



Universidad de San Carlos de Guatemala
Dirección General de Investigación
Programa Universitario de Investigación
Interdisciplinaria en Salud -PUIIS-

INFORME FINAL

**ADICCIONES Y PATOLOGIA DUAL EN ESTUDIANTES DEL NIVEL MEDIO
DE LA CIUDAD DE JUTIAPA**

Equipo de investigación

Marta Telma Ramos Sandoval, Coordinadora e investigadora
Narciso Peñate Mazariegos, Investigador
Enio Gerardo González, Auxiliar de Investigación I

Jutiapa, noviembre de 2015

Instituto de investigaciones INJUSAC
Centro Universitario de Jutiapa

M.Sc. Gerardo Arroyo Catalán
Director General de Investigación

Ing. Agr. MARN Julio Rufino Salazar
Coordinador General de Programas

Dra. Hilda Elena Valencia de Abril
Coordinadora Programa Universitario de Investigación
Interdisciplinaria en salud –PUIIS-

Licda. Marta Telma Ramos Sandoval
Coordinadora del proyecto.

Lic. Narciso Peñate Mazariegos
Investigador

Prof. Enio Gerardo González
Auxiliar de Investigación I

Partida Presupuestaria
4.8.55.1.75
Año de ejecución: 2015



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE JUTIAPA
5ª. Avenida 2-03, Calzada los Almendros Zona 3, Jutiapa
Telefax: 78446284



Jutiapa, 8 de enero del 2016

M Sc. Gerardo L. Arroyo C.
Director General de Investigación
Universidad de San Carlos de Guatemala

Maestro Arroyo:

Adjunto a la presente el informe final “Adicciones y patología dual en estudiantes del nivel medio de la Ciudad de Jutiapa” (partida presupuestal 4.8.55.1.75), coordinado por la Licenciada Marta Telma Ramos Sandoval y avalado por el Instituto de Investigaciones INJUSAC.

Este informe final fue elaborado de acuerdo a la guía de presentación de la Dirección General de Investigación y revisado su contenido en función de los objetivos planteados y productos esperados, por lo que esta unidad de investigación da la aprobación y aval correspondiente.

Sin otro particular, suscribo atentamente.

“Id y enseñad a todos”

Ing. Fredy de Jesús Calderón García
Coordinador
Instituto de Investigaciones INJUSAC

Vo.Bo.

Ing. Walter Arnoldo Reyes Sanabria
Director
Centro Universitario de Jutiapa, JUSAC

Índice

Introducción	1
1. Marco teórico y estado del arte	3
1.1 Sustancias psicoactivas.....	3
1.2 Clasificación de sustancias psicoactiva	4
1.3 Historia y antecedentes de uso	21
1.4 Tipos de consumo	23
1.5 Factores de riesgo	25
1.6 Trastornos relacionados con sustancias	33
1.7 Trastornos Mentales	48
1.8 Patología Dual	57
1.9 Evaluación y tratamiento.....	59
2. Materiales y métodos.....	65
2.1 Descripción y delimitación de tiempo y espacio.....	65
2.2 Tipo de investigación.....	65
2.3 Técnicas e instrumentos.....	65
3. Presentación de Resultados.....	68
3.1 Matriz de Resultados.....	68
3.2. Impacto esperado	96
4. Análisis y discusión de resultados	97
5. Conclusiones.....	104
6. Recomendaciones.....	106
7. Referencias	107
8. Apéndice	110

Índice de figuras

Figura 1. Uso, abuso y adicción de sustancias psicoactivas.....	68
Figura 2. Uso, abuso y adicción de sustancias interrelacionadas.....	69
Figura 3. Ocasiones que han fumado a lo largo de la vida.....	70
Figura 4. Razones de inicio de consumo de tabaco.....	70
Figura 5. Frecuencia en el consumo de cigarrillos.....	71
Figura 6. Tiempo de fumar.....	71
Figura 7. Medicamentos para dejar de fumar.....	72
Figura 8. Opinión sobre los medicamentos para dejar de fumar.....	72
Figura 9. Conocimiento de la Ley de Creación de los Ambientes Libres de Humo del Tabaco (Decreto 74-2008).....	73
Figura 10. Ocasiones en las que se ha consumido bebidas alcohólicas.....	74
Figura 11. Lugares en los que se ha consumido bebidas alcohólicas.....	75
Figura 12. Miembros de la familia que consumen bebidas alcohólicas.....	75
Figura 13. Problemas ocasionados por beber alcohol.....	76
Figura 14. Exposición y uso de drogas.....	76
Figura 15. Sustancias que le han ofrecido regalar o vender.....	77
Figura 16. Sustancia que primero probó.....	78
Figura 17. Sustancia fácil de obtener.....	78
Figura 18. Percepción hacia las personas adictas.....	79
Figura 19. Opciones de rehabilitación por consumo de sustancias.....	79
Figura 20. Prevención de uso de sustancias.....	80
Figura 21. Evolución de problema de las drogas en los últimos cinco años.....	80
Figura 22. Situaciones relacionadas con las drogas.....	83
Figura 23. Figuras de autoridad.....	85
Figura 24. Conductas identificadas por consumidores.....	88
Figura 25. Estado emocional identificado por consumidores.....	89
Figura 26. Prevalencia de conductas de riesgo de adicción al uso de celular.....	90
Figura 27. Prevalencia de conductas de riesgo de adicción a comer.....	92
Figura 28. Prevalencia de estudiantes que usan pornografía.....	94
Figura 29. Edad en que se empezó a usar pornografía.....	94

Índice de tablas

Tabla 1. Edades de inicio de consumo.....	74
Tabla 2. Media de edad de consumo por primera vez según sexo.....	81
Tabla 3. Edades de inicio de consumo	81
Tabla 4. Características demográficas de la muestra segunda etapa.....	82
Tabla 5. Grado de los participantes segunda etapa.....	82
Tabla 6. Factores parentales, educación rígida y punitiva.....	86
Tabla 7. Factores parentales, condiciones caóticas.....	87
Tabla 8. Factores sociales.....	87
Tabla 9. Factores psicosociales.....	88
Tabla 10. Conductas indicadoras de posible adicción al uso de celulares.....	91
Tabla 11. Conductas psicológicas indicadoras de posible adicción al uso de celulares.....	92
Tabla 12. Conductas indicadoras de riesgo de adicción a comer.....	93
Tabla 13. Conductas psicológicas indicadoras de riesgo de adicción a comer.....	93
Tabla 14. Conductas indicadoras de riesgo de adicción a la pornografía.....	95
Tabla 15. Lugares en donde se encuentra pornografía.....	95

Resumen

El objetivo fue establecer la prevalencia del uso, abuso y adicción de sustancias y su comorbilidad con un trastorno mental en los estudiantes del nivel medio (básico y diversificado) del municipio de Jutiapa. En la primera etapa, se realizó una encuesta que buscó información sobre: datos sociodemográficos, consumo de tabaco, alcohol y drogas, exposición al uso de sustancias, consumo en el entorno familiar y social, percepción acerca de las sustancias y de los usuarios; con un complemento sobre conductas adictivas no relacionadas con sustancias y el consentimiento informado. Participaron 613 estudiantes, 23 secciones de 17 establecimientos: 5 públicos y 12 privados.

En la segunda etapa se realizó una entrevista rápida a la muestra total de estudiantes, se identificó a 56 estudiantes consumidores de sustancias, clasificándolos en uso, abuso o adicción de tabaco, alcohol y drogas, utilizando los algoritmos diseñados. Se realizó la Entrevista Internacional Neuropsiquiátrica, MINI y la encuesta sobre factores que vulneran para el consumo, (familiares, sociales, y psicológicos).

Los resultados indican que los estudiantes que consumen sustancias, presentan una prevalencia de consumo de alcohol, de 98%, el 14% presenta una adicción; el consumo de tabaco del 64% y drogas el 19%, 4% presenta una adicción. El 57% consume dos sustancias, principalmente el tabaco y el alcohol y el 13% tabaco, alcohol y drogas.

Con respecto al tabaco, en los estudiantes de nivel medio se encontró que la prevalencia de consumo a lo largo de la vida es 12% de mujeres y 26% hombres, encontrando diferencia en el comportamiento de hombres y mujeres en número de ocasiones, frecuencia, tiempo y cantidad. La curiosidad es la razón que prevalece para el inicio de consumo. El 54% refiere que han estado expuestos al humo de cigarrillos en diferentes ambientes.

El alcohol presenta una prevalencia de consumo a lo largo de la vida de 29% mujeres y 32% hombres, las mujeres tienen un patrón de consumo similar a los hombres, varía en relación al número de ocasiones, frecuencia y cantidad, sin embargo la brecha entre cada una no supera el 5%. En el ambiente familiar se consume alcohol, el padre es referido por el 26% y tíos el 37%.

Con respecto a las drogas, la prevalencia de estudiantes expuestos al consumo de sustancias es de 31% de mujeres y 49% de hombres, el inhalantes es la droga que refieren los estudiantes que primero probaron, y el cannabis la más consumida.

La media de la edad de inicio de consumo para tabaco y alcohol es de 14 años y cannabis 15.5 años. Las sustancias lícitas inician su consumo incluso en la niñez.

La prevalencia de trastornos mentales en estudiantes que presentan uso, abuso y adicción es de 46% de trastornos afectivos y 57% trastornos neuróticos y la suicidalidad 36%.

La prevalencia de patología dual es de 12.5% encontrando en este grupo el predominio de trastornos afectivos y trastornos neuróticos. La suicidalidad se incrementa a 43%.

Entre los factores que vulneran a los estudiantes, se identificó la desintegración familiar en un 44.5%. En los factores parentales destaca la disciplina severa extrema y estricta de los padres o encargados y la falta de control, supervisión y atención del comportamiento por parte de padres y encargados. Amigos con conductas equivocadas o inadecuadas que faltan a la disciplina, es un factor social. Los factores que vulneran a los estudiantes principalmente corresponden al eje psicosocial, entre ellos, problemas económicos en la familia, consumo de alcohol y drogas en la comunidad, comunidades inseguras, repitencia escolar y el considerar el consumo de tabaco y alcohol como normal en el medio social y escolar. En los factores individuales destacan el ser agresivo, arriesgado y destructivo.

Entre las conductas adictivas, no específicas del uso de sustancias psicoactivas presenta mayor riesgo el uso de celulares, presente en el 42% de las mujeres y 32% de hombres. Se observa que las relaciones y conversaciones son generalmente a través del celular, identificando incluso la ansiedad, como consecuencia al no usarlo.

El riesgo de adicción a comer es mayor en hombres, con un incremento a partir de los 16 años. El riesgo de adicción a la pornografía también es mayor en hombres, 1% de mujeres y 10% en hombres, iniciando desde la niñez e incrementándose en la pubertad, vinculado al desarrollo biológico.

Abstract

The aim was to establish the prevalence, substance abuse and addiction and comorbidity with mental disorder in students of the medium (basic and diversified) level of the municipality of Jutiapa. In the first step, a survey was conducted sought information on: demographic data, consumption of snuff, alcohol and drugs, exposure to substance use, consumption in the family and social environment, perception of the substances and users; with an add-on addictive behaviors and substances not related to informed consent. 613 students participated, 23 of 17 local sections 5 public and 12 private.

In the second stage a quick interview was conducted on the total sample of students, 56 student's consumers substances, classifying them in use, abuse or addiction to snuff, alcohol and drugs, identified using the algorithms designed. International Neuropsychiatric Interview, MINI and survey violate factors for consumption, (family, social, and psychological).

The results indicate that students who use substances, present a prevalence of alcohol consumption, 98%, 14% have an addiction; snuff consumption and drugs 64% 19% 4% has an addiction. 57% use two substances, mainly snuff and alcohol and 13% snuff, alcohol and drugs.

With respect to snuff, in middle school students found that the prevalence of use throughout life is 12% of women and 26% men, finding difference in the behavior of men and women in number of occasions, often time and quantity. Curiosity is the prevailing reason for starting consumption. 54% reported to have been exposed to cigarette smoke in different environments.

Alcohol has a prevalence of consumption over the life of 29% women and 32% men, women have a pattern similar to men consumption varies in relation to the number of times, frequency and quantity, however the gap between each does not exceed 5%. In the family atmosphere alcohol is consumed, the father is referred to by 26% and 37% uncles.

With regard to drugs, the prevalence of students exposed to substance use is 31% female and 49% male, the inhalant drug is referring students tested first, and the most consumed cannabis.

The average age of first use for snuff and alcohol and cannabis 14 years 15.5 years. Licit substances begin their consumption even in childhood.

The prevalence of mental disorders in students who present use, abuse and addiction is 46% to 57% affective disorders and neurotic disorders and suicidality 36%.

The prevalence of dual diagnosis is 12.5% in this group found the prevalence of affective disorders and neurotic disorders. Suicidality is increased to 43%.

Factors that violate students, family breakdown was identified in 44.5%. In parental factors highlights the extreme and severe strict parent or guardian discipline and lack of control, supervision and care behavior by parents and caregivers. Friends with wrong or missing inappropriate behavior discipline, is a social factor. Factors that violate students mainly for the psychosocial axis, including economic problems in the family, alcohol and drugs in the community, unsafe communities, grade repetition and consider taking snuff and alcohol as usual in the middle social and school. In individual factors include aggressive, risky and destructive being.

Among the not addictive behaviors specific use of psychoactive substances has increased risk using cell, present in 42% of women and 32% men. It is noted that the relationships and conversations are usually through the cell, even identifying anxiety due to not use it.

The risk of addiction to food is higher in men, up from 16. The risk of addiction to pornography is also higher in men, 1% of women and 10% men, starting from childhood, and increase during puberty, linked to biological development.

