el deterioro cognitivo, este factor de riesgo familiar tiene una relación significativa con todos los otros factores que incide al consumo, al realizar la correlación de pearson se identifica que el factor de riesgo psicosocial familiar versus Individual es de +0.516 dando una correlación positiva media y con un 99% de confianza al tener una significancia de **0.000**. Al enfrentar factor de riesgo psicosocial familiar versus laboral encontramos una correlación positiva débil con +0.267 con un 99% de confianza al tener 0.002 y un 1% de error. Además, al tener el factor de riesgo psicosocial familiar versus Social encontramos una correlación positiva débil con +0.424 con un 99% de confianza al tener 0.000 y un 1% de error. Agregando el versus de factor de riesgo psicosocial Social contra Laboral tenemos una correlación positiva débil con +0.327 y un 95% de confianza con una significancia de 0.006 obteniendo un 5% de error. También se observa el factor de riesgo psicosocial individual versus el factor de riesgo psicosocial laboral con una correlación positiva muy débil con un +0.217 y una confianza de 95% al tener una significancia de 0.011 dando un margen de error del 5%, otro versus del factor de riesgo psicosocial individual

es con el factor de riesgo psicosocial social con un $+0.491$ siendo una correlación positiva débil y una confianza del 99% ya que su significancia es de 0.000 en su resultado.

CAPÍTULO V.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Podemos concluir del presente trabajo lo siguiente:

- De acuerdo con el primer objetivo de investigación se indica que el factor de riesgo psicosocial familiar es el que más incide en los jóvenes para su consumo de sustancias psicoactivas, debido que dentro del entorno familiar existen problemas como la separación de sus padres, discusiones entre hermanos, abandono, la ausencia de uno o de ambos progenitores, baja autoestima por la falta de afecto, la presencia de sustancias psicoactivas por miembros de la familia o allegados consumen.
- Al evaluar el nivel de deterioro cognitivo en los jóvenes consumidores se observó que el 61.03% presenta deterioro cognitivo leve, y si no se brinda la ayuda oportuna podría ser grave. Se puede determinar que al tratarse de un grupo de personas que se encuentra en una edad temprana, este deterioro cognitivo presentado altera de manera considerable la capacidad intelectual, por ello es prescindible un oportuno tratamiento, entre más temprano sea la recuperación, los síntomas del deterioro cognitivo podría ser reversible.
- La relación que existe entre los factores de riesgos psicosociales y el deterioro cognitivo es con respecto a la edad en la cual se inició el consumo de sustancias psicoactivas. Se encuentra en la adolescencia (entre los 13 y 17 años) y esto se debe principalmente a que en esa etapa el ser humano se encuentra en una transición entre la niñez y la juventud y posterior madurez, por lo que se ve sometido a múltiples cambios tanto fisiológicos como psicológicos.

5.2. Recomendaciones

- La etapa de adolescencia debe ser una prioridad para futuras investigaciones por las respuestas dadas de los jóvenes en este estudio, la mayoría comenzaron en edades tempranas su consumo drogas, siendo causante de problemas como abandono de sus estudios, daño en su salud física y mental.
- Indagar la manera más idónea estrategias y métodos que puedan utilizar las familias que estén con falta de información que el causal más propicio para que los jóvenes consuman son los problemas familiares, y tratar de esta manera disminuir el incremento de jóvenes consumidores drogas.
- Recomendar a las instituciones estatales y autoridades competentes la aplicación de programas de prevención y recuperación orientados a jóvenes con deterioro cognitivo involucrados en adicción, así como la aplicación de políticas públicas y programas de prevención en el sistema educativo destinadas a fomentar y mejorar las relaciones familiares, y brindar información sobre el deterioro cognitivo producido como consecuencia del uso y abuso de sustancias psicoactivas.

Bibliografía

- Aladro, J., Lorenzo, A., García, J., Méndez, M., Pérez, M., & Mirdavood, S. (2019). (G. Networking, Editor) Obtenido de https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/b3186014-4274-11ea-bbdf-d73a8968efc2/ProtocoloDC_Canarias.pdf
- Alonso, L., Reyes, E., & González, J. (2019). Clinical and behavioral profile of young inhalant users. *Actas Esp Psiquiatr*, 8-171.
- Basarán, Fernández, Mesa, Martínez, Sáiz, & García. (2017). Proceso de cambio y entrevista motivacional. En *Evidencia y herramientas para abordar al paciente con trastornos*.
- Bloor, R., Wang, T., Spanel, P., & Smith, D. (2018). Liberación de amoníaco de la hoja de cannabis callejera calentada y sus posibles efectos tóxicos en los consumidores de cannabis. 103 (10). doi:doi: 10.1111 / j.1360-0443.2008.02281.x.
- Bosque, J. d., Mairena, A. F., Díaz, D. B., Espínola, M., García, N. G., Abdalá, A. L., . . . Sansor, R. (2018). La cocaína: consumo y consecuencias. *Salud Ment*, 37(5). Recuperado el 25 de 04 de 2021, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000500004
- Briones, W., Hidalgo, H., Macías, J., García, E., & Scrich, A. (2018). Causas de las adicciones en adolescentes y jóvenes en Ecuador. *Rev. Arch Med Camagüey*, 130-138.
- Brook, J. S., Whiteman, M., Finch, S., & Cohen, P. (Marzo de 2018). Longitudinally foretelling drug use in the late twenties: adolescent personality and social-environmental antecedents. 161(1), 37-51. doi:10.1080/00221320009596693.
- Budney, A. J., & Hughes, J. R. (Mayo de 2018). El síndrome de abstinencia de cannabis. *Psiquiatría Curr Opin*, 19(3), 233-238. doi: 233-8.
- Callisaya, J. (2018). Factores de riesgo y protección ante el consumo de drogas en jóvenes del municipio de La Paz. *Drugs and Addictive Behavior*, 52-74.
- Cancino, M., & Rehbein, L. (2018). Factores de riesgo y precursores del Deterioro Cognitivo Leve (DCL): Una mirada sinóptica. *Terapia Psicológica*, 183-189.
- Caravaca, J., Noh, S., Hamilton, H., Brands, B., Gastaldo, D., & Miotto, M. (2019). Recuperado el 15 de 04 de 2021, de <https://www.scielo.br/pdf/tce/v24nspe/0104-0707-tce-24-spe-00145.pdf>
- Carballo, J., García, O., Secades, R., Fernández, J., García, E., Errasti, J., & Díaz, S. (2017). *Psicothema*, 674-679.
- Carnero, C. (2019). En *Recomendaciones para el manejo de deterioro cognitivo*. Granada , España .
- Castillo, B. (14 de Octubre de 2020). *Directorio Universitario*. Recuperado el 26 de 04 de 2021, de <https://guiauniversitaria.mx/6-tipos-de-metodos-de-investigacion/>
- Cazenava, A., Saavedra, W., Huerta, P., Mendoza, C., & Aguirre, C. (2017). Consumo de marihuana en jóvenes universitarios. *Ciencia y Enfermería*, 15-24.