Introducción

Las adicciones, trastornos mentales y patología dual son situaciones que viven los adolescentes y jóvenes en el departamento de Jutiapa. Al observar su incremento y el efecto en la dinámica familiar y social se hizo necesario investigar, por lo que en el 2013 se realizó el estudio Patología Dual en estudiantes universitarios del municipio de Jutiapa, el cual situó la media de la edad de consumo por primera vez de tabaco a los 16 años y de alcohol a los 17 años, otro dato que llamó la atención es que el 8% de los jóvenes que han probado el tabaco lo hacen antes de los 12 años. Estableciendo la prevalencia de 30.8% de estudiantes que ha probado alguna vez en su vida el cigarrillo, el 56.6% el alcohol y el 8.6% alguna droga (Ramos, Vega y Rodríguez, 2013).

Al identificar la etapa de la adolescencia con mayor riesgo para el inicio del consumo, así como la posible diversificación de otras adicciones, no específicas al uso de sustancias psicoactivas, entre ellas el uso desmedido de la tecnología, excesos en el sexo y comer, se realizó en el 2015 la investigación con estudiantes del nivel medio.

El departamento de Jutiapa presenta un historial de trastornos mentales, entre ellos la ansiedad, depresión y trastorno bipolar, por lo que la comorbilidad con la adicción, patología dual, es una de las situaciones de salud que debe abordarse con intervenciones y estrategias terapéuticas adecuadas, principalmente por el incremento del riesgo, ante la oferta de drogas y el trasiego de sustancias ilegales por la ubicación fronteriza del departamento.

Ante esta problemática y con el propósito de abordar situaciones que afectan la salud de la población adolescente, las cuales deben ser prevenidas y atendidas institucionalmente, como respuesta del Estado, la presente investigación planteó las siguientes interrogantes:

¿Cuál es la prevalencia de estudiantes del nivel medio (básico y diversificado) que presentan uso, abuso, adicción a sustancias psicoactivas y patología dual?

¿Cuál es la prevalencia de estudiantes del nivel medio que presentan trastornos mentales?

¿Cuáles son los factores que vulneran a los estudiantes del nivel medio al uso, abuso y adicción de sustancias?

¿Qué otras adicciones no específicas de sustancias se identifican en los estudiantes del nivel medio?

Alcanzando los siguientes objetivos

a) General

Establecer la prevalencia del uso, abuso y adicción de sustancias y su comorbilidad con un trastorno mental en los estudiantes del nivel medio (básico y diversificado) del municipio de Jutiapa,

b) Específicos

b.1 Determinar la prevalencia en el uso, abuso y adicción de sustancias psicoactivas.

b.2 Identificar la prevalencia de trastornos mentales y su comorbilidad con el uso de sustancias en estudiantes del nivel medio.

b.3 Establecer los factores que vulneran a los estudiantes del nivel medio al uso, abuso y adicción de sustancias.

b.4 Identificar otras conductas adictivas, no específicas del uso de sustancias psicoactivas, que presentan los estudiantes del nivel medio.

1. Marco teórico y estado del arte

1.1 Sustancias psicoactivas

Las sustancias psicoactivas, conocidas más comúnmente como drogas psicoactivas, son sustancias que al ser tomadas pueden modificar la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento de un individuo. Las sustancias psicoactivas actúan en el cerebro mediante mecanismos que normalmente existen para regular las funciones de estados de ánimo, pensamientos y motivaciones (Organización Panamericana de la Salud, 2005). Son sustancias químicas que cambian los estados de ánimo y las percepciones (Morris, 1997). Las llamadas drogas psicoactivas cambian la manera de pensar, sentir y actuar (Velasco, R, 2005).

Se considera sustancia psicoactiva con capacidad adictiva o, coloquialmente droga

... a toda sustancia farmacológicamente activa sobre el Sistema Nervioso Central (SNC) que, introducida en un organismo vivo, puede llegar a producir alteraciones indeseables y dañinas del nivel de conciencia, de las funciones psíquicas básicas, de la construcción y curso del pensamiento, de los procesos perceptivos, y como resultado de todo ello, del comportamiento. Esta definición incluye, por tanto, no sólo lo que habitualmente se conoce por drogas ilegales sino, también, a sustancias de uso legal como el tabaco o las bebidas alcohólicas, a determinados psicofármacos y a sustancias de uso doméstico o laboral como los disolventes volátiles. Algunas de estas mismas sustancias pueden ser aceptadas como sustancias con potencialidad terapéutica por las Agencias de Salud Pública y ser prescritas en medicina. (Bobes, Casas, & Gutiérrez, 2011)

La Organización Panamericana de la Salud, divide el uso de las sustancias en tres categorías, según su estatus socio legal:

En primer lugar, muchas de estas sustancias son utilizadas como medicación. Los sistemas médicos occidentales y de otro tipo han reconocido desde hace mucho la utilidad de estas sustancias como medicación para aliviar el dolor, ayudar al sueño o a la lucidez y aliviar desórdenes del estado de ánimo. Actualmente, la mayoría de las

medicaciones psicoactivas están restringidas al uso por prescripción médica, mediante un sistema de recetas. En muchos países, casi una tercera parte de las recetas es para tales medicaciones. Algunas de las sustancias también se utilizan con frecuencia como “automedicaciones”, para aliviar perturbaciones producidas por desórdenes físicos o mentales o para aliviar los efectos secundarios de otras medicaciones.

Una segunda categoría de uso es su estatus ilegal o ilícito. De conformidad con tres convenciones internacionales, la mayoría de los países se han comprometido a considerar como ilegal el comercio y uso no médico de los opiáceos, cannabis, alucinógenos, cocaína y muchos otros estimulantes, al igual que de los hipnóticos y sedantes. A pesar de tales prohibiciones, el uso ilícito de sustancias psicoactivas está muy difundido en numerosas sociedades, particularmente entre adultos jóvenes, casi siempre con el propósito de disfrutar o beneficiarse de las propiedades psicoactivas de la sustancia. El hecho de que sean ilegales puede añadirles también cierto atractivo, y con ello reforzar la identificación de los usuarios con una subcultura alienada.

La tercera categoría de uso es el consumo legal o lícito, para cualquier propósito que elija su consumidor. Dichos propósitos pueden ser muy variables, y no necesariamente se relacionan con las propiedades psicoactivas de la sustancia. Por ejemplo, una bebida alcohólica puede ser una fuente de nutrientes, para calentar o refrescar el cuerpo, o para aliviar la sed; puede funcionar también para un propósito simbólico en una ronda de brindis o como sacramento. Sin embargo, sea cual sea su propósito, el uso de la sustancia inevitablemente va acompañado de sus propiedades psicoactivas (Organización Panamericana de la Salud, 2005).

1.2 Clasificación de sustancias psicoactiva

Se tomará en consideración la siguiente clasificación (Velasco, 2003)

El consumo de sustancias psicoactivas lleva consigo un sin fin de efectos físicos y Psicológicos, y éstos están basados en el tipo de sustancia que se consuma. Las drogas se clasifican en depresores, estimulantes, y alucinógenos. Por otro lado están las drogas de diseño, que de acuerdo a la sustancia, pueden tener efectos depresores, estimulantes, alucinógenos o una combinación de éstos.

1.2.1 Depresores

Se les da este nombre porque disminuyen el estado de alerta y ánimo; disminuyen todas las funciones mentales superiores (atención, juicio, razón y memoria).

Dentro de los depresores podemos encontrar varias sustancias como las siguientes:

A. Alcohol

Existen diversos tipos de alcohol: el alcohol metílico y butílico, sumamente peligrosos para la salud; y el etílico, que es el que contienen las bebidas alcohólicas.

El alcohol etílico es un depresor que actúa sobre el sistema nervioso central. Incrementa la actividad inhibitoria mediada por los receptores GABA-A (neurotransmisor inhibitorio) y disminuye la actividad excitatoria mediada por los receptores de glutamato, (neurotransmisor excitatorio). Estos dos mecanismos de acción hacen que el efecto general del alcohol sea sedante.

Esta droga deprime los centros nerviosos que controlan la conducta; al disminuir la influencia de dichos centros que inhiben los impulsos y adaptan las respuestas a los estímulos del medio, la conducta se libera escapando a los controles del juicio crítico y de racionalidad. Una vez desinhibido el sujeto parece excitado, cuando en realidad el alcohol ha ejercido una acción depresora sobre su sistema nervioso.

Los efectos de reforzamiento producidos por el etanol se relacionan con la liberación de neuronas dopaminérgicas del área tegmental ventral (ATV) y en el núcleo accumbens. El incremento en la actividad dopaminérgica ocurre únicamente mientras la concentración de etanol en sangre va en aumento. El aumento en la dopamina mesolímbica es de importancia crucial para los efectos de reforzamiento del alcohol.

La eliminación de la sustancia se efectúa a través de dos procedimientos; eliminación y oxidación; la eliminación por medio de los riñones y de los pulmones (aliento y orina); pero por estas vías sólo se elimina el 10 %; así que el hígado tiene que reducir por oxidación el otro 90 %.

El alcohol, se oxida en el cuerpo, se transforma en bióxido de carbono y en agua. Primero se produce una sustancia más tóxica que el alcohol, el acetaldehído, éste a su vez se convierte en acetato, y su eliminación genera en el organismo múltiples desequilibrios metabólicos.

Fases de la intoxicación:

- a) El sujeto parece excitado (sociable, comunicativo), pero lo que ocurre es que está desinhibido.
- b) Presenta conducta emocional con pobreza de juicio y pensamiento, problemas sensorio-motrices (anestesia cutánea, incoordinación, débil visión, desequilibrio).
- c) Se aproxima a la confusión mental, donde experimenta reacciones variables del comportamiento (miedo intenso, agresividad, llanto, etc.) y serias dificultades para hablar y comprender lo que se dice.
- d) Incapacidad para sostenerse en pie, vómitos, incontinencia urinaria, aproximación a la total inconsciencia).
- e) Inconsciencia, ausencia de reflejos, sobreviene un estado de coma que puede provocar la muerte por parálisis respiratoria.

B. Inhalables

Estas sustancias las integran varios compuestos químicos volátiles (incluyendo gases como el óxido nitroso, solventes volátiles como el tolueno y nitritos alifáticos), producen efectos sobre el sistema nervioso central. Debido a su fácil disponibilidad, son utilizados principalmente por niños y adolescentes.

Se dividen en las siguientes categorías:

Disolventes volátiles: líquidos que se vaporizan a temperatura ambiente

- a) Disolventes industriales o caseros, entre ellos los disolventes de pinturas, quita grasas, líquidos para encendedores, lavado en seco, y gasolina.
- b) Solventes para usos artísticos o de oficina, incluyendo los líquidos correctores, líquidos marcadores con punta de fieltro, productos para la limpieza de contactos eléctricos y pegamentos.
- c) Aerosoles que contienen propulsores y disolventes.
- d) Propulsores de aerosoles caseros como aquellos en las pinturas pulverizadas, productos para el cabello, desodorantes, protectores de telas, productos para la limpieza de computadoras y los rociadores de aceite vegetal.

C. Gases

Se encuentran en productos caseros o comerciales (encendedores de butano, tanques de gas propano y los gases refrigerantes), y también se usan como anestésicos médicos: éter, cloroformo, halotano y óxido nitroso.

Nitritos orgánicos o alifáticos que incluyen el nitrito ciclohexilico, el butílico y el amílico

Son volátiles y se conocen como “reventadores”. Contienen una gran variedad de sustancias químicas entre ellas tolueno (pinturas), benceno (gasolina), butano (desodorantes ambientales). Se utilizan principalmente para intensificar el placer sexual.

Vías de administración

Estas sustancias se pueden inhalar por la nariz o por la boca de diferentes maneras: aspirando o inhalando los vapores del envase, rociando los aerosoles directamente en la nariz o en la boca, o colocando un trapo en la boca que ha sido impregnado con un inhalable.

Debido a que la intoxicación producida por estas sustancias dura apenas unos minutos, muchas personas tratan de prolongar la euforia inhalando repetidamente durante varias horas.

Los efectos de los inhalables son parecidos a los del alcohol e incluyen dificultad para hablar, euforia en un inicio, mareo, náuseas, vómito, somnolencia, dolor de cabeza persistente y falta de coordinación.

Al desplazar el aire de los pulmones le quitan oxígeno al organismo (hipoxia), esto puede lesionar células corporales, siendo las del cerebro las más vulnerables. Algunos daños físicos provocados por el consumo de estas sustancias son: pérdida de la audición, neuropatías periféricas (espasmos en las extremidades), daño al sistema nervioso central (cerebro y médula espinal), daño al hígado y riñones, agotamiento del oxígeno en la sangre.

Las altas concentraciones pueden provocar la muerte por asfixia al desplazar el oxígeno de los pulmones ya que puede causar pérdida de conciencia y paro respiratorio.

D. Marihuana

Es una mezcla de color café verdoso de flores, tallos, semillas y hojas secas de la planta de cáñamo, *cannabis sativa*. Generalmente se fuma en forma de cigarrillo (llamado “porro” “canuto” o “churro”), en pipa, puros o cigarros a los que se les saca el tabaco y se rellenan con marihuana, se combinan los principios activos de la marihuana con los de la nicotina y otras sustancias químicas dañinas. También se puede mezclar con comida o ingerirla como té. Su forma más concentrada y resinosa se llama hachís y cuando está en forma de líquido negro pegajoso se conoce como aceite de hachís.

Cuando se fuma la marihuana, el tetrahidrocannabinol (THC) pasa rápidamente de los pulmones al torrente sanguíneo, que lo transporta al cerebro y a otros órganos del cuerpo.

El THC actúa sobre sitios específicos del cerebro, receptores de cannabinoides, disparando una serie de reacciones celulares que finalmente terminan en euforia que algunos consumidores sienten cuando fuman marihuana.

La mayor densidad de receptores de cannabinoides se encuentra en las partes del cerebro que influyen en el placer, la memoria, el pensamiento, la concentración, las percepciones sensoriales y del tiempo.

El consumo de esta sustancia por largo tiempo puede llevar a la adicción, es decir, a la búsqueda y uso compulsivo de la droga, a pesar de conocer sus efectos dañinos sobre el funcionamiento social, familiar, escolar, laboral y recreativo. Las personas que consumen a largo plazo reportan irritabilidad, insomnio, falta de apetito, ansiedad, y deseos por consumir la droga. Las dosis altas pueden producir una reacción psicótica aguda, como esquizofrenia, o una recaída en aquellas personas vulnerables a este trastorno.

Con respecto a los efectos adversos a la salud, se puede observar que los usuarios de THC pueden tener muchos de los problemas respiratorios que presenta el fumador de tabaco, tales como tos, producción crónica de flema, y un alto riesgo de infecciones pulmonares. De hecho estudios han demostrado que el humo de la marihuana contiene entre un 50 y 70 % más hidrocarburos cancerígenos que el humo del tabaco.

E. Heroína

La heroína es una droga opiácea hecha a partir de la morfina, una sustancia natural que se extrae de la bellota de la amapola, también conocida como “adormidera asiática”. Suele presentarse en forma de polvo blanco o marrón, o como una sustancia negra y pegajosa conocida como “alquitrán negro”.

Vías de administración.

La heroína se puede inyectar, inhalar o fumar; para inyectarse se usa una aguja que libera la droga directamente en el torrente sanguíneo; al inhalarla se aspira el polvo por la nariz donde se absorbe a través de los tejidos nasales; fumando se inhala el humo, llegando directamente a los pulmones.

Al entrar al cerebro, la heroína se convierte en morfina y se adhiere a los receptores opioides, estos receptores se encuentran localizados en muchas áreas del cerebro (y del cuerpo), especialmente en aquellas áreas involucradas en la percepción del dolor y de la gratificación. Éstos también se encuentran en el tallo cerebral, que controla procesos esenciales para la vida como la respiración, la presión arterial y la excitación.

Los efectos reportados después de una inyección intravenosa son euforia, sequedad bucal, pesadez en las extremidades y confusión mental. El usuario se alterna entre un estado completamente despierto o adormecido; a través de la inyección se siente euforia, quien usa las otras vías sólo podría sentir los demás síntomas.

Su consumo regular crea tolerancia, es decir, la respuesta fisiológica (y psicológica) disminuye por lo que necesita una mayor cantidad de la sustancia para obtener la misma intensidad del efecto que en un inicio.

El abuso de la heroína está asociado a consecuencias graves en la salud y su consumo crónico puede llevar enfermedades del hígado, renales, pulmonares; entre los usuarios que se inyectan pueden presentarse infecciones como el VIH/SIDA y la hepatitis. Además la heroína que se vende en la calle regularmente contiene contaminantes tóxicos o aditivos que pueden obstruir los vasos sanguíneos que van a los pulmones, hígado, riñones o cerebro, causando daño permanente a estos órganos vitales.

Cuando se ha creado dependencia física (adaptación del organismo a la droga), los síntomas del síndrome de abstinencia son: ansiedad, dolores musculares y en los

huesos, insomnio, diarrea, vomito, escalofríos. El usuario siente deseos vehementes por ingerir la sustancia.

Su consumo durante el embarazo, puede provocar bajo peso del niño al nacer, además se corre el riesgo de que nazca con dependencia a la heroína y sufra complicaciones médicas graves.

1.2.2 Estimulantes del sistema nervioso central

Los estimulantes son sustancias que incrementan el estado de alerta. Aumentan el estado de conciencia, mientras actúan, el sujeto percibe más intensamente el exterior y responde de manera más rápida a los estímulos del mismo.

Dentro de los estimulantes están las siguientes sustancias:

A. Anfetaminas

Las anfetaminas son estimulantes que actúan sobre el sistema nervioso central. Son administradas por vía oral, una parte la metaboliza el hígado, y otra se elimina través de la orina. Las anfetaminas son la base para el desarrollo de la mayoría de las drogas de diseño.

El mecanismo de acción de las anfetaminas es facilitar la liberación de neurotransmisores noradrenalina y dopamina (involucrada en el movimiento, el aprendizaje y la motivación) de sus depósitos intraneuronales.

Los efectos a corto plazo de dosis bajas de anfetamina incluyen euforia, hiperactividad, irritabilidad, insomnio. Puede presentarse, ritmo cardiaco irregular, incremento en la respiración, resequedad en la boca y supresión del apetito. Las sobredosis severas pueden producir fiebre, convulsiones, coma, hemorragia cerebral y la muerte.

En personas vulnerables a enfermedades mentales pueden aparecer confusión, agresividad, ansiedad, delirio, alucinaciones, paranoia, estados de pánico intensos, pensamientos suicidas u homicidas. Tras la estimulación viene la depresión y somnolencia profunda.

El abuso de anfetaminas genera tolerancia, es decir, el organismo se adapta a la sustancia y cada vez requiere dosis más altas para conseguir el efecto, esto deviene en una dependencia física y psíquica, destacando el intenso deseo imperioso por consumir la droga que predispone a las recaídas.

B. Cafeína

Químicamente, la cafeína pertenece al grupo de las xantinas, que son sustancias relacionadas con los alcaloides de ciertas plantas, conocidas en medicina por su acción sobre los sistemas cardiovascular y respiratorio. Se encuentra principalmente en el café, en el té, refrescos de cola y chocolate (cacao).

Los efectos que ocasiona el consumo moderado de café son ligeros tanto en el psiquismo como sobre el organismo, en general hay mayor fluidez de pensamiento, estado de alerta, sensación de bienestar. A mayores dosis sin embargo produce insomnio, irritabilidad y trastornos vasculares, como taquicardia e hipertensión.

El consumo excesivo y prolongado de café puede llegar a provocar un estado de irritabilidad y angustia intensas, seguido de un síndrome de abstinencia si se suspende abruptamente, puede provocar dependencia física y psicológica aunque sea moderada. Los síntomas del síndrome de abstinencia son cefaleas, tensión muscular, ansiedad y fatiga.

Además contribuye a la producción de gastritis, y cáncer en la vejiga, este último en el caso de bebedores excesivos de café.

C. Cocaína

La cocaína es un estimulante extremadamente adictivo que afecta directamente al cerebro. Extraída originalmente de la hoja del arbusto de coca del género *Erythroxylum*, que crecía principalmente en Perú y Bolivia. La cocaína usualmente se vende en la calle en forma de un polvo blanco, fino y cristalino que se conoce en español como “coca”, “nieve”, “dama blanca” o “talco”.

Hay dos formas químicas de la cocaína que suelen consumirse: la sal de clorhidrato (que es soluble en agua) y los cristales de cocaína o base, conocida en inglés como freebase (que no son solubles en agua). La sal de clorhidrato, o la forma en polvo de la cocaína, se consume de forma inyectada o inhalada. Los cristales de cocaína o freebase han sido procesados con amoníaco o bicarbonato sódico y agua y luego calentados para eliminar el clorhidrato y producir una sustancia que se puede fumar. El término “crack”, el nombre de la calle para los cristales o base de cocaína, se refiere al sonido crujiente que se oye al fumar esta mezcla.

Vías de administración de la cocaína

Las principales vías de administración de la cocaína son orales, nasales, intravenosas y pulmonares. La forma de administración nasal, es el proceso de inhalar la cocaína en polvo por la nariz, de donde pasa directamente a la sangre a través de las membranas nasales. También se puede aplicar la droga directamente sobre las mucosas. La inyección o la administración intravenosa transportan la droga directamente a la sangre aumentando así la intensidad de su efecto. Al fumar, se inhala el vapor o el humo de la cocaína a los pulmones, donde la sangre lo absorbe a la misma velocidad que cuando se inyecta.

Efectos de la cocaína

Los científicos han descubierto regiones del cerebro que se excitan por todo tipo de estímulos gratificantes, tales como la comida, el sexo y muchas de las drogas. Uno de los sistemas neuronales que parece ser más afectado por la cocaína se origina en una región del cerebro medio llamada el área tegmental ventral (ATV). Las fibras nerviosas originadas en el ATV se extienden a la región del cerebro conocida como núcleo accumbens, una de las áreas clave del cerebro involucrada en el sistema de recompensa. Los estudios han demostrado que este sistema aumenta los niveles de una sustancia química en el cerebro (o neurotransmisor) llamada dopamina, acrecentando así la actividad neuronal en el núcleo accumbens. En el proceso normal de comunicación, una neurona libera dopamina en la sinapsis (el pequeño espacio entre dos neuronas). Allí la dopamina se une a proteínas especializadas (llamadas receptores de dopamina) en la neurona adyacente, enviando así una señal a la misma. Una vez enviada la señal, la dopamina es eliminada de la sinapsis y es reciclada para volver a usarse en el futuro. Las sustancias psicoactivas pueden interferir con este proceso de comunicación normal. Se ha descubierto que la cocaína actúa bloqueando la eliminación de la dopamina de la sinapsis, lo que resulta en una acumulación de dopamina y una amplificación de la señal a las neuronas receptoras.

Efectos a corto plazo del uso de la cocaína

Los efectos de la cocaína se presentan inmediatamente después de una sola dosis y duran hasta una hora. Los usuarios que consumen pequeñas cantidades generalmente se sienten eufóricos, energéticos, conversadores y mentalmente alertas. La cocaína

también puede disminuir temporalmente el apetito y la necesidad de dormir. Algunos consumidores sienten que la droga les ayuda a realizar más rápido ciertas tareas simples tanto físicas como intelectuales, mientras que a otros les produce el efecto contrario.

La forma en que se administra la cocaína determina el tiempo que dura el efecto inmediato de euforia. Mientras más rápida es la absorción, más intenso es la euforia que resulta; pero al mismo tiempo, cuanto más rápida es la absorción, menor es la duración del efecto de la droga.

Los efectos fisiológicos a corto plazo que resultan del consumo de cocaína incluyen contracción de los vasos sanguíneos, dilatación de las pupilas y aumentos en la temperatura corporal, la frecuencia cardíaca y la presión arterial; irritabilidad, ansiedad, temblores, vértigos, espasmos musculares, y paranoia.

Las investigaciones han demostrado que existe un riesgo potencial en la interacción entre la cocaína y el alcohol. De hecho, de las muertes ocasionadas por la combinación de dos drogas, las que ocurren más comúnmente son las ocasionadas por la combinación de la cocaína con el alcohol.

Efectos a largo plazo del uso de la cocaína

Al ser expuesto repetidamente a la cocaína, el cerebro comienza a adaptarse a la misma y el sistema de recompensa se vuelve menos sensible a los refuerzos naturales y a la droga en sí. El consumidor puede desarrollar tolerancia, lo que significa que necesitará una dosis cada vez mayor de la droga o que deberá consumirla con más frecuencia para obtener el mismo placer que cuando recién comenzó a usarla. Al mismo tiempo, los consumidores también se pueden volver más sensibles a la ansiedad, las convulsiones u otros efectos tóxicos de la cocaína.

Las reacciones adversas que resultan del consumo de cocaína varían dependiendo de cómo se administra. La inhalación regular puede causar una pérdida del sentido del olfato, hemorragias nasales, problemas al tragar, ronquera y una irritación general del tabique nasal, lo que puede producir una condición crónica de irritación y salida de secreción por la nariz.

Cuando se ingiere, la cocaína puede causar gangrena en los intestinos porque reduce el flujo sanguíneo. Además, las personas que se la inyectan tienen marcas de pinchazos y trayectos venenosos, usualmente en los antebrazos. El uso crónico causa pérdida del

apetito haciendo que muchos consumidores tengan una pérdida significativa de peso y sufran de malnutrición. Los usuarios intravenosos también pueden experimentar reacciones alérgicas, ya sea a la droga o a algunos de los aditivos que se agregan a la cocaína en la calle y, en los casos más severos, estas reacciones pueden provocar la muerte.

D. Nicotina

La nicotina, se extrae de la planta nicotina tabacum; droga estimulante y adictiva que se absorbe fácilmente dentro del torrente sanguíneo al mascar, inhalar, o fumar un producto de tabaco.

Al entrar en el torrente sanguíneo, la nicotina inmediatamente estimula las glándulas suprarrenales para que liberen la hormona adrenalina. La adrenalina estimula el sistema nervioso central y aumenta la presión arterial, la respiración y la frecuencia cardiaca. Al mismo tiempo que la glucosa se libera en la sangre, la nicotina suprime la producción de insulina del páncreas, lo que significa que los niveles de glucosa en la sangre de los fumadores se encuentran crónicamente elevados.

Al igual que otras drogas, la nicotina aumenta los niveles de dopamina, la cual afecta las vías de recompensa y placer del cerebro. El consumo prolongado de productos con nicotina deriva en una adicción, enfermedad caracterizada por la búsqueda y el consumo compulsivos de la droga a pesar de las consecuencias negativas que esto conlleva. Cuando una persona adicta trata de dejar de fumar experimenta los síntomas del síndrome de abstinencia (deseo vehemente por el tabaco, irritabilidad, dificultad para prestar atención, sueño perturbado).

Alrededor de la tercera parte de todos los tipos de cáncer, incluyendo el 90 % de los cánceres de pulmón, se deben a fumar cigarrillos, además causa enfermedades como bronquitis crónica y enfisema, aumenta el riesgo de enfermedades cardiacas, evento vascular cerebral, infartos al corazón y otras.