- Clifford, R., Knopman, D. S., Jagust, W. J., Shaw, L. M., Aisen, P. S., Weiner, M. W., . . . Trojanowski, J. Q. (2018). Modelo hipotético de biomarcadores dinámicos de la cascada patológica del Alzheimer. *Lancet Neurol*, *9*(1), 119-28. doi:10.1016 / S1474-4422 (09) 70299-6.
- Contreras, A., & García, Ó. (2017). *La MARIHUANA*. Recuperado el 22 de 04 de 2021, de https://www.amc.edu.mx/revistaciencia/images/revista/65_1/PDF/Marihuana.pdf
- Coullaut, R., Diaz, I., Arrúe, R., Coullaut, J., & Bajo, R. (2018). Deterioro cognitivo asociado al consumo de diferentes sustancias psicoactivas. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 168-173.
- Chalco, F. (2019). *Tesis de Maestría. Universidad de Cuenca*. Obtenido de <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/31953/1/Tesis.pdf>
- David, K., & Murphy, B. (29 de Enero de 2017). Interparental Conflict and Preschoolers' Peer Relations: The Moderating Roles of Temperament and Gender. *Social Development*, *16*(1). doi:<https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2007.00369.x>
- Del Bosque, J., Fuentes, A., Díaz, D., Espínola, M., González, N., Loredó, A., . . . Vázquez, L. (2018). La cocaína: consumo y consecuencias. *Salud Mental*, vol. 37, 381-289.
- Espinoza, L., Richardson, J., Ferguson, K., Chou, C., Baezconde, L., & Stacy, A. (17 de 01 de 2019). *National Library of Medicine*. Recuperado el 13 de 04 de 2021, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30654684/>
- Fernández, A., Turrero, A., Zuluaga, P., Gil-Gregorio, P., Pozo, F. d., Maestu, F., & Moratti, S. (2017). Mapeo delta de MEG a lo largo del continuo envejecimiento saludable-enfermedad de Alzheimer: implicaciones diagnósticas. *J Alzheimer Dis*, *35*(3), 495-507. doi:doi: 10.3233 / JAD-121912.
- Fernández, F. V. (2019). Recuperado el 16 de 04 de 2021, de www.saneurologia.org/wp-content/uploads/2019/10/LIBRO-DETERIORO-COGNITIVO-DEF.pdf
- Flores, E. A. (Julio de 2018). Efectos de la cocaína en el ser humano. *Elsevier*, *10*(3), 151-165. Recuperado el 23 de 04 de 2021, de <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-efectos-cocaina-el-ser-humano-13128590>
- Fundación CADAH. (2018). fundacioncadah.org. Recuperado el 23 de 04 de 2021, de <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/que-es-el-cie-10-y-como-evalua-el-trastorno-hipercinetico-.html>
- Gloss, D. (Octubre de 2018). Una descripción general de los productos y el sesgo en la investigación. *Neuroterapéutica*, *12*(4), 731-4. doi:10.1007 / s13311-015-0370-x.
- González, C. (Enero de 2019). Uso recreativo de la cocaína. De la diversión a la adicción. *Elsevier*, *28*(1), 60-67. Recuperado el 23 de 04 de 2021, de <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-uso-recreativo-cocaina-de-diversion-13132027>
- Grant, J., Odlaug, B., Hampshire, A., Schreiber, L., & Chamberlain, S. (2018). White matter abnormalities in skin picking disorder: a diffusion tensor imaging study. *Neuropsychopharmacology*, 9-763.

- Hall, W., & Degenhardt, L. (Julio de 2017). Prevalencia y correlaciones del consumo de cannabis en países desarrollados y en desarrollo. *Psiquiatría Curr Opin*, 20 (4). doi:10.1097 / YCO.0b013e32812144cc.
- Ibáñez, C., & Manzanera, R. (2017). Técnicas cognitivo-conductuales de fácil aplicación en atención primaria. Parte I. *Elsevier*, 38(6), 377-387. Recuperado el 26 de 04 de 2021, de <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-tecnicas-cognitivo-conductuales-facil-aplicacion-atencion-S113835931200069X>
- Infodrogas. (2021). Cocaína. 1-8. Recuperado el 23 de 04 de 2021, de <https://www.infodrogas.org/drogas/cocaina>
- Instituto Mexicano de Seguro Social. (2018). *Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención*. Mexico. Recuperado el 16 de 04 de 2021, de <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/144GRR.pdf>
- Jiménez, M., Díaz, F., Rodríguez, J., & Ruiz, C. (2019). FACTORES RELACIONADOS CON LAS ACTITUDES JUVENILES HACIA EL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. *Psicothema*, 18(1), 52-58. Recuperado el 24 de 04 de 2021, de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3175>
- Kendler, K., Bulik, C., Silberg, J., Hettema, J., Myers, J., & Prescott, C. (2020). Abuso sexual infantil y trastornos psiquiátricos y por consumo de sustancias en adultos en mujeres. Un análisis epidemiológico y de control de Cotwin. *Psiquiatría Arch Gen.*, 57(10), 953-959. doi:10.1001 / archpsyc.57.10.953
- León, J. J. (2017). El aceite de Cannabis. *Revista de la Sociedad Química del Perú*, 83(3), 261-263. Recuperado el 25 de 04 de 2021, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1810-634X2017000300001&lng=es&tng=es.
- Leveridge, M., Stoltenberg, C., & Beesley, D. (2019). Relationship of Attachment Style to Personality Factors and Family Interaction Patterns. *Contemporary Family Therapy*, 27, 577-597. doi:<https://doi.org/10.1007/s10591-005-8243-9>
- Mangado, E., & Gúrpide, A. (12 de 2018). *Scielo*. Recuperado el 16 de 04 de 2021, de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000400003
- Martínez, I. P., Restrepo, M. F., Cerra, C., Parra, M., Medina, V., & Paez, A. (2019). Categorías de creencias adictivas en pacientes. *Revista Española de Drogodependencia*, 36(2), 185-196. Recuperado el 26 de 04 de 2021, de https://www.aesed.com/descargas/revistas/v36n2_4.pdf
- Méndez, M. (2019). Cocaína y dependencia. *Ciencia*, 70-76. Recuperado el 23 de 04 de 2021, de https://www.revistaciencia.amc.edu.mx/images/revista/65_1/PDF/Cocaina.pdf
- Mendoza, I., & Vargas, K. (2017). Factores psicosociales asociados al consumo y adicción de sustancias psicoactivas. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 139-167.
- Meneses, J. (2018). *El Cuestionario*. Catalunya: UOC.