El humo de tabaco es una mezcla compleja de miles de sustancias químicas: el monóxido de carbono, el alquitrán, el formaldehído, el cianuro y el amoníaco son sólo algunas. El monóxido de carbono aumenta la probabilidad de enfermedades cardiovasculares, el alquitrán expone al usuario a un mayor riesgo de cáncer de pulmón, enfisema y trastornos bronquiales. El tabaco sin humo (como el tabaco para mascar, el

tabaco en polvo o el rapé, también aumentan el riesgo de cáncer, especialmente de boca.

Las mujeres que fuman cigarrillos durante el embarazo corren mayor riesgo de sufrir un aborto espontáneo o de que sus bebés nazcan prematuros o con bajo peso. El tabaquismo durante el embarazo también podría estar asociado con problemas de aprendizaje y de comportamiento en los niños; además aumenta la probabilidad de que el niño desarrolle adicción al tabaco si alguna vez comienza a fumar.

Humo de tabaco ajeno (HTA)

Por otro lado el humo de tabaco ajeno o ambiental también aumenta el riesgo de desarrollar muchas enfermedades. Está compuesto por el humo que exhala el fumador y el que despiden la punta encendida de los productos del tabaco; las personas que no fuman pero son expuestas de manera involuntaria al humo en casa, el trabajo, y lugares públicos, aumentan su riesgo de desarrollar enfermedades del corazón, problemas respiratorios, y reducción de la función pulmonar.

Los niños recién nacidos que son expuestos tienen un mayor riesgo de sufrir de “muerte súbita del lactante”.

Aunque puede ser difícil dejar de fumar, los beneficios para la salud de romper con la adicción son inmediatos y sustanciales; entre ellos la disminución de riesgo de cáncer y enfermedades del corazón.

1.2.3 Alucinógenos

Los alucinógenos pueden producir depresión o estimulación, son drogas que causan alteraciones profundas en la percepción de la realidad del usuario. Bajo la influencia de éstos, las personas ven imágenes, oyen sonidos y experimentan sensaciones que parecen reales pero que no existen.

Los alucinógenos producen sus efectos interrumpiendo la interacción de las células nerviosas y el neurotransmisor serotonina. Distribuido por el cerebro y la médula espinal, el sistema de serotonina está involucrado en el control de los sistemas de conducta, percepción y regulación, incluyendo el estado de ánimo, el hambre, la temperatura corporal, el comportamiento sexual, el control muscular y la percepción sensorial.

A. LSD (dietilamida del ácido lisérgico)

Es la droga que se identifica más comúnmente con el término alucinógeno y el más usado entre este tipo de drogas. Otros alucinógenos, son la mezcalina (se deriva del peyote), la psilocibina (principios activos de diversos hongos) y la ibogaina (alcaloide de las raíces y granos de la especie tabeernanthe iboga). El hongo psilocíbico y el cactus peyote son plantas que se usan para producir alucinaciones.

Las drogas alucinógenas han desempeñado un papel en la vida humana durante miles de años. Diversas culturas han usado las plantas para inducir estados de aislamiento de la realidad y precipitar "visiones" que creen que causan clarividencias místicas. Estas plantas contienen compuestos químicos, como la mezcalina, la psilocibina y la ibogaína, que son estructuralmente similares a la serotonina y producen sus efectos al alterar el funcionamiento normal del sistema de la misma. Históricamente, las plantas alucinógenas se utilizaban sobre todo para rituales sociales y religiosos y su disponibilidad estaba limitada por el clima y las condiciones de la tierra necesarias. Después del desarrollo del LSD, (compuesto sintético), el consumo de alucinógenos se hizo más amplio.

Características físicas del LSD

El LSD es un material claro o blanco, inodoro, y soluble en agua, sintetizado del ácido lisérgico, un compuesto derivado del hongo del centeno. Es la droga más potente en cuanto a la alteración del estado de ánimo y la percepción. Inicialmente se produce en forma cristalina, el cristal puro se puede moler para hacerlo polvo y mezclarlo con agentes ligantes para producir tabletas que se conocen como micro-puntos o cuadrados delgados de gelatina llamados ventanales. Con más frecuencia, se disuelve, se diluye, y se aplica a papel secante con ácido, consiste en hojas de papel impregnadas con LSD y perforadas en unidades cuadradas.

Efectos del LSD

Resultados de estudios de laboratorio sugieren que el LSD, al igual que las plantas alucinógenas, altera las percepciones porque actúan sobre ciertos grupos de receptores de serotonina, y que sus efectos son más prominentes en dos regiones del cerebro: una, la corteza cerebral, área involucrada en el estado de ánimo, la cognición y la percepción, y la otra, el locus ceruleus; que recibe las señales sensoriales de todas las

partes del cuerpo y que ha sido descrito como el detector de novedades del cerebro debido a importantes estímulos externos.

Los efectos comienzan entre 30 a 90 minutos después de ser ingerido y pueden durar hasta 12 horas. Los usuarios se refieren a estas experiencias alucinógenas como viaje y a las experiencias adversas agudas como mal viaje. Aunque la mayoría de los viajes incluyen aspectos tanto placenteros como desagradables, los efectos de la droga son impredecibles y pueden variar con la cantidad ingerida, la personalidad, el estado de ánimo, las expectativas y los ambientes del usuario. Quienes usan esta sustancia pueden experimentar algunos efectos fisiológicos, como aumento en la presión arterial y en el ritmo cardíaco, mareo, inapetencia, sequedad bucal, sudoración, náusea, entumecimiento, y temblores, pero los principales efectos de la droga son emocionales y sensoriales. Las emociones del usuario pueden variar rápidamente dentro de un rango que va desde el miedo hasta la euforia con transiciones tan rápidas que puede parecer que experimenta varias emociones simultáneamente.

También tiene efectos dramáticos sobre los sentidos, los colores, los olores, los sonidos y otras sensaciones parecen intensificarse agudamente. En algunos casos, las percepciones sensoriales pueden combinarse en un fenómeno conocido como cinestesia, en el que una persona parece oír o sentir los colores y ver los sonidos.

Las alucinaciones distorsionan o transforman las formas y los movimientos, y pueden dar lugar a una percepción de que el tiempo pasa muy lentamente o de que el cuerpo del usuario está cambiando de forma. En algunos viajes, se experimentan sensaciones que son agradables y mentalmente estimulantes y producen la sensación de un entendimiento realzado. El mal viaje, sin embargo, incluye pensamientos aterradores como de pesadilla y sentimientos de ansiedad y desesperación que incluyen el miedo a volverse loco, perder el control, o incluso de morir.

Los usuarios rápidamente desarrollan un alto grado de tolerancia a los efectos de la droga, después de un uso repetido, necesitan dosis cada vez mayores para lograr efectos similares. También produce tolerancia a otras drogas alucinógenas como a la psilocibina y la mezcalina, pero no a drogas como la marihuana y las anfetaminas, que no actúan directamente sobre los receptores de serotonina afectados por el LSD. La tolerancia dura poco y se pierde si el usuario deja de usar la droga varios días.

Dos efectos a largo plazo han sido asociados con el uso del LSD: una psicosis persistente y el trastorno perceptivo persistente por alucinógenos, conocido más comúnmente como flashbacks, es decir, la reaparición espontánea de sensaciones similares a experiencias vividas cuando se usó la droga. Esta condición típicamente perdura, y en algunos casos se mantiene por años sin modificarse, después de que la persona ha dejado de usar la droga. Una hipótesis sugiere que residuos de la droga quedan almacenados en la grasa del cerebro, mismos que se van absorbiendo lentamente y por ello se vuelven a sentir sus efectos como si hubiese ingerido nuevamente la sustancia.

1.2.4 Drogas de diseño

Estas drogas son sustancias que se crean usando como base otras drogas, en laboratorios clandestinos, es una sustancia química nueva con propiedades psicoactivas, sintetizada, su venta es ilegal y burla las leyes sobre sustancias controladas.

A. Metanfetaminas

Son drogas estimulantes que afectan el sistema nervioso central con estructura similar a las anfetaminas; comúnmente tienen la apariencia de un polvo blanco, cristalino, inodoro, y amargo que se disuelve fácilmente en agua o alcohol y que se puede fumar, inhalar, inyectar o tomar de forma oral. Aumenta la liberación y bloquea la reabsorción del neurotransmisor dopamina, produciendo concentraciones muy altas de esta sustancia en el cerebro. La habilidad de la metanfetamina es liberar rápidamente la dopamina en las regiones de recompensa del cerebro, que produce la euforia intensa que los usuarios sienten al administrarse la droga.

Los efectos a largo plazo cambian de manera significativa el funcionamiento del cerebro, se presentan alteraciones en el sistema dopaminérgico que se asocian con una disminución en el rendimiento motor y un deterioro en el aprendizaje verbal. Además se han observado cambios importantes en las áreas del cerebro asociadas con las emociones y con la memoria.

Otros efectos adversos en la salud son la prolongación del estado de vigilia, disminución del apetito, aumento en la frecuencia respiratoria y cardiaca, pérdida

extrema de peso, ansiedad, confusión, perturbaciones en el estado de ánimo y agresividad. Debido a la alteración del juicio y la inhibición, los usuarios practican actividades peligrosas entre ellas comportamientos sexuales de riesgo, por ello es posible la transmisión del VIH SIDA y hepatitis.

El consumo repetido de las metanfetaminas puede llevar a la adicción; una variante fumada de la metanfetamina, por su gran liposubilidad se difunde en el cerebro con extraordinaria rapidez, ocasionando sensaciones de euforia e intensa energía, y por ello, una rápida dependencia psicológica, con estados alucinatorios y paranoides.

B. La MDMA o éxtasis

La MDMA (metilendioximetanfetamina) es una droga sintética y psicoactiva, químicamente similar al estimulante metanfetamina y al alucinógeno mezcalina. Causa un efecto vigorizante, eufórico y distorsión en la percepción del tiempo, y las experiencias táctiles. La vía de administración es por vía oral en forma de capsulas o pastilla. Esta droga ejerce sus efectos primarios en las neuronas del cerebro que usan el neurotransmisor químico llamado serotonina para comunicarse con otras neuronas. El sistema de la serotonina juega un papel importante en la regulación del estado de ánimo, la agresión, la actividad sexual, el sueño y la sensibilidad al dolor. La MDMA se une al transportador de la recaptación de serotonina, el cual es responsable de extraer la serotonina de la sinapsis para extinguir la señal entre las neuronas. Causa también la liberación excesiva de serotonina de las neuronas y tiene efectos similares pero menos potentes sobre las neuronas que contienen dopamina y norepinefrina.

Puede producir confusión, depresión, problemas de sueño, deseo vehemente por consumir la droga y ansiedad intensa. Estos problemas se pueden presentar poco tiempo después de consumir la droga, o en ocasiones, días o semanas después. Muchos de los efectos físicos del éxtasis son iguales a los de otras drogas estimulantes como la cocaína y las anfetaminas. Entre ellos se cuentan el aumento de la frecuencia cardíaca y la presión arterial, lo cual tiene un mayor riesgo en personas que tienen problemas circulatorios o enfermedades cardíacas, y otros síntomas como tensión muscular, contractura involuntaria de la mandíbula, náuseas, visión borrosa, desmayos, escalofríos y sudoración.

En dosis altas, puede alterar la capacidad del organismo para regular la temperatura, presentándose aumento agudo de la misma (hipertermia), que puede causar insuficiencia hepática, renal o cardiovascular. Otras drogas son químicamente parecidas a la MDMA como la MDA (metildioxianfetamina) que es compuesto primario de la MDMA.

Las tabletas de éxtasis pueden ser adulteradas con otras sustancias como la efedrina (estimulante), dextrometorfano, etamina, cafeína o cocaína.

C. PCP o fenciclidina

La fenciclidina (polvo de ángel, píldora de la paz o tranquilizante de caballos) Esta droga fue desarrollada en los años cincuenta como un anestésico quirúrgico intravenoso, está clasificado como un anestésico disociativo: sus efectos son sedantes, y los pacientes experimentan la sensación de estar fuera de sus cuerpos y separados de su ambiente.

El PCP en polvo, conocido como polvo de ángel, combustible de cohete, ozono y chifladura, apareció en los años setenta. La droga se rocía en la marihuana, en el tabaco, o en el perejil y después se fuma, y el efecto es inmediato. Los usuarios a veces lo ingieren inhalando el polvo o tragándolo en forma de tableta. Cuando se inhala o se fuma, pasa rápidamente al cerebro, interrumpiendo el funcionamiento de los sitios conocidos como complejos de receptores NMDA (N-metilo-D-aspartato), que son los receptores para el neurotransmisor glutamato. Los receptores del glutamato juegan un papel importante en la percepción del dolor, la cognición, el aprendizaje, la memoria, y la emoción. En el cerebro, también altera las acciones de la dopamina, el neurotransmisor responsable de la euforia y el rush o sensación inicial intensa asociada con muchas de las drogas de abuso.

En dosis bajas, los efectos físicos incluyen respiración poco profunda y rápida, aumento moderado en la presión arterial, ritmo cardíaco y temperatura elevada. Las dosis elevadas causan cambios peligrosos en la presión arterial, el ritmo cardíaco y la respiración, a menudo acompañados por náusea, visión borrosa, mareo, y una reducción del reconocimiento del dolor. Las contracciones musculares pueden causar movimientos sin coordinación y posturas raras. Cuando son severas, las contracciones musculares pueden resultar en una fractura ósea o en daño o fallo renal como

consecuencia de la desintegración de las células de los músculos. Dosis muy altas pueden causar convulsiones, coma, hipertermia y hasta la muerte.