- Mercado, S., Cassinelli, M., Villouta, & Grez, A. (2019). Entrevista motivacional: ¿cuál es su efectividad en problemas prevalentes de la atención primaria? *Elsevier*, 40(5), 257-261. Recuperado el 27 de 04 de 2021, de <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-entrevista-motivacional-cual-es-su-13120020>
- Merikangas, K. R., & Avenevoli, S. (Diciembre de 2017). Implications of genetic epidemiology for the prevention of substance use disorders. *Addict Behav*, 25(6), 807-820. doi:10.1016/s0306-4603(00)00129-5.
- Miras, M., & Gala, A. (2018). Manual de Codificación . CIE-10. Diagnósticos. España. Recuperado el 27 de 04 de 2021, de https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/UT_MANUAL_DIAG_2016_prov1.pdf
- Moratalla, R. (20 de Julio de 2018). Neurobiología de la cocaína. *Elsevier*, 10(3), 143-150. Recuperado el 24 de 04 de 2021, de <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-neurobiologia-cocaina-13128589>
- Moreno, M. (2019). Recuperado el 22 de 04 de 2021, de <https://eprints.ucm.es/id/eprint/57934/1/T41476.pdf>
- Nasreddine. (19 de Febrero de 2018). Recuperado el 23 de 04 de 2021, de <https://championsforhealth.org/wp-content/uploads/2018/12/MOCA-8.1-Spanish.pdf>
- National Institute on Drugs Abuse. (Julio de 2018). Cocaína . *Drugs Facts*, 1. Recuperado el 23 de 04 de 2021, de <https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/drugfacts-cocaine-spanish.pdf>
- NIDA. (2020). *Cocaína*. Reporte de Investigación , National Institute on Drugs Abuse . Recuperado el 23 de 04 de 2021, de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/cocaina-abuso-y-adiccion/que-es-la-cocaina#:~:text=La%20coca%C3%ADna%20es%20un%20estimulante,uso%20extendido%20en%20esas%20d%C3%A9cadas.>
- NIDA. (04 de Junio de 2020). Marihuana. *National Institute on Drug Abuse*. Recuperado el 22 de 04 de 2021, de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/la-marihuana/que-es-la-marihuana>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Drogas y el Delito. (2019). Informe Mundial sobre las Drogas. *UNODC*, 1-65.
- OMS. (2021). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 12 de 04 de 2021, de https://www.who.int/topics/risk_factors/es/
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Efectos sociales y para la salud del consumo de cannabis sin fines médicos*. Washington, D.C. Washington, D.C.
- Ortega, Morales, & Álvarez. (2018). *Factores individuales de riesgo adictivo en estudiantes de noveno grado*. Nueva Paz. Recuperado el 15 de 04 de 2021, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revhospsihab/hph-2016/hphs161f.pdf>

- Osorio, E., Ortega, N., & Pillon, C. (2017). Factores de riesgo asociados al uso de drogas en estudiantes adolescentes. *Rev Latino-am Enfermagem*, 369-375.
- Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *Int. J. Morphol*, 35(1), 227-232. Recuperado el 26 de 04 de 2021, de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>
- Padilla, M. d. (15 de Diciembre de 2020). Deterioro Cognitivo inducido por Cocaína: Una revisión sistemática. *Perspectivas y Análisis de la Salud*, 3. Recuperado el 23 de 04 de 2021, de <https://hdl.handle.net/10630/20581>
- Pardo, C. C., & López, S. (2019). Evaluación Cognitiva y Funcional. En F. S. Neurología (Ed.), *Recomendaciones para el manejo de Deterioro Cognitivo* (págs. 87-95). Andaluza: Imprenta y Papelería Rojo, S.L.
- Pedrero, J., Ruíz, J., Llanero, M., Rojo, G., Olivar, A., & Puerta, J. (2019). Perfil neuropsicológico en la adicción a la cocaína: consideraciones sobre el ambiente social próximo de los adictos y el valor predictivo del estado cognitivo en el éxito terapéutico. *Adicciones*, 119-132.
- Peña, M., Carrasco, P., Luquea, M., & García, A. (Abril - Junio de 2017). Evaluación y diagnóstico del deterioro cognitivo leve. *Elsevier*, 32(2), 47-56. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-logopedia-foniatría-audiología-309-articulo-evaluacion-diagnostico-del-deterioro-cognitivo-S0214460312000307>
- Perdomo, L. (2020). Investigación documental sobre el consumo de sustancias psicoactivas y habilidades sociales en adolescentes. *Tesis de grado. Universidad Cooperativa de Colombia*, 1-69.
- Pérez, L. V., Camacho, J. G., Agudelo, Y. R., Vilatela, M. E., & Gómez, P. Y. (2018). Conversión de Deterioro Cognitivo Leve a Demencia. Recuperado el 23 de 04 de 2021, de <http://revecuatneurol.com/wp-content/uploads/2015/06/Conversion.pdf>
- Poveda, S., Mora, A., & Naranjo, T. (2018). Aspectos neuropsicológicos y sociales de la drogodependencia en Ecuador. *Pontificia Universidad Católica del Ecuador-Ambato*, 1-22.
- Quintana, I., Mendoza, R., Bravo, C., & Mora, M. (2018). Enfoque psicosocial. Concepto y aplicabilidad en la formación profesional de estudiantes de Psicología. *Reflexión E Investigación Educativa*, 1(2), 89-98. Recuperado el 17 de 04 de 2021, de <http://revistas.ubiobio.cl/index.php/REINED/article/view/3623>
- Ramírez, L., Álvarez, R., Orozco, R., & Orellana, A. (Noviembre - Diciembre de 2019). Validez de la Escala de Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA) para determinar deterioro cognitivo en pacientes con esquizofrenia. *Scielo*, 37(6). Recuperado el 23 de 04 de 2021, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000600010
- Rivadeneira, A. G. (2017). Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE): Descifrando la CIE-10 y esperando la CIE-11. *MONITOR ESTRATÉGICO*, 7, 66-73. Recuperado el 23 de 04 de 2021, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/cie10-cie11.pdf>
- Rodríguez, N., Juncos, O., & Facal, d. (2018). El fenómeno de la punta de la lengua en el deterioro cognitivo leve. Un estudio piloto. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 28(1), 28-33.

- Recuperado el 16 de 04 de 2021, de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-logopedia-foniatria-audiologia-309-articulo-el-fenomeno-punta-lengua-el-13153316>
- Rosso, R. E., & Molina, M. A. (2019). Tratamiento Farmacológico del Deterioro Cognitivo. En *Recomendaciones para el manejo de Deterioro Cognitivo* (págs. 123- 125). Andaluza, Sevilla, España: : Imprenta y Papelería Rojo, S.L. Recuperado el 16 de 04 de 2021, de <http://www.saneurologia.org/wp-content/uploads/2019/10/LIBRO-DETERIORO-COGNITIVO-DEF.pdf>
- Ruiz, M. Á., Díaz, M., & Villalobos, A. (2019). Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales. Recuperado el 27 de 04 de 2021, de <https://serproductivo.org/wp-content/uploads/2017/09/Manual-de-Tecnicas-Cognitivas-Conductuales-Marta-Isabel.-C.pdf>
- Sadowsky, J., Galvin, E., & Carl, H. (Mayo de 2019). Directrices prácticas para el reconocimiento y diagnóstico de la demencia. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 25(3), 367-382. doi:<https://doi.org/10.3122/jabfm.2012.03.100181>
- Sarmiento, M. (2020). *La investigación Científica. Una aproximación para estudios de Postgrado*. Guayaquil: Universidad Internacional del Ecuador.
- Secretaria Distrital de Salud de Bogotá. (2019). *Sistema de vigilancia epidemiológica del consumo de sustancias psicoactivas*. Bogotá. Recuperado el 23 de 04 de 2021, de <http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Protocolos%20de%20Vigilancia%20en%20Salud%20Publica/Consumo%20de%20Psicoactivos.pdf>
- Sequeira, R. (2019). Deterioro cognitivo moderado y factores de riesgo. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica*(5), 16-22. Recuperado el 20 de 04 de 2021, de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=90294#:~:text=El%20deterioro%20cognitivo%20moderado%20es,en%20la%20mortalidad%20y%20depresi%C3%B3n>.
- Simón, D. C., & Rodríguez, D. B. (2017). Breve reseña sobre la farmacología de los cannabinoides. *Medisan*, 21(3). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000300014
- Solórzano, I. O. (2018). *Sector Agro Alimentario*. Recuperado el 11 de 04 de 2021, de http://www.mag.go.cr/acerca_del_mag/circulares/rec_hum-manual-riesgos-peligrociudad.pdf
- Tamosiunas, G., Pagano, E., & Artagaveytia, P. (Diciembre de 2019). Una introducción al perfil farmacológico y terapéutico de la marihuana. *Scielo*, 35(3). Recuperado el 22 de 04 de 2021, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2013000300010
- Tena, A., Castro, G., Marín, R., Gómez, P., Fuente, A., & Gómez, R. (2018). Consumo de sustancias en adolescentes: consideraciones para la práctica médica. *Med Int Méx*, 264-277.
- Wu, Beiser, Breteler, Fratiglioni, Helmer, Hendrie, & Ikram. (2017). The changing prevalence and incidence of dementia over time — current evidence. *Nat Rev Neurologia*, 327–39.
- Zárate, B., Carbajal, C., Contreras, Y., & Salazar, V. (2019). Metodología de la investigación. *Universidad de San Matín de Porres*, 1-166.

Zimmermann, P., & Becker, F. (Febrero de 2019). Stability of attachment representations during adolescence: the influence of ego-identity status. *J Adolesc*, 25, 107-24. doi:10.1006/jado.2001.0452.

Anexos

Anexo 1

Formularios para la recolección de datos

UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO



POSGRADO

PROGRAMA DE MAESTRÍA en PSICOLOGÍA

Formulario N° 1

Título: Formulario para factores de Riesgos

Instrucciones

Estimado paciente sírvase marcar la respuesta con una X en el casillero que Ud. crea conveniente. La información proporcionada en este formulario será utilizada en una investigación, sus datos servirán para posibles publicaciones en revistas científicas guardando absolutamente la confidencialidad y no se expondrá su identidad en ninguna circunstancia.

FORMULARIO DE PREGUNTAS

FACTORES DE RIESGO DE CONSUMO DE DROGAS

Nombre: _____ Edad: _____

Fecha: _____ Ciudad: _____

<p>El propósito de este estudio es ayudarnos a conocer que factor de riesgo (individual, familiar, social, laboral) incide en el consumo de drogas psicoactivas en los jóvenes entre 18 a 25 años de edad, el tiempo de duración es de 35 minutos.</p> <p>Lea detenidamente las preguntas y marque con una X, una sola vez en cada casillero según usted considere la respuesta correcta, es importante que sepa que es voluntaria la participación en esta investigación y que sus respuestas son confidenciales.</p> <p>Si no comprende alguna palabra, pide ayuda a la persona encargada. ¡GRACIAS!</p>		Muy Frecuentemente	Frecuentemente	Ocasionalmente	Raramente	Nunca
N°	INDICADORES					
1	Sientes la necesidad de aprobación de los demás.					
2	Cada que tiempo asistes a reuniones, fiestas, discotecas entre otras.					
3	Te sientes a gusto contigo mismo.					
4	Mi actitud hacia mí mismo es positiva.					
5	Puedo hacer las cosas bien como los demás.					
6	Realizo las cosas que me piden.					
7	Ante una sugerencia que me realizan, reacciono con amabilidad.					
8	Vive con sus padres					
9	La ausencia de uno de tus progenitores te causa ansiedad y tristeza.					
10	Cuando tienes dificultades o problemas comunicas a tus padres o algún familiar.					
11	Te relacionas con tu entorno familiar.					
12	Tus padres discuten entre ellos.					
13	Consideras que eres tú eres el causante de los problemas entre tus padres.					
14	Trabajas.					
15	Te sientes a gusto con el trabajo que realizas.					
16	Algunos de tus amigos consumen sustancias psicoactivas.					
17	Tus amigos te invitan a que consumas algún tipo de sustancia psicoactiva.					
18	Accedes con facilidad a las drogas					
19	En tu entorno familiar consumen algún tipo de sustancia psicoactiva.					
20	Algún familiar o amigo te ha encontrado consumiendo.					
21	El consumo de drogas ha interferido en la comunicación con los demás.					
22	Tu nivel económico es favorable.					

UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO



POSGRADO

PROGRAMA DE MAESTRÍA en PSICOLOGÍA

Formulario N° 2

Título: Cuestionario VESPA

Instrucciones

Estimado paciente sírvase marcar la respuesta con una X en el casillero que Ud. crea conveniente. La información proporcionada en este formulario será utilizada en una investigación, sus datos servirán para posibles publicaciones en revistas científicas guardando absolutamente la confidencialidad y no se expondrá su identidad en ninguna circunstancia.

CUESTIONARIO VESPA

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
SISTEMA DE VIGILANCIA DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS
"VESPA"

CIUDAD: _____

NOMBRES Y APELLIDOS: _____

FECHA DE CONSULTA: _____

EDAD: _____

ETNIA

- 1. Blanco
- 2. Mestizo
- 3. Indígena
- 4. Afrodescendiente

NIVEL EDUCATIVO

- 1. No asistí a la escuela
- 2. Primaria
- 3. Secundaria
- 4. Universidad

ESTADO CIVIL

- 1. Soltero
- 2. Casado
- 3. Unión libre

ULTIMO AÑO DE ESTUDIO

TRABAJA

- SI
- NO

CONSUMES ALGUN TIPO DE DROGA

- SI
- NO

ESTUDIA

- SI
- NO

EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE DROGA

TIPO DE DROGA

Patrón de consumo de drogas	Drogade inicio	D2	D3	D4	D5	D6	Droga de mayor impacto
Tipo de droga							
Frecuencia de uso							
La ha consumido durante el último año							
Vía de administración más frecuente							
Que droga usó por primera vez							

INSTRUCTIVO PATRÓN DE DROGAS

- 00- No hay droga
- 01- Alcohol
- 02- Tabaco
- 03- Sacol (Boxer)
- 04- Escopolamina (cacao sabanero)
- 05- Popper (amilo, butilo)
- 06- Marihuana (cannabis)
- 07- Cocaína
- 08- Basuco
- 09- Heroína
- 10- Éxtasis (metilodioximetanfetamina)
- 11- Polvo de ángel (pop o fenciclidina)
- 12- Sinogán (levomepromecina)}
- 13- Ketamina

- 14- Metanfetaminas
- 15- Ativan (lorazepan)
- 16- Rohypnol (flunitrazepan)
- 17- Lexotan, Ansiozel (bromazepan)
- 18- Valium (diazepan)
- 19- Fenobarbital
- 20- Akineton}
- 21- LSD (ácido lisérgico)
- 21- Metadona
- 22- Hongos
- 23- Ansilan, Flutin (fluoxetina)
- 24- Codeína
- 25- Morfina, sales y preparados
- 26- Mezclas
- 27- Opios y sus derivados
- 28- Cloruro de metileno (Dick)
- 29- Yagé
- 30- Rivotril
- 31- Opiáceos
- 32- Crack (patraseado)
- 33- Amitriptilina

34- Otras

FRECUENCIA DE USO

- 01- Una vez al día
- 02- Dos o tres veces por día
- 03- Más de tres veces por día
- 04- Menos de una vez por semana
- 05- Una vez por semana
- 06- Varias veces por semana
- 07- No la ha usado en el último mes
- 09- Sin datos

VÍA DE ADMINISTRACIÓN

- 01- Oral
- 02- Fumada
- 03- Inhalada
- 04- Inyectada
- 05- Dérmica
- 09- Sin datos

¿ALGUNA VEZ HA USADO DROGAS INYECTADAS?

¿Cual? _____

UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO



POSGRADO

PROGRAMA DE MAESTRÍA en PSICOLOGÍA

Formulario N° 3

Título: (MOCA) Montreal Cognitive Assesment. (*Test de Montreal*)

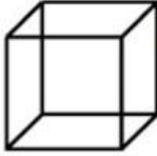
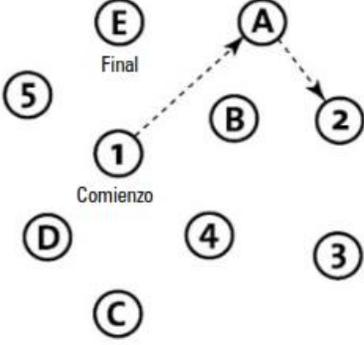
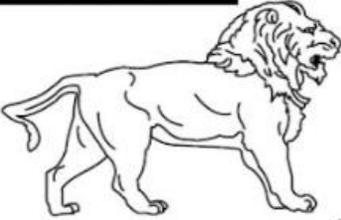
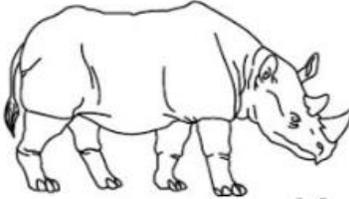
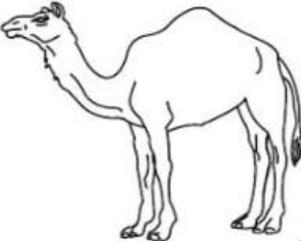
Instrucciones

Estimado paciente sírvase marcar la respuesta con una X en el casillero que Ud. crea conveniente. La información proporcionada en este formulario será utilizada en una investigación, sus datos servirán para posibles publicaciones en revistas científicas guardando absolutamente la confidencialidad y no se expondrá su identidad en ninguna circunstancia.

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)
(EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)

NOMBRE:
Nivel de estudios:
Sexo:

Fecha de nacimiento:
FECHA:

VISUOESPACIAL / EJECUTIVA				Copiar el cubo		Dibujar un reloj (Once y diez) (3 puntos)		Puntos	
		[]		[]		[] Contorno [] Números [] Agujas		___/5	
IDENTIFICACIÓN									
						[]		___/3	
MEMORIA		Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdelas 5 minutos más tarde.		ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	Sin puntos
		1er intento							
		2º intento							
ATENCIÓN		Lea la serie de números (1 número/seg.) El paciente debe repetirla. [] 2 1 8 5 4 El paciente debe repetirla a la inversa. [] 7 4 2							___/2
ATENCIÓN		Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores. [] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOF AAB							___/1
ATENCIÓN		Restar de 7 en 7 empezando desde 100. [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65 4 o 5 sustracciones correctas: 3 puntos, 2 o 3 correctas: 2 puntos, 1 correcta: 1 punto, 0 correctas: 0 puntos.							___/3
LENGUAJE		Repetir: El gato se esconde bajo el sofá cuando los perros entran en la sala. [] Espero que él le entregue el mensaje una vez que ella se lo pida. []							___/2
LENGUAJE		Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "P" en 1 min. [] _____ (N ≥ 11 palabras)							___/1
ABSTRACCIÓN		Similitud entre p. ej. manzana-naranja = fruta [] tren-bicicleta [] reloj-regla []							___/2
RECUERDO DIFERIDO		Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS		ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente
		[]							
Optativo		Pista de categoría							
		Pista elección múltiple							
ORIENTACIÓN		[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	___/6
		Dia del mes (fecha)	Mes	Año	Dia de la semana	Lugar	Localidad		
TOTAL		Normal ≥ 26 / 30							___/30
		Añadir 1 punto si tiene ≤ 12 años de estudios							

Anexo 2

Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO



POSGRADO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES

Título Tesis: Factores de riesgos psicosociales asociados al deterioro cognitivo por consumo de cannabis y cocaína en jóvenes.