D. Ketamina

La ketamina, es conocida como la Keta, K, la K especial y cat Valium, es un anestésico disociativo desarrollado en 1963, derivado de la fenciclidina, actualmente utilizado en anestesia humana y medicina veterinaria. Mucha de la ketamina vendida en la calle ha sido desviada de las oficinas veterinarias; aunque es manufacturada como un líquido inyectable, en el uso ilícito, generalmente se evapora para formar un polvo que es inhalado o comprimido para hacer tabletas.

La estructura química y los mecanismos de acción de la ketamina son similares a los del PCP y sus efectos son parecidos, pero la ketamina es menos potente que el PCP y sus efectos duran mucho menos. Las sensaciones van desde un sentimiento agradable de flotar hasta sentirse separados de sus cuerpos. Las experiencias similares a un "mal viaje" con el LSD, se conocen como el "Hoyo K".

La ketamina no tiene olor ni sabor, por lo que se puede añadir a las bebidas sin que se detecte, e induce amnesia.

1.3 Historia y antecedentes de uso

Desde la aparición del ser humano, la búsqueda de plantas medicinales curativas, el deseo de modificar el nivel de conciencia y la necesidad de obtener sustancias enteógenas para los ritos iniciativos, debieron ser los principales factores que contribuyeron a que se experimentara con una gran variedad de sustancias psicoactivas.

En las culturas primitivas existía una limitación y socialización del uso de estas sustancias que quedaba restringido a prácticas sanadoras o rituales religiosos, por lo que su consumo debía estar muy restringido. Las preparaciones psicótropas, de origen vegetal o animal, probablemente presentaban una muy pequeña concentración de principio activo, al ser los métodos de obtención disponibles muy precarios, con lo que el consumo, realizado preferentemente por vía oral, daba lugar a una absorción lenta y progresiva que facilitaba su metabolización y eliminación por parte del organismo (Bobes, Casas, & Gutiérrez, 2011).

Su consumo se ubicaba en contextos determinados y ritualizados, por ejemplo bajo la batuta de chamanes que oficiaban de intermediarios entre los saberes constatables de este mundo y lo trascendental, aquello que no llega a percibirse únicamente con los sentidos.

Las drogas poseen una función instrumental determinada para cada cultura. En unos casos, se usan para mitigar el cansancio; en otros, para facilitar determinadas sanaciones o actuar como una válvula de escape para evitar el malestar, y en otros muchos casos, más propios de nuestra época, sirve simplemente para procurarse diversión (Pérez F. , 2011)

El uso de drogas para obtener efectos euforizantes y psicodélicos se conoce desde siempre.

Todas las culturas han utilizado sustancias psicoactivas, unas veces con fines religiosos y otras con fines curativos. De la utilización de estas sustancias a lo largo de la historia de la humanidad nos han dado buena cuenta algunos de los más prestigiosos médicos e historiadores de la medicina, convencidos de la necesidad de explicar las causas que llevan al hombre a este consumo y sus consecuencias. Hemos conocido un sinnúmero de mitos y realidades en torno a las drogas, el opio y sus derivados son un buen ejemplo de ello. El mito: cuenta la leyenda que el propio Zeus fulminó a Esculapio, dios de la medicina, porque éste tuvo la osadía de revelar a los mortales el secreto de las virtudes de una planta conocida como adormidera. Está documentado históricamente que durante el imperio romano, el opio y la harina fueron las únicas mercancías subvencionadas por el estado para facilitar su consumo a las clases sociales menos favorecidas (Torres, Santodomingo, Pascual, Freixa, & Álvarez, 2008).

Desde tiempos remotos las personas han utilizado drogas para alterar su conciencia por razones sociales, religiosas o personales.

En la Biblia se menciona con frecuencia el vino que desempeña un papel sacramental en varias religiones importantes. Se alude a la marihuana en un libro herbario perteneciente a un emperador chino del año 2737 a.C; y los indios jíbaros de Ecuador, que consideraban el mundo de los sentidos como una ilusión, utilizan habitualmente drogas, para entrar en contacto con el mundo real, de las fuerzas sobrenaturales. Los griegos abogaron por la moderación en todas las cosas, incluyendo el consumo de vino, y la Biblia predica contra el pecado del consumo de alcohol (Morris, 1997).

Con el Neopositivismo de finales del siglo XVIII y principios del siglo XIX, el alcoholismo y la toxico dependencia, así como otras formas derivadas de las conductas morales o naturales, se convierten en una enfermedad. Con esto la ciencia favorece una motivación autorizada para la estigmatización social de los comportamientos desviados de las normas (Pérez F. , 2011).

1.4 Tipos de consumo

1.4.1 Uso

Por uso se entiende el consumo de una sustancia que no produce consecuencias negativas en el individuo o éste no las aprecia. Este tipo de consumo es el más habitual cuando se utiliza de forma esporádica (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010).

1.4.2 Abuso

El abuso se da cuando hay un uso continuado a pesar de las consecuencias negativas derivadas del mismo (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010).

1.4.3 Adicción

Una adicción es una dependencia compulsiva física y psicológica a sustancias que forman un hábito, como el alcohol, drogas, o de procesos como hacer ejercicio, comer o salir de compras. Estas pueden cambiar nuestro estado de ánimo, causar consecuencias negativas, aumentar la necesidad por realizarlo, propicia la generación de mentiras acerca de la conducta y dificulta la vida cotidiana (Hawkins, 2009).

Adicción, dependencia, drogadicción o farmacodependencia son palabras que quieren decir lo mismo. Es un estado físico y psicológico en el cual una persona tiene un impulso irreprimible y sin control de consumir una sustancia, para sentir sus efectos o para evitar los síntomas que se presentan cuando deja de usarla (Velasco, R, 2005).

Indicadores para distinguir si es adicción o hábito:

- a) Controlar si se puede ignorar el hábito por sobre otra opción, si uno lo puede controlar es un hábito, si el hábito lo controla a uno es una adicción.
- b) Un hábito es el resultado de una actividad mental mientras que la adicción afecta la estabilidad mental, la adicción afecta la manera de pensar, la toma de decisiones y patrones de comportamiento.
- c) Los hábitos en la mayoría de los casos no suelen ser un aspecto negativo, los malos hábitos provocan malestar y efectos negativos. Cuando un hábito se convierte en destructivo y fuera de control, se vuelve una adicción.

Se considera un problema el consumo de sustancias cuando (Aleman & López, 2014):

- a) Afecta la salud física y mental
- b) Involucra el incumplimiento a la ley y problemas con la ley
- c) Provoca dificultades financieras
- d) Perjudica las relaciones y las amistades, provoca problemas en el hogar, el trabajo o la escuela.

Por dependencia, o síndrome de dependencia, según la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1993), se entiende:

...un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo, a menudo fuerte y a veces insuperable, de ingerir sustancias psicoactivas ilegales o legales, aun cuando hayan sido prescritas por un médico. La recaída en el consumo de una sustancia, después de un período de abstinencia, lleva a la instauración más rápida de los síntomas de la dependencia, en comparación con lo que sucede en individuos no dependientes.

Según Bobes, Casas, & Gutiérrez, (2011), el DSM-IV-TR mantiene el concepto de abuso de sustancias psicoactivas como una categoría diagnóstica residual que se aplicará a aquellos modelos des adaptativos del uso de estas sustancias que no lleguen a cumplir los criterios de dependencia. Para el diagnóstico se requiere que el consumo de la sustancia haya sido efectuado repetidamente durante un período de 12 meses.

Un modelo des adaptativo de uso de sustancias psicoactivas vendría definido por el consumo continuado de alguna de ellas, a pesar de que el individuo sabe que le producen consecuencias físicas, psicológicas o sociales, que pueden ser consideradas como dañinas, o bien cuando su uso repetitivo implique riesgos físicos importantes.

1.5 Factores de riesgo

Una persona no necesariamente tiene que dar señales claras de problemas para ser un adicto, ...es fácil volverse dependiente de un medicamento, una actividad o una sustancia sin darse cuenta de inmediato, incluso las personas cercanas a alguien con adicción puede demorarse un tiempo en darse cuenta del problema (Aleman & López, 2014).

1.5.1 Tipos de factores de riesgo

Los factores proceden del campo social, individual o de la propia naturaleza, cuya presencia, ausencia, déficit o exceso, hace que una persona se aproxime riesgosamente a tomar contacto con una sustancia adictiva y la consuma (Comisión Nacional para el desarrollo y vida sin drogas, 2002).

Se entiende por factores de riesgo aquellas circunstancias o características personales o ambientales que, combinadas entre sí, podrían resultar predisponentes o facilitadoras para el inicio o mantenimiento del uso y abuso de drogas.

El estudio de los factores de riesgo para el consumo de drogas resulta de especial interés al planificar y desarrollar programas de prevención eficaces basados en la modificación de tales factores. Su análisis e identificación es fundamental, no sólo para determinar los objetivos operativos que deben perseguir estos programas, sino también, las poblaciones, los grupos o los individuos que se encuentran en situaciones de alto riesgo con relación al consumo de drogas y que precisan intervenciones específicas. La ausencia de las referencias de los factores predisponentes y facilitadores no permitiría establecer cuáles son las necesidades y, por tanto, difícilmente, se podrían conocer los aspectos sobre los que intervenir (Plan Municipal de Drogas, 2001).

Entre las conclusiones más importantes aportadas por las investigaciones, se destacan las siguientes:

- a. Existen factores asociados al uso de drogas y factores relacionados con la abstinencia de las mismas. Los factores de riesgo y protección no son extremos; es decir, la ausencia de un factor de riesgo no se considera como un factor de protección ni viceversa.
- b. Estos factores se refieren a dos clases: los relacionados con el individuo (intrapersonales e interpersonales) y los relacionados con el contexto (ambientales).
- c. Cuanto mayor sea la concentración de estos factores mayor será el riesgo o protección.
- d. Existen diferentes factores de riesgo para los diferentes tipos de sustancias.
- e. Los factores de riesgo del inicio del uso de sustancias no tienen por qué coincidir con otras etapas del consumo.
- f. Algunos factores de riesgo tienen una influencia constante a lo largo del desarrollo, mientras que otros agudizan su impacto en determinadas edades.
- g. No todos los factores tienen la misma validez externa.
- h. Los diferentes factores muestran mayor o menor correlación con el uso de drogas dependiendo muchas veces de los instrumentos de medida y los indicadores que se utilizan.
- i. Algunos factores son más remotos, causas relativamente indirectas de la conducta, (aunque no por ello menos importantes). Su efecto se encuentra mediado por otro que se encuentran más próximos al individuo.
- j. Por último, se han encontrado factores de riesgo y protección que son comunes a una amplia variedad de conductas problemáticas o desadaptadas propias de la adolescencia y juventud.

De acuerdo con las investigaciones llevadas a cabo por el National Institute on Drug Abuse de Estados Unidos (2001), los factores de riesgo más importantes son los que afectan al desarrollo temprano de la familia, por ejemplo:

- a) Ambiente familiar caótico, particularmente cuando los padres abusan de alguna sustancia o padecen enfermedades mentales.

b) Paternidad ineficaz, especialmente con niños de temperamentos difíciles y con desórdenes de conducta.

c) Falta de enlaces mutuos y de cariño en la crianza.

Otros factores de riesgo tienen que ver con las relaciones entre los niños y con otros agentes sociales fuera de la familia, especialmente en la escuela, con los compañeros y en la comunidad. Algunos de estos factores son (National Institute on Drug Abuse, 2001):

a) Comportamiento inadecuado de timidez y agresividad.

b) Fracaso escolar.

c) Dificultad en las relaciones sociales.

d) Afiliación con compañeros de conducta desviada.

e) Percepción de aprobación del uso de drogas en el ambiente escolar y social.

Los factores de riesgo y protección se han organizado y clasificado atendiendo a diferentes criterios. La clasificación más tradicional divide los factores de riesgo en dos categorías básicas: individuales y contextuales.

Los factores individuales se refieren a las características de los individuos que determinan una mayor susceptibilidad a las influencias sociales que favorecen el consumo de drogas. Dentro de los factores sociales o contextuales, se diferencia el nivel macro-social y el micro-social. El primer nivel agrupa los factores de riesgo externos del individuo que operan a una escala extensa y alejada del consumo. Se trata de factores de carácter estructural, social, económico y cultural. El nivel micro-social se refiere a los contextos ambientales más inmediatos en los que el sujeto se desenvuelve y participa directamente, sobre todo, la escuela, el grupo de iguales y la familia.

Según la Comisión Nacional para el desarrollo y vida sin drogas (2002), los factores de riesgo son los elementos que proceden del campo social, individual o de la propia naturaleza cuya presencia, ausencia, déficit o exceso hace que una persona se aproxime riesgosamente a tomar contacto con una sustancia adictiva y la consuma.

Asimismo menciona entre los principales factores de riesgo los siguientes:

En el individuo:

a) Dificultad en el manejo de las emociones.

b) Problemas de identidad, falta de límites.

c) Problemas con el autoconcepto y la autoestima.

- d) Falta de asertividad, (incapacidad de expresar ideas, sentimientos, y emociones).
- e) Dificultades para la toma de decisiones frente a la presión de grupo, en donde creen que para ser aceptados por el grupo es necesario hacer todo lo que el grupo diga, aun cuando esto signifique consumir drogas.
- f) Dificultad para postergar situaciones agradables placenteras.
- g) Pobre control de impulsos.
- h) Búsqueda de emociones intensas, sensaciones fuertes.
- i) Experimentación de nuevas emociones para escapar de sus problemas.
- j) Fracaso escolar.
- k) Antecedentes de consumo de alcohol y otras drogas en la familia.
- l) Problemas físicos y/o neurológicos.
- m) Frustraciones ante cualquier situación difícil y baja tolerancia a situaciones de conflicto.
- n) Curiosidad por probar, que se siente consumir drogas.
- o) Aceptación inicial hacia el consumo de drogas.
- p) Visión pesimista de su futuro por la carencia de metas y de un proyecto de vida, deprimiéndose con facilidad.