La presente tesis tiene como directora *MSc. Ericka Rupperti Lucero*. Y es realizada por **ISIDORA VILLAMAR YDALGO**, estudiante de la Maestría en Psicología mención Neuropsicología del Aprendizaje. El objetivo de la presente investigación es determinar los factores de riesgos psicosociales asociados al deterioro cognitivo por consumo de cannabis y cocaína en jóvenes durante el periodo febrero - junio 2021.

Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Una vez que haya comprendido el estudio y si desea participar, entonces se le pedirá que firme esta hoja de asentimiento.

Información del estudio.

Riesgos del Estudio: La participación en la presente investigación no implica riesgo alguno, no afectará ningún aspecto de su integridad física y emocional. **Beneficios:** La información obtenida será utilizada en beneficio de la comunidad, pues con este estudio se conseguirá determinar la efectividad de un plan de tratamiento pliométrico en los pacientes que presentan lesiones deportivas de rodilla. **Confidencialidad.** La información que se recogerá será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

La participación es voluntaria: la participación de este estudio es estrictamente voluntaria, usted está en libre elección de decidir si desea participar en el estudio sin que eso lo perjudique en ninguna forma. **Publicación:** Se realizará posibles publicaciones en revistas científicas, pero no se expondrá su identidad. **Preguntas:** Si tiene alguna duda sobre esta investigación comuníquese al número del responsable de la investigación que se expone a continuación: 099 640 5783 correo electrónico: isavyd@gmail.com
Agradezco su participación

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Con el presente documento hago conocer que he sido informado/a de los detalles del estudio que se pretende realizar *Factores de riesgos psicosociales asociados al deterioro cognitivo por consumo de cannabis y cocaína en jóvenes.*

Yo entiendo que voy a ser sometido a un análisis y aplicación de un protocolo de ejercicios pliométricos. Sé que estas pruebas no tienen riesgo alguno ni efectos secundarios. También comprendo que no tengo que gastar ningún dinero por la investigación. Consiento que los resultados se publiquen en una revista científica sin mi identidad.

Yo _____, con CI _____, libremente y sin ninguna presión, acepto participar en este estudio. Estoy de acuerdo con la información que he recibido.

Fecha: _____

Firma del participante

ASENTIMIENTO INFORMADO

Con el presente documento hago conocer que he sido informado/a de los detalles del estudio que se pretende realizar *Factores de riesgos psicosociales asociados al deterioro cognitivo por consumo de cannabis y cocaína en jóvenes.*

Yo entiendo que voy a ser sometido a un análisis y aplicación de un protocolo de ejercicios pliométricos. Sé que estas pruebas no tienen riesgo alguno ni efectos secundarios. También comprendo que no tengo que gastar ningún dinero por la investigación. Consiento que los resultados se publiquen en una revista científica sin mi identidad.

Yo _____, con CI _____, libremente y sin ninguna presión, acepto participar en este estudio. Estoy de acuerdo con la información que he recibido.

Fecha: _____

Firma del participante

Anexo 3

Tabla 1: Operacionalización de las variables

NOMBRE DE LA VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	El comienzo en la utilización de las drogas	Años	Entrevista	Cuantitativa
Género	Patrones de consumo	Sexo Masculino Sexo Femenino	Entrevista	Cualitativa
Ocupación	Trabajo	Obrero Profesional	Entrevista	Cualitativa
Residencia	Donde viven los participantes del estudio	Con padres Solos Áreas rurales	Entrevista	Cualitativa
Estado Civil	Relación con una persona.	Soltero Casado Divorciado	Entrevista	Cualitativa
Escolaridad	Nivel de estudios	Primaria Secundaria Superior Ninguna	Entrevista	Cuantitativa
Factores de Riesgo (Variable)	Característica o exposición de la	Percepción de riesgo Carencia del apoyo familiar, desconocimiento,	Test de Frida	Cuantitativa

Independiente)	persona a sufrir cualquier situación.	permisibilidad legal y despenalización. Pares, recreación, conducta, salud mental, habilidades sociales Factores escolares, sobreprotección		
Deterioro Cognitivo (Variable Dependiente)	Disminución de las funciones cognitivas	Nivel	Test de Montreal	Cualitativa

Anexo 4

VALIDACIÓN EXTERNA DE REVISIÓN DE CUESTIONARIO.

 REPUBLICA DEL ECUADOR UNIVERSIDAD ESTADAL DE MILAGRO PROTOCOLO DE REVISIÓN DE CUESTIONARIO TRABAJO DE TFM	 UNIVERSIDAD ESTADAL DE MILAGRO UNEMI			
1. Análisis de estructura del instructivo				
Elementos del instrumento	Contiene	No contiene	No procede	Observaciones
Instrucciones	X			
Se especifica el propósito del instrumento	X			
¿Se especifica el rasgo o atributo que queremos medir?	X			
Se establece indicadores de cada dimensión.	X			
Claridad de la redacción	X			
Se establece el tiempo para contestar	X			
Mide variables de investigación	X			
Estimación de la confiabilidad de la medida, estudio de la validez del instrumento	X			
El instrumento ha considerado revisión de literatura para la formulación de las preguntas	X			
Ha considerado la edad los participantes al momento de plantear las preguntas	X			
Se considera todos los actores de la investigación dentro de la recolección de información	X			
2. Evalúe las siguientes características del ítem de acuerdo con las normas para elaborar un instrumento. Marque con una X la opción que corresponda. En caso de que considere que el instrumento NO cumple con la característica evaluada, escriba en la columna de observaciones sus razones para que este pueda ser corregido posteriormente.				
Características	Si	No	Observaciones	
Indicaciones precisas (con base en la pregunta y/o en las instrucciones)	X			
Redacción clara (no ambigua) en todo el reactivo	X			
Sintaxis simple en todo el reactivo	X			
Vocabulario adecuado en todo el instrumento	X			
Carece de errores ortográficos	X			
1				
DIRECCIÓN Es una institución de educación superior pública ecuatoriana y autónoma de gestión y administración, abierta a las condiciones del desarrollo nacional, que vela por la formación de profesionales competentes, honestos, solidarios, responsables y con una elevada conciencia social y ambiental para contribuir al desarrollo nacional y sustentable.			MISIÓN Es una institución de educación superior pública que forma profesionales de calidad mediante la investigación científica y la vinculación con la sociedad, a través de un modelo educativo flexible, abierto por procesos y competencias, con énfasis en el desarrollo de capacidades, estructuras flexibles y tecnología de punta para contribuir al desarrollo nacional y regional.	
Dirección: Caba, Universitaria Km. 1 1/2 vía Km. 28 Comandante: (04) 2974317 - (04) 2970681 Teléfono: (04) 2974319 • E-mail: rectorado@unemi.edu.ec Milagro - Guayas - Ecuador	www.unemi.edu.ec			



PROTOCOLO DE REVISIÓN DE CUESTIONARIO TRABAJO DE TFM

Contiene preguntas sociodemográficas	X		
Las respuestas se dan a través de una escala preestablecida, ya sea elaborada por el investigador, una escala Likert u otra	X		
Definir con claridad el tema que se aborda	X		
Se menciona que factores evalúan las preguntas	X		
Las opciones de respuesta están relacionadas a las preguntas	X		
que las preguntas respondan a las variables de trabajo (de ser una o dos variables)	X		
Otro (especifique):			



**DIANA PILAMUNGA
PILAMUNGA
ASACATA**

**Psic. Diana Pilamunga Asacata
DOCENTE TUTOR**



Diego Francisco Rodríguez Zavala

**Psic. Diego Rodríguez Zavala
DOCENTE REVISOR**

Fecha de revisión: 5 de marzo del 2021.

VISIÓN

Ser una institución de educación superior pública, autónoma y acreditada en prestigio y prestigio, dentro del contexto del pensamiento universal, líder en la formación de profesionales competentes, honestos, hábiles, responsables y con un elevado compromiso social y ambiental para contribuir al desarrollo nacional e internacional.

MISIÓN

Es una institución de educación superior pública, que forma profesionales de calidad, mediante la investigación científica y la vinculación con la sociedad, a través de un modelo educativo flexible, abierto por procesos y competencias, con docentes altamente capacitados, infraestructura moderna y tecnología de punta para contribuir al desarrollo integral y equitativo.



PROTOCOLO DE REVISIÓN DE CUESTIONARIO TRABAJO DE TFM

1. Análisis de estructura del instructivo

Elementos del instrumento	Contiene	No contiene	No procede	Observaciones
Instrucciones	X			
Se especifica el propósito del instrumento	X			
¿Se especifica el rasgo o atributo que queremos medir?	X			
Se establece indicadores de cada dimensión.	X			
Claridad de la redacción	X			
Se establece el tiempo para contestar	X			
Mide variables de investigación	X			
Estimación de la confiabilidad de la medida, estudio de la validez del instrumento	X			
El instrumento ha considerado revisión de literatura para la formulación de las preguntas	X			
Ha considerado la edad los participantes al momento de plantear las preguntas	X			
Se considera todos los actores de la investigación dentro de la recolección de información	X			

2. Evalúe las siguientes características del ítem de acuerdo con las normas para elaborar un instrumento. Marque con una **X** la opción que corresponda. En caso de que considere que el instrumento **NO** cumple con la característica evaluada, escriba en la columna de observaciones sus razones para que este pueda ser corregido posteriormente.

Características	Si	No	Observaciones
Indicaciones precisas (con base en la pregunta y/o en las instrucciones)	X		
Redacción clara (no ambigua) en todo el reactivo	X		
Sintaxis simple en todo el reactivo	X		
Vocabulario adecuado en todo el instrumento	X		
Carece de errores ortográficos	X		

1

Dirección: Cella Universitaria Km. 1 1/2 vía Km. 28
Comunicador: (04) 2374317- (04) 2370881
Teléfono: (04) 2674319 • **E-mail:** estorcedo@unemi.edu.ec
Milagro - Guayas - Ecuador

VISIÓN

Ser una institución de educación superior pública, autónoma y acreditada en prestigio y prestigio, atenta a las demandas del conocimiento humano, líder en la formación de profesionales, emprendedores, innovadores, académicos, responsables y con una elevada capacidad social y ambiental para contribuir al desarrollo de la nación ecuatoriana.

MISIÓN

Es una institución de educación superior pública que forma profesionales de calidad mediante la investigación científica y la vinculación con la sociedad, a través de un modelo educativo flexible, sostenible por procesos y resultados, con docentes altamente capacitados, infraestructura moderna y tecnología de punta, para contribuir al desarrollo integral y equitativo.



PROTOCOLO DE REVISIÓN DE CUESTIONARIO TRABAJO DE TFM

Contiene preguntas sociodemográficas	X		
Las respuestas se dan a través de una escala preestablecida, ya sea elaborada por el investigador, una escala Likert u otra	X		
Definir con claridad el tema que se aborda	X		
Se menciona que factores evalúan las preguntas	X		
Las opciones de respuesta están relacionadas a las preguntas	X		
que las preguntas respondan a las variables de trabajo (de ser una o dos variables)	X		
Otro (especifique):			

 DIANA PILAMUNGA ASACATA Psic. Diana Pilamunga Asacata DOCENTE TUTOR	 Escanea el código QR para MARIELA TERESA BENITES PADILLA Psic. Cl. Mariela Benitez Padilla MSc. DOCENTE REVISOR
Fecha de revisión: 7 de marzo del 2021.	

Dirección: Caba, Universitaria Km. 1.12 vía Km. 28
Comunicador: (04) 2674317 - (04) 2670881
Teléfono: (04) 2674319 • **Email:** rectorado@unemi.edu.ec
 Milagro • Guayas • Ecuador

VISIÓN
 Ser una institución de educación superior pública, autónoma y
 distribuida de prestigio y prestigio, abierta a los contenidos del
 pensamiento universal, líder en la formación de profesionales,
 emprendedores, innovadores, líderes, responsables y con un
 elevado compromiso social y ambiental para contribuir al
 desarrollo económico, nacional e internacional.

MISIÓN
 Es una institución de educación superior pública, que forma
 profesionales de calidad mediante la investigación científica y la
 vinculación con la sociedad, a través de un modelo educativo
 flexible, abierto por procesos y competencias, con docentes
 altamente capacitados, infraestructura moderna y tecnología de
 punta para contribuir al desarrollo de la región y equidad.