En la familia:

- a) Incomprensión familiar.
- b) Poca comunicación con los miembros de la familia.
- c) Recibir maltrato físico y psicológico.
- d) Familia muy autoritaria, práctica frecuente de castigo físico y maltrato moral.
- e) Sobreprotección, fuerte dependencia, falta de estímulo a la autonomía.
- f) Vivir en un hogar donde no hay autoridad, ni reglas.
- g) Ausencia de figuras de autoridad (falta de vínculos afectivos), padres permisivos.
- h) Falta de valores.
- i) Ausencia de algún padre.
- j) Expectativas poco reales.
- k) Ausencia de reconocimiento.

En el grupo de pares:

- a) Amigos consumidores.
- b) Presión de grupo
- c) Amigos desertores escolares
- d) Amigos con problemas de adaptación o conflictivos.

En la educación:

- a) Escasa información sobre la problemática de las drogas.
- b) Ausencia de estímulos para la participación y creatividad del alumno.
- c) Déficit de áreas recreativas, deportivas y culturales.
- d) Falta de una política y normativa definida de rechazo a las drogas.
- e) Disponibilidad de drogas dentro o en el entorno del centro de enseñanza.
- f) Modelos inadecuados.
- g) Escasa capacitación del docente en materia de drogas.
- h) Falta de comunicación entre alumno-docente y padres.
- i) Falta de uso creativo del tiempo libre.

En la comunidad:

- a) Falta de organización y participación comunitaria.
- b) Actitud favorable del consumo.
- c) Comunidad permisiva, disponibilidad de las drogas.
- d) Ausencia de solidaridad y espíritu de trabajo.
- e) Desarrollo cultural.
- f) Carencia de líderes.
- g) Ambiente de violencia y maltrato.

En la sociedad:

- a) Falta de oportunidades educativas
- b) Ausencia de políticas y programas.
- c) Empobrecimiento.
- d) Crisis de valores.
- e) Desempleo.
- f) Presencia de redes de producción y distribución de drogas.
- g) Exclusión social.

- h) Comercialización de sustancias ilícitas que hace posible la obtención fácil de las drogas y a bajo costo.
- i) Los medios de comunicación como la televisión y la radio que promocionan el uso de drogas.
- j) Sociedad de consumo, se reconoce el dinero como la única fuente de bienestar.
- k) No se reconocen valores, el ser humano es considerado un objeto.
- l) Mitos y creencias en relación al uso de drogas (que alegría brindemos, por ellas aunque mal paguen, solo los machos toman)

En lo laboral:

- a) Conflictos laborales.
- b) Inestabilidad en el puesto de trabajo.
- c) Ambiente de gran competitividad.
- d) Presencia de consumidores dentro del trabajo.
- e) Presión de compañeros de trabajo.
- f) Tolerancia en el centro de trabajo hacia los consumos de drogas.
- g) Accesibilidad a determinadas drogas.

1.5.2 Factores protectores

Son los factores personales, familiares y sociales que protegen al individuo del consumo de sustancias psicoactivas y que le permitirán enfrentar exitosamente los problemas, haciendo más difícil su aparición. Los factores protectores (Comisión Nacional para el desarrollo y vida sin drogas, 2002), se detallan a continuación:

Individuales:

- a) Tener adecuada autoestima y autocontrol en el manejo de emociones.
- b) Adecuada capacidad para comunicarse.
- c) Capacidad para postergar gratificaciones.
- d) Tener expectativas reales, tener un proyecto de vida, una actitud positiva frente a la vida y tener autodisciplina.
- e) Capacidad para manejar la presión de grupo y para tomar decisiones.
- f) Ser eficaz en el trabajo, juegos y relaciones (asertividad).

- g) Tolerante y solidario en sus relaciones con las personas especialmente en la familia, comunidad y sociedad.
- h) Habilidad para resolver problemas.
- i) Pensamiento autónomo y crítico.
- j) Valores espirituales.
- k) Capacidad para el disfrute de la vida.
- l) Cuidado de la salud.
- m) Éxito educativo.
- n) Compromiso personal de no consumir.

Familiares:

- a) Familia integrada y funcional que proporcione un ambiente propicio para el crecimiento y desarrollo.
- b) Familia en que todos los miembros se apoyan mutuamente para los logros tanto personales como familiares.
- c) Participación en las actividades y responsabilidades del hogar.
- d) Capacidad de resistir las influencias negativas del medio.
- e) Disciplina, límites claros y precisos, normas que todos comparten.
- f) Comunicación abierta.
- g) Ambiente de armonía y afecto.
- h) Existencia de valores positivos.
- i) Reconocimiento de logros.
- j) Necesidades básicas cubiertas.

Grupo de amigos:

- a) Amigos que rechazan las drogas.
- b) Están insertados en el sistema educativo.
- c) Con valores sólidos y con metas claras.
- d) Uso productivo y racional del tiempo.
- e) Diversiones sanas.

Educativos:

- a) Presencia de estímulos que permitan una adecuada participación y desarrollo de los alumnos.

- b) Fomentar la creatividad y potencializar los recursos personales, capacidades y habilidades.
 - c) Metodología participativa que contribuya a que el educando participe activamente en el entorno y aprenda a organizar y dar sentido a su tiempo.
 - d) Promoción de la solidaridad e integración.
 - e) Políticas consistentes con relación al consumo de drogas
 - f) Toma de decisiones responsables.
 - g) Formación del docente en prevención.
 - h) Buen nivel académico y valorativo.
 - i) Refuerzo de valores positivos.
 - j) Reconocimiento de los logros.
 - k) Méritos y ayuda mutua.
 - l) Educadores como modelos adecuados.
 - m) Establecer una línea de autoridad horizontal, de respeto mutuo.
 - n) Desalentar los vínculos negativos.
 - o) Áreas alternativas; culturales, deportivas, sociales, clubes.
- Comunitarios:
- a) Organización y participación comunitaria.
 - b) Actitud crítica frente al consumo de sustancias psicoactivas.
 - c) Solidaridad.
 - d) Espíritu de trabajo.
 - e) Escasa disponibilidad de drogas.
 - f) Jóvenes incorporados al sistema educativo.
 - g) Presencia de líderes positivos.
 - h) Promoción de valores culturales.
 - i) Ambiente de seguridad.
 - j) Áreas de recreación y deporte.
 - k) Red de apoyo local.
- Sociales:
- a) Existencia de políticas y programas de prevención.
 - b) Red de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales.

- c) Existencia de oportunidades de estudio y empleo.
- d) Promoción del desarrollo humano y social.
- e) Activar grupos juveniles.
- f) Promoción de actividades deportivas o comunitarias.
- g) Control de los medios de comunicación en lo referente al exceso de propagandas alusivas al consumo de drogas.
- h) Comunidad organizada en actividades de prevención del consumo de drogas.
- i) Disminuir el acceso físico y social a las drogas.
- j) Incorporar hábitos saludables y un discurso alternativo al consumo de drogas.

Laborales:

- a) Adecuado ritmo de trabajo.
- b) Proyección del futuro.
- c) Promoción laboral.
- d) Entrenamiento en habilidades.
- e) Promoción de valores.
- f) Promoción de la salud.
- g) Integración del individuo en la organización.
- h) Limitada oferta de drogas legales.

1.6 Trastornos relacionados con sustancias

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales, DSM-V clasifica los trastornos relacionados con sustancias en diez tipos de drogas:

...alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos (con categorías separadas para la fenciclidina y otros alucinógenos), inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes (sustancia anfetamínica, la cocaína y otros estimulantes), tabaco y otras sustancias (o sustancias desconocidas). Estas diez clases no son radicalmente distintas entre sí. Cualquier droga consumida en exceso provoca una activación directa del sistema de recompensa del cerebro que participa en el refuerzo de los comportamientos y la producción de recuerdos. Provocan una activación tan intensa del sistema de recompensa que se ignoran las actividades normales.

Los trastornos relacionados con sustancias se dividen en dos grupos: los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos inducidos por sustancias. Las siguientes afecciones se pueden clasificar como inducidas por sustancias: intoxicación, abstinencia y otros trastornos mentales inducidos por una sustancia o medicamento (trastornos psicóticos, trastorno bipolar y trastornos relacionados, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados, trastornos del sueño, disfunciones sexuales, síndrome confusional y trastornos neurocognitivos).

El DSM-V no incluye la palabra adicción no lo utiliza como término diagnóstico en la clasificación, aunque sea de uso habitual en muchos países para describir problemas graves relacionados con el consumo compulsivo y habitual de sustancias. Se utiliza la expresión más neutra trastorno por consumo de sustancias para describir el amplio abanico de un trastorno, desde un estado leve a uno grave de consumo compulsivo y continuamente recidivante.

1.6.1 Trastorno por consumo de alcohol

Un modelo problemático de consumo de alcohol que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

- A. Se consume alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
- B. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol.
- C. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
- D. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol.
- E. Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
- F. Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol.

- G. El consumo de alcohol provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
- H. Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
- I. Se continúa con el consumo de alcohol a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el alcohol.
- J. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol.
- K. Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Presencia del síndrome de abstinencia característico del alcohol.
 - b. Se consume alcohol (o alguna sustancia muy similar, como una benzodiacepina para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

1.6.2 Intoxicación por alcohol

- A. Ingesta reciente de alcohol.
- B. Comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos (p. ej. comportamiento sexual inapropiado o agresivo, cambios de humor, juicio alterado) que aparecen durante o poco después de la ingestión de alcohol.
- C. Uno (o más) de los signos o síntomas siguientes que aparecen durante o poco después del consumo de alcohol:
 - a) Habla pastosa.
 - b) Incoordinación.
 - c) Marcha insegura.
 - d) Nistagmo. (El nistagmo es un movimiento involuntario e incontrolable de los ojos. El movimiento puede ser horizontal, vertical, rotatorio, oblicuo o una combinación de estos) (Consuegra, 2010).
 - e) Alteración de la atención o de la memoria.

f) Estupor o coma.

D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica y no se pueden explicar mejor por otro trastorno mental, incluida una intoxicación con otra sustancia.

1.6.3 Trastorno por consumo de cannabis (Marihuana)

Un modelo problemático de consumo de cannabis que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

- A. Se consume cannabis con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
- B. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de cannabis.
- C. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir cannabis, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
- D. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir cannabis.
- E. Consumo recurrente de cannabis que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
- F. Consumo continuado de cannabis a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del mismo.
- G. El consumo de cannabis provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
- H. Consumo recurrente de cannabis en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
- I. Se continúa con el consumo de cannabis a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el mismo.
- J. Tolerancia, definida por alguno de los signos siguientes:
 - a. Una necesidad de cantidades cada vez mayores de cannabis para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.

- b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de cannabis.
- K. Abstinencia, manifestada por alguno de los signos siguientes:
 - a. Presencia del síndrome de abstinencia característico del cannabis.
 - b. Se consume cannabis (o alguna sustancia similar) para aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia.

1.6.4 Intoxicación por cannabis

- A. Consumo reciente de cannabis.
- B. Comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos (p. ej. descoordinación motora, euforia, ansiedad, sensación de paso lento del tiempo, alteración del juicio, aislamiento social) que aparecen durante o poco después del consumo de cannabis.
- C. Dos (o más) de los signos o síntomas siguientes que aparecen en el plazo de dos horas tras el consumo de cannabis:
 - a) Inyección conjuntival (ojo rojo).
 - b) Aumento del apetito.
 - c) Boca seca.
 - d) Taquicardia.
- D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluido una intoxicación con otra sustancia.

1.6.5 Trastorno por consumo de fenciclidina

Un modelo de consumo de fenciclidina (o una sustancia farmacológicamente similar) que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

- A. Se consume fenciclidina con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
- B. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de fenciclidina.

- C. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir fenciclidina, consumirla o recuperarse de sus efectos.
- D. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir fenciclidina.
- E. Consumo recurrente de fenciclidina que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar (p. ej. ausencias repetidas del trabajo o bajo rendimiento escolar relacionados con el consumo de fenciclidina; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la fenciclidina; desatención de los niños o del hogar).
- F. Consumo continuado de fenciclidina a pesar de sufrir problemas persistentes o recurrentes de tipo social o interpersonal, provocados o exacerbados por sus efectos (p. ej. discusiones con un cónyuge sobre las consecuencias de la intoxicación, enfrentamientos físicos).
- G. El consumo de fenciclidina provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
- H. Consumo recurrente de fenciclidina en situaciones en las que es físicamente peligroso (p. ej. cuando se conduce un automóvil o se maneja maquinaria estando incapacitado por una fenciclidina).
- I. Se continúa con el consumo de fenciclidina a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente, probablemente causado o exacerbado por ella.
- J. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de fenciclidina para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de fenciclidina.
- K. No se han establecido los síntomas y signos de abstinencia de las fenciclidinas, por lo que este criterio no se aplica. (Se ha descrito la abstinencia de fenciclidina en los animales, pero no se ha documentado en seres humanos.)
La fenciclidina (contracción del nombre químico fenilciclohexilpiperidina), conocida por su abreviatura del inglés, PCP, es una droga disociativa usada como

agente anestésico que posee efectos alucinógenos y neurotóxicos. Se le conoce comúnmente como Polvo de ángel, Hierba mala o Píldora de la paz.

1.6.6 Trastorno por consumo de otros alucinógenos

Un modelo problemático de consumo de alucinógenos (distintos de la fenciclidina) que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

- A. Se consume algún alucinógeno con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
- B. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alucinógenos.
- C. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir el alucinógeno, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
- D. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir un alucinógeno.
- E. Consumo recurrente de un alucinógeno que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar (p. ej. ausencias repetidas del trabajo o bajo rendimiento escolar relacionados con el consumo del alucinógeno; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con el alucinógeno; desatención de los niños o del hogar).
- F. Consumo continuado de algún alucinógeno a pesar de sufrir problemas persistentes o recurrentes de tipo social o interpersonal, provocados o agravados por sus efectos (ej. discusiones con un cónyuge sobre las consecuencias de la intoxicación, enfrentamientos físicos).
- G. El consumo del alucinógeno provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
- H. Consumo recurrente de alucinógenos en situaciones en las que es físicamente peligroso (p. ej. cuando se conduce un automóvil o se maneja maquinaria estando incapacitado por un alucinógeno).
- I. Se continúa con el consumo de alucinógenos a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el mismo.

- J. Tolerancia, definida por alguno de los hechos siguientes:
- a. Una necesidad de cantidades cada vez mayores de alucinógeno para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alucinógeno

1.6.7 Intoxicación por fenciclidina

- A. Consumo reciente de fenciclidina (o una sustancia farmacológicamente similar).
- B. Cambios de comportamiento problemáticos clínicamente significativos (p. ej. belicosidad, agresividad, impulsividad, imprevisibilidad, agitación psicomotora, juicio alterado) que aparecen durante o poco después del consumo de fenciclidina.
- C. Dos (o más) de los signos o síntomas siguientes que aparecen en el plazo de una hora:

Si la droga se fuma, se esnifa o se administra por vía intravenosa, el inicio puede ser especialmente rápido.

- a) Nistagmo vertical u horizontal.
 - b) Hipertensión o taquicardia.
 - c) Entumecimiento o reducción de la respuesta al dolor.
 - d) Ataxia.
 - e) Disartria.
 - f) Rigidez muscular.
 - g) Convulsiones o coma.
 - h) Hiperacusia (es un síndrome que convierte los sonidos cotidianos del ambiente en dolorosos) (Consuegra, 2010).
- E. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluido una intoxicación con otra sustancia.

1.6.7 Intoxicación por otro alucinógeno

- A. Consumo reciente de un alucinógeno (distinto de la fenciclidina).

- B. Comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos (p. ej. ansiedad o depresión notables, ideas de referencia, miedo a “perder la cabeza”, ideas paranoides, juicio alterado) que aparecen durante o poco después del consumo del alucinógeno.
- C. Cambios en la percepción que suceden estando plenamente despierto y alerta (p. ej. intensificación subjetiva de las percepciones, despersonalización, pérdida de contacto con la realidad, ilusiones, alucinaciones, sinestesias) que aparecen durante o poco después del consumo de alucinógenos.
- D. Dos (o más) de los signos siguientes que aparecen durante o poco después de consumir el alucinógeno:
 - a) Dilatación pupilar.
 - b) Taquicardia.
 - c) Sudoración.
 - d) Palpitaciones.
 - e) Visión borrosa.
 - f) Temblores.
 - g) Incoordinación.
- E. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluido una intoxicación con otra sustancia.

1.6.8 Trastornos relacionados con los inhalantes. Trastorno por consumo de inhalantes
Un modelo problemático de consumo de una sustancia inhalante a base de hidrocarburos que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al, menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

- A. Se consume un inhalante con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
- B. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo del inhalante.
- C. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir el inhalante, consumirlo o recuperarse de sus efectos.

- D. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir un inhalante.
- E. Consumo recurrente de un inhalante que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
- F. Consumo continuado de un inhalante a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos de su consumo.
- G. El consumo del inhalante provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
- H. Consumo recurrente de un inhalante en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
- I. Se continúa con el consumo del inhalante a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por esa sustancia.
- J. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Una necesidad de cantidades cada vez mayores de inhalante para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de inhalante.

1.6.9 Intoxicación por inhalantes

- A. Exposición reciente y breve, intencionada o no, a sustancias inhalantes, incluidos hidrocarburos volátiles como el tolueno o la gasolina.
- B. Comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos (p. ej. belicosidad, agresividad, apatía, juicio alterado) que aparecen durante o poco después del consumo de inhalantes.
- C. Dos (o más) de los signos o síntomas siguientes que aparecen durante o poco después del consumo del inhalante:
 - a) Mareos.
 - b) Nistagmo.
 - c) Incoordinación.
 - d) Habla pastosa.

- e) Marcha insegura.
- f) Aletargamiento.
- g) Reducción de reflejos.
- h) Retraso psicomotor.
- i) Temblores.
- j) Debilidad muscular generalizada.
- k) Visión borrosa o diplopía.
- l) Estupor o coma.
- m) Euforia.

D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluido una intoxicación con otra sustancia.

1.6.10 Trastornos relacionados con los opiáceos, Trastorno por consumo de opiáceos
Un modelo problemático de consumo de opiáceos que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

- A. Se consumen opiáceos con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
- B. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de opiáceos.
- C. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir opiáceos, consumirlos o recuperarse de sus efectos.
- D. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir opiáceos.
- E. Consumo recurrente de opiáceos que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
- F. Consumo continuado de opiáceos a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por sus efectos.
- G. El consumo de opiáceos provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.

- H. Consumo recurrente de opiáceos en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
- I. Se continúa con el consumo de opiáceos a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por ellos.
- J. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de opiáceos para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de un opiáceo. (No se considera que se cumple este criterio en aquellos individuos que sólo toman opiáceos bajo supervisión médica adecuada).
- K. Abstinencia, manifestada por alguno de los hechos siguientes:
 - a. Presencia del síndrome de abstinencia característico de los opiáceos.
 - b. Se consumen opiáceos (o alguna sustancia similar) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia. (No se considera que se cumple este criterio en aquellos individuos que sólo toman opiáceos bajo supervisión médica adecuada).

1.6.11 Intoxicación por opiáceos

- A. Consumo reciente de un opiáceo.
- B. Comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos (p. ej. euforia inicial seguida de apatía, disforia, agitación o retraso psicomotores, juicio alterado) que aparecen durante o poco después del consumo de opiáceos.
- C. Contracción pupilar (o dilatación debida a una anoxia en caso de sobredosis grave) y uno (o más) de los signos o síntomas siguientes, que aparecen durante o poco después del consumo de opiáceos:
 - a) Somnolencia o coma.
 - b) Habla pastosa.

c) Deterioro de la atención o de la memoria.

Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluido una intoxicación con otra sustancia.

1.6.12 Trastornos relacionados con los estimulantes. Trastorno por consumo de estimulantes

Un modelo de consumo de sustancias anfetamínicas, cocaína u otros estimulantes que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

- A. Se consume el estimulante con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
- B. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de estimulantes.
- C. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir el estimulante, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
- D. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir estimulantes.
- E. Consumo recurrente de estimulantes que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
- F. Consumo continuado de estimulantes a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por sus efectos.
- G. El consumo de estimulantes provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
- H. Consumo recurrente de estimulantes en situaciones en las que provocan un riesgo físico.
- I. Se continúa con el consumo de estimulantes a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por ellos.
- J. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:

a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de estimulantes para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.

b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de un estimulante. (No se considera que se cumple este criterio en aquellos individuos que sólo toman estimulantes bajo supervisión médica adecuada, como por ejemplo un tratamiento para un trastorno de hiperactividad con déficit de atención o narcolepsia).

K. Abstinencia, manifestada por alguno de los hechos siguientes:

a. Presencia del síndrome de abstinencia característico de los estimulantes.

b. Se consume el estimulante (o alguna sustancia similar) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia. (No se considera que se cumpla este criterio en aquellos individuos que sólo toman estimulantes bajo supervisión médica adecuada, como por ejemplo un tratamiento para un trastorno de hiperactividad con déficit de atención o narcolepsia).

1.6.13 Intoxicación por estimulantes

A. Consumo reciente de una sustancia anfetamínica, cocaína u otro estimulante.

B. Comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos (p. ej. euforia o embotamiento afectivo, cambios en la sociabilidad, hipervigilancia, sensibilidad interpersonal, ansiedad, tensión o rabia; comportamientos estereotípicos, juicio alterado) que aparecen durante o poco después del consumo de un estimulante.

C. Dos (o más) de los signos o síntomas siguientes que aparecen durante o poco después del consumo de un estimulante:

a) Taquicardia o bradicardia.

b) Dilatación pupilar.

c) Tensión arterial elevada o reducida.

d) Sudoración o escalofríos.

e) Náuseas o vómitos.

f) Pérdida de peso.

g) Agitación o retraso psicomotores.

h) Debilidad muscular, depresión respiratoria, dolor torácico o arritmias cardíacas.

i) Confusión, convulsiones, discinesias, distonías o coma.

D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluido una intoxicación con otra sustancia.

Especificar la sustancia específica (es decir, sustancia anfetamínica, cocaína u otro estimulante).

1.6.14 Trastornos relacionados con el tabaco. Trastorno por consumo de tabaco con modelo problemático de consumo de tabaco que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

- a. Se consume tabaco con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
- b. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de tabaco.
- c. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir tabaco o consumirlo.
- d. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir tabaco.
- e. Consumo recurrente de tabaco que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar (p. ej. interferencia con el trabajo).
- f. Consumo continuado de tabaco a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del tabaco (p. ej., discusiones con otros sobre el consumo de tabaco).
- g. El consumo de tabaco provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
- h. Consumo recurrente de tabaco en situaciones en las que provoca un riesgo físico (p. ej. fumar en la cama).

- i. Se continúa con el consumo de tabaco a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el tabaco.
- j. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
 - i. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de tabaco para conseguir el efecto deseado.
 - ii. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de tabaco.
- k. Abstinencia, manifestada por alguno de los hechos siguientes:
 - i. Presencia del síndrome de abstinencia característico del tabaco
 - ii. Se consume tabaco (o alguna sustancia similar, como la nicotina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

1.7 Trastornos Mentales

1.7.1 Trastorno depresivo mayor

La depresión es una enfermedad común pero grave y la mayor parte de quienes la padecen necesitan tratamiento para mejorar.

...Cuando una persona tiene un trastorno depresivo, este interfiere con la vida diaria y el desempeño normal y causa dolor tanto para quien padece el trastorno como para quienes se preocupan por él o ella (Instituto Nacional de Salud Mental, 2009).

El término depresión cubre una variedad de cambios en los estados de ánimo negativos y en la conducta. Algunas fluctuaciones en el estado de ánimo son normales y otras coinciden con la definición de los problemas clínicos. El cambio de estado de ánimo puede ser temporal o duradero. Puede abarcar desde un sentimiento de melancolía relativamente menor hasta una visión profundamente negativa del mundo y una incapacidad para funcionar en forma eficaz.

Síntomas

- Sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad, o vacío
- Sentimientos de desesperanza y/o pesimismo
- Sentimientos de culpa, inutilidad, y/o impotencia

- Irritabilidad, inquietud
- Pérdida de interés en las actividades o pasatiempos que antes disfrutaba, incluso las relaciones sexuales
- Fatiga y falta de energía
- Dificultad para concentrarse, recordar detalles, y para tomar decisiones
- Insomnio, despertar muy temprano, o dormir demasiado
- Comer excesivamente o perder el apetito
- Pensamientos suicidas o intentos de suicidio
- Dolores y malestares persistentes, dolores de cabeza, cólicos, o problemas digestivos que no se alivian incluso con tratamiento.

1.7.2 Trastorno bipolar

El trastorno bipolar, conocido con frecuencia en el pasado como enfermedad maniaco-depresiva

... es una enfermedad mental que incluye episodios de manía y depresión. Las personas afectadas por este trastorno, por lo regular experimentan cambios de estado de ánimo de estar “elevados” (y a menudo irritables) a tristes y desesperados y nuevamente a estar elevados, con periodos intermedios de estados de ánimos normales a casi normales (Sarason & Sarason, 2006).

Estados de ánimo observados en el trastorno bipolar

Manía, episodios caracterizados por un estado de ánimo anormal o persistentemente elevado, expansivo o irritable, que incluye por lo menos tres de los siguientes síntomas: autoestima exagerada o grandiosidad, reducción del sueño, verborreico, fuga de ideas, distraibilidad, aumento de las actividades dirigidas a una meta, participación excesiva en actividades placenteras.

Hipomanía, estado levemente elevado que puede no ser reconocido como disfuncional por el paciente y en ocasiones tampoco por otros.

Depresión, estado en el que la persona experimenta menor interés, energía y capacidad para experimentar placer y en ocasiones pesimismo profundo, desesperación, irritabilidad, enojo y ansiedad. Con frecuencia la actividad mental es más lenta, aparece sensación de fatiga, insomnio y pérdida del apetito.

Manía mixta, condición que afecta a alrededor de 40% de los pacientes bipolares, en la que la manía o hipomanía se presentan simultáneamente con síntomas depresivos. Ciclotimia, cambios de estado de ánimo entre la hipomanía y depresión menos severa. A menudo, con el paso del tiempo, se convierte en una enfermedad bipolar más severa.

Ciclos rápidos, condición que afecta a 20% de los pacientes bipolares. Se caracteriza por cuatro o más episodios en los últimos 12 meses de depresión, manía o hipomanía, con intervalos entre cada uno caracterizados por periodos de estados de ánimo relativamente normales o que representan un cambio dramático de la manía a la depresión o viceversa.

1.7.3 Trastorno de angustia (pánico)

Se le ha dado su nombre a un trastorno que se identifica por un terror repentino, sobrecogedor y aparentemente sin sentido.