**PROTOCOLO DE REVISIÓN DE CUESTIONARIO
TRABAJO DE TFM**

1. Análisis de estructura del instructivo

Elementos del instrumento	Contiene	No contiene	No procede	Observaciones
Instrucciones	X			
Se especifica el propósito del instrumento	X			
¿Se especifica el rasgo o atributo que queremos medir?	X			
Se establece indicadores de cada dimensión.	X			
Claridad de la redacción	X			
Se establece el tiempo para contestar	X			
Mide variables de investigación	X			
Estimación de la confiabilidad de la medida, estudio de la validez del instrumento	X			
El instrumento ha considerado revisión de literatura para la formulación de las preguntas	X			
Ha considerado la edad los participantes al momento de plantear las preguntas	X			
Se considera todos los actores de la investigación dentro de la recolección de información	X			

2. Evalúe las siguientes características del ítem de acuerdo con las normas para elaborar un instrumento. Marque con una **X** la opción que corresponda. En caso de que considere que el instrumento **NO** cumple con la característica evaluada, escriba en la columna de observaciones sus razones para que este pueda ser corregido posteriormente.

Características	Si	No	Observaciones
Indicaciones precisas (con base en la pregunta y/o en las instrucciones)	X		
Redacción clara (no ambigua) en todo el reactivo	X		
Sintaxis simple en todo el reactivo	X		
Vocabulario adecuado en todo el instrumento	X		
Carece de errores ortográficos	X		

VISIÓN

Ser una institución de educación superior pública, autónoma y acreditada en el ámbito y programada dentro o de acuerdo del pensamiento integral, libre en la formación de profesionales, investigadores, docentes, científicos, tecnológicos y con un elevado compromiso social y ambiental para contribuir al desarrollo nacional y internacional.

MISIÓN

Es una institución de educación superior pública, que forma profesionales de calidad, promueve la investigación científica y de vinculación con la sociedad, a través de un modelo educativo flexible, sustentado por prácticas y competencias, con docentes altamente capacitados, infraestructura moderna y tecnología de punta para contribuir al desarrollo integral y equitativo.

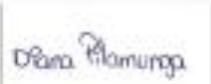


UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO



PROTOCOLO DE REVISIÓN DE CUESTIONARIO TRABAJO DE TFM

Contiene preguntas sociodemográficas	x		
Las respuestas se dan a través de una escala preestablecida, ya sea elaborada por el investigador, una escala Likert u otra	x		
Definir con claridad el tema que se aborda	x		
Se menciona que factores evalúan las preguntas	x		
Las opciones de respuesta están relacionadas a las preguntas	x		
que las preguntas respondan a las variables de trabajo (de ser una o dos variables)	x		
Otro (especifique):			

 Ps. Diana Píamunga Ascata, MSc. DOCENTE TUTOR	 Ps. Lourdes González Romero, MSc. PAR DOCENTE REVISOR
Fecha de revisión: 5 de marzo del 2021.	

VISIÓN

Es una institución de educación superior, pública, autónoma e independiente, de prestigio y calidad que ofrece a sus estudiantes las mejores oportunidades de formación profesional y de desarrollo personal, intelectual, social, cultural y deportivo, en un ambiente de respeto, equidad y solidaridad.

MISIÓN

Es una institución de educación superior, pública, que ofrece a sus estudiantes las mejores oportunidades de formación profesional y de desarrollo personal, intelectual, social, cultural y deportivo, en un ambiente de respeto, equidad y solidaridad.



1. Análisis de estructura del instructivo

Elementos del instrumento	Contiene	No contiene	No procede	Observaciones
Instrucciones	x			
Se especifica el propósito del instrumento	x			
¿Se especifica el rasgo o atributo que queremos medir?	x			
Se establece indicadores de cada dimensión	x			
Claridad de la redacción	x			
Se establece el tiempo para contestar	x			
Mide variables de investigación	x			
Estimación de la confiabilidad de la medida, estudio de la validez del instrumento	x			
El instrumento ha considerado revisión de literatura para la formulación de las preguntas	x			
Ha considerado la edad los participantes al momento de plantear las preguntas	x			
Se considera todos los actores de la investigación dentro de la recolección de información	x			

2. Evalúe las siguientes características del ítem de acuerdo con las normas para elaborar un instrumento. Marque con una **X** la opción que corresponda. En caso de que considere que el instrumento **NO** cumple con la característica evaluada, escriba en la columna de observaciones sus razones para que este pueda ser corregido posteriormente.

Características	Si	No	Observaciones
Indicaciones precisas (con base en la pregunta y/o en las instrucciones)	x		
Redacción clara (no ambigua) en todo el reactivo	x		
Sintaxis simple en todo el reactivo	x		
Vocabulario adecuado en todo el instrumento	x		
Carece de errores ortográficos	x		

1

Dirección: Cita: Universitaria Km. 1.12 vía Km. 26
 Telefonos: (04) 2674317 - (04) 2670881
 Telefax: (04) 2674319 - E-mail: rectorado@unemi.edu.ec
 #Milagro - Guayaquil - Ecuador

VISION

Por una educación de calidad superior, pública, gratuita y
 gratuita de calidad y prestigio dentro de la comunidad del
 Ecuador, promoviendo el desarrollo humano integral,
 empoderando a los estudiantes, formando a los
 docentes, investigadores, egresados y egresadas, para contribuir al
 desarrollo de la sociedad ecuatoriana.

MISION

Trabaja por la formación de egresados que sean capaces de
 enfrentar los retos de la sociedad ecuatoriana, promoviendo la
 investigación y la innovación, a través de sus unidades académicas,
 científicas, tecnológicas, culturales y deportivas, con acciones
 sostenibles y equitativas, promoviendo el desarrollo humano integral
 dentro de la comunidad ecuatoriana.



**PROTOCOLO DE REVISIÓN DE CUESTIONARIO
TRABAJO DE TFM**

Contiene preguntas sociodemográficas	X		
Las respuestas se dan a través de una escala preestablecida, ya sea elaborada por el investigador, una escala Likert u otra	X		
Definir con claridad el tema que se aborda	X		
Se menciona que factores evalúan las preguntas	X		
Las opciones de respuesta están relacionadas a las preguntas	X		
que las preguntas respondan a las variables de trabajo (de ser una o dos variables)	X		
Otro (especifique):			

 <p>DIANA ELEAZAR FILAMUNGA ASACATA</p> <p>Psic. Diana Filamunga Asacata DOCENTE TUTOR</p>	 <p>ZAIDA LORENA OROZCO MORENO</p> <p>Psic. Zaida Orozco Moreno MSc. DOCENTE REVISOR</p>
<p>Fecha de revisión: 5 de marzo del 2021.</p>	