La crisis de pánico puede presentarse sin ninguna advertencia y es una condición crónica y debilitante. El término crisis de pánico denota el abrupto surgimiento de una intensa ansiedad que aumenta al máximo, que se desencadena por la presencia de estímulos particulares o pensamientos acerca de ellos, o que ocurre sin señales claras y es espontáneo e impredecible. En el primer caso, las personas que experimentan pánico a menudo padecen de miedos fóbicos que son evocados por los estímulos. Las personas que sufren crisis de pánico cuando estos estímulos no están presentes generalmente no sufren de fobias. Algunos eventos estresantes de la vida, como un nuevo trabajo, el matrimonio o cambiarse de casa pueden desencadenar una crisis de pánico. En el trastorno de angustia, existe un intenso miedo a sufrir otra crisis (Sarason & Sarason, 2006).

Características clínicas de las crisis de pánico

- Falta de aliento o sensación de asfixia
- Mareos, inestabilidad o debilidad
- Temblores o sudoración
- Palpitaciones cardíacas o ritmo cardíaco acelerado
- Náuseas, sofocamiento o dolores estomacales

- Entumecimiento o cosquilleo; bochorno o escalofrío
- Dolor o molestias en el pecho
- Sentimiento de “rareza”, de sentirse distante de uno mismo o de los alrededores
- Miedo a enloquecer, perder el control o morir

1.7.4 Agorafobia

Trastorno de ansiedad caracterizado por la aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil o embarazoso, o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda.

Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa, mezclarse con la gente, pasar por un puente, viajar en bus o en carro. La persona evita estas situaciones (p. e. se limita el número de viajes), se resiste a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas (Consuegra, 2010).

1.7.5 Fobia social

La fobia social se caracteriza por el miedo y la vergüenza al tratar con otras personas.

Con frecuencia, el mayor temor del individuo es que las personas con quienes tiene contacto detecten las señales de ansiedad, como sonrojarse, el temblor de las manos y la voz entrecortada. El miedo a hablar y comer en público son características frecuentes en los individuos que padecen fobia social. Estos problemas muchas veces comienzan en los últimos años de la niñez y los primeros de la adolescencia y muchos se cristalizan en una fobia al final de la adolescencia (Sarason & Sarason, 2006).

Según (Sarason & Sarason, 2006) existen dos tipos de situaciones que activan la fobia social y las preocupaciones fóbicas:

Situaciones sociales

- Conocer a alguien
- Asistir a reuniones sociales (por ejemplo, fiestas o bodas)

- Invitar a salir a alguien
- Conversar por teléfono
- Tratar con figuras de autoridad (por ejemplo, un jefe o maestro)
- Devolver artículos a una tienda
- Hacer contacto visual con personas desconocidas

Situaciones de desempeño

- Hablar en público
- Actuar en público (por ejemplo, tocar un instrumento musical)
- Comer en público
- Orinar en un baño público
- Escribir en público
- Preocupaciones estimuladas por situaciones que activan las fobias
- Provocar una mala impresión o ser evaluado negativamente por otros
- Decir o hacer algo humillante o vergonzoso
- Experimentar temblores en la mano cuando se escribe frente a otros
- Decir cosas tontas
- Ruborizarse o mostrar otros signos de ansiedad que otros puedan notar
- Olvidar lo que se va a decir cuando se habla frente a otros

1.7.6 Trastorno obsesivo compulsivo

El trastorno obsesivo-compulsivo distingue obsesiones de compulsiones en función de si se trata de pensamientos, ideas o imágenes (obsesiones) o actos (compulsiones) (Organización Mundial de la Salud, 1993).

Las personas con conducta obsesiva son incapaces de quitarse la idea de su mente (por ejemplo, están preocupados por pensamientos sexuales, agresivos o religiosos). Las personas con conducta compulsiva se sienten obligadas a realizar actos particulares o series de actos una y otra vez (por ejemplo, lavarse las manos en repetidas ocasiones o pisar las líneas del pavimento). Las obsesiones generalmente incluyen duda, titubeo, miedo a la contaminación o miedo a la agresión propia. Las formas más comunes de la conducta compulsiva son contar, ordenar, revisar, tocar y lavar. Algunas personas que padecen el trastorno obsesivo-compulsivo desarrollan

rituales netamente mentales. Por ejemplo, para protegerse de un pensamiento obsesivo o impulso, pueden recitar una serie de palabras o números mágicos (Sarason & Sarason, 2006).

Las características más comunes del trastorno obsesivo-compulsivo son las siguientes:

- La obsesión o compulsión penetra con insistencia y persistencia en la conciencia del individuo.
- Un sentimiento de pavor ansioso ocurre si por alguna razón se rechaza el pensamiento o acto.
- Se experimenta la obsesión o compulsión como algo extraño a uno mismo, pero es inaceptable e incontrolable.
- El individuo reconoce lo absurdo e irracional de la obsesión o compulsión.
- El individuo siente la necesidad de repelerlas.

1.7.7 Trastorno por estrés postraumático

El trastorno por estrés postraumático, el evento que desató el estrés está fuera del rango de la experiencia común (por ejemplo, estar involucrado o haber observado un accidente de auto leve no son experiencias fuera de lo común).

El trastorno por estrés postraumático incluye una experiencia extrema, como la guerra, una catástrofe natural (por ejemplo un terremoto), agresión física o un choque serio. Los traumas van desde los que se experimentan directamente (por ejemplo, ser amenazado de muerte) a aquellos que se viven en calidad de testigo (por ejemplo, que un familiar sea amenazado de muerte). La aparición de la condición clínica en los trastornos postraumáticos varía desde poco después del trauma hasta mucho después de que ha ocurrido (Sarason & Sarason, 2006).

Criterios para diagnosticar el trastorno por estrés postraumático

- Exposición a un evento traumático que incluyó una amenaza de muerte real o una herida seria, o una amenaza a la integridad física propia o de otros.
- Respuesta al evento que incluye miedo intenso, impotencia o terror.
- Experimentar con persistencia el evento traumático en forma de pensamientos o sueños recurrentes y angustiantes, o comportarse o sentir como si dicho evento

mismo estuviera reproduciéndose, o reactividad intensa psicológica o fisiológica cuando se está expuesto a señales que simbolizan o se parecen al evento.

- Rechazar persistentemente el estímulo asociado con el trauma, así como el aturdimiento de la respuesta general.
- Síntomas persistentes de activación aumentada como hipervigilancia, irritabilidad, insomnio, dificultad para concentrarse, y sobresaltos exagerados que no estaban presentes antes de sufrir el trauma.
- Síntomas con duración de más de un mes que causan aflicción o discapacidad (por ejemplo, en las esferas de las relaciones interpersonales y el trabajo).

1.7.8 Trastornos psicóticos

Las personas en estado psicótico tienen dificultad para pensar de forma racional y organizada.

Un trastorno psicótico se define por alteraciones de la percepción, el pensamiento o la conciencia, alteraciones que son denominadas alucinaciones o delirios. Alguien que hace inferencias incorrectas acerca de la realidad con base en estas alteraciones, y cree que son reales, padece un trastorno psicótico. Además, los síntomas de los trastornos psicóticos pueden incluir conducta y lenguaje desorganizados. Los síntomas psicóticos muchas veces producen la clase de conductas que antiguamente se denominaban locura o demencia (Sarason & Sarason, 2006).

1.7.9 Anorexia nerviosa

Trastorno del comportamiento alimenticio llevan el deseo de estar delgadas al extremo y desarrollan un temor intenso de volverse obesas que las conduce a hacer dieta hasta el punto de la demacración (Halgin & Krauss, 2003).

Las personas tienen una imagen corporal distorsionada que los hace verse con sobrepeso aun cuando ya estén peligrosamente delgados. Muchas veces se rehúsan a comer, hacen ejercicio de forma compulsiva y desarrollan hábitos poco usuales (tales como rechazar alimentarse frente de los demás). Los anoréxicos pierden grandes cantidades de peso y pueden incluso dejar de comer hasta morir (Sarason & Sarason, 2006).

Debido al inmenso temor por ganar peso, estas personas dejan de comer, hacen mucho ejercicio e incluso recurren a purgantes o vómitos inducidos para no asimilar los alimentos ingeridos.

Los individuos con anorexia concentran su vida en torno a la comida; son personas que viven ofuscadas por la comida, por la cantidad de calorías ingeridas, por su peso y por su físico. A pesar que la definición literal dice que la anorexia es una pérdida de apetito, a las personas con anorexia sí les da hambre. Ésta se manifiesta en dolores de cabeza, decaimiento o fatiga, entre otros, por igual en todas las personas. Sin embargo, para estas personas la palabra hambre, no está asociada con los síntomas físicos del hambre. En ocasiones pueden presentar comorbilidad, es decir, pueden desarrollar otras enfermedades psiquiátricas al tiempo, como un trastorno de ansiedad o un trastorno afectivo. La autoestima de las personas anoréxicas es muy baja; el concepto que tienen de sí mismas depende mucho de la opinión de los demás, aunque llega un momento en el desarrollo de la enfermedad en el que comienzan a aislarse socialmente, pues sienten vergüenza de sí mismas y de su cuerpo. A medida que la enfermedad avanza, estas personas se tornan depresivas, irritables y muestran fluctuaciones drásticas en su estado de ánimo. (Consuegra, 2010).

1.7.10 Bulimia nerviosa

Las personas comen cantidades excesivas de alimento, para después purgar sus cuerpos de la comida y las calorías a las que temen mediante el uso de laxantes, enemas o diuréticos, inducción del vómito y/o ejercicio, conducta que muchas veces mantienen en secreto; además, se sienten disgustadas mientras comen, aunque después sienten alivio a su tensión y emociones negativas una vez que sus estómagos están nuevamente vacíos (Sarason & Sarason, 2006).

1.7.11 Trastorno de ansiedad generalizada

Trastorno caracterizado por la presencia de ansiedad y preocupación excesiva (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de seis meses.

Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación. Su ansiedad y preocupación se asocian a síntomas como: inquietud o impaciencia, fatigabilidad fácil, dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular, y alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador). La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Consuegra, 2010).

1.7.12 Trastorno de personalidad antisocial

El trastorno antisocial de la personalidad se asocia con el crimen, la violencia y la delincuencia que ocurren después de los 15 años de edad.

Este diagnóstico no se da hasta los 18 años; sin embargo, sus características esenciales incluyen un historial continuo y crónico de trastorno de conducta, en el periodo antes de cumplir los 15 años. Después de esta edad, el individuo debe mostrar un patrón dominante que indique el desprecio por los derechos de otros y violaciones a estos derechos. Aunque sus características antisociales puedan haberlo llevado a cometer crímenes, es importante distinguir entre la conducta criminal o agresiva y el trastorno antisocial de la personalidad. Desde el punto de vista de la psicología anormal, las propiedades distintivas de la personalidad antisocial no son tanto los actos que realizan en particular (por ejemplo, robar un banco o hurtar en las tiendas), sino su particular y profundamente arraigado enfoque hacia la vida. Siempre parecen participar en un juego en el cual los otros individuos son piezas para manipular y utilizar, y es este juego lo que lleva a estas personas a meterse en problemas con la ley. En su peor momento, las personas con trastorno antisocial de la personalidad pueden ser crueles, sádicas y violentas. Rara vez muestran ansiedad y no sienten culpa. A pesar de su frecuente violación de los derechos de otros, muchos individuos con este trastorno no tienen antecedentes penales. Un amplio estudio epidemiológico de la comunidad descubrió que más de la mitad de las personas cuyos antecedentes hicieron que se clasificaran como personas con trastorno antisocial de la personalidad no tenían antecedentes importantes de arrestos, a pesar de su conducta antisocial

continua y crónica. Era poco probable encontrar a dichas personas en un escenario clínico tradicional, excepto en circunstancias en las que a ellas mismas les parecía que si buscaban ayuda podrían evitar las consecuencias legales de sus acciones (Sarason & Sarason, 2006).

1.8 Patología Dual

El término de patología dual hace referencia a la coexistencia de un trastorno mental y un trastorno por consumo de drogas.

La coexistencia de ambos trastornos es una realidad entre los pacientes drogodependientes, lo que exige intervenciones que atiendan debidamente a ambos trastornos a su vez. Aunque se acepta ampliamente el término de patología dual para referirnos a la coexistencia de la drogadicción y otra u otras psicopatologías, el término en sentido estricto hace referencia sólo a la concomitancia de dos trastornos, cuando la realidad muestra que pueden darse a la vez una adicción a más de una droga, como también pueden presentarse más de una psicopatología, más apropiado utilizar para referirnos a esta concomitancia de trastornos el término de comorbilidad (Becoña, y otros, 2008).

El uso de drogas está asociado con morbilidad psiquiátrica, este es un asunto común y de gran significación; cuando coexiste cualquier trastorno psiquiátrico con un trastorno por uso de sustancias se habla de patología dual o trastornos concurrentes.

...la coexistencia se podría establecer de dos formas, la primera con una enfermedad psiquiátrica de base y después el establecimiento de la dependencia y la otra forma sería a la inversa, el establecimiento del trastorno psiquiátrico provocado por el consumo de sustancias (Aleman & López, 2014).

Desde un punto de vista histórico hay varios factores que han impedido la valoración de la patología dual (Bobes, Casas, & Gutiérrez, 2011):

- La conceptualización de la adicción como enfermedad mental. De hecho, hasta hace muy poco tiempo se hacía una consideración de esta como problema social, siendo muy reciente su consideración de enfermedad cerebral. Esta consideración se ha apoyado en los avances científicos de las neurociencias, que han revolucionado nuestra comprensión de las conductas adictivas y permiten a través del concepto de

patología dual devolver al campo de la biomedicina el estudio, investigación y tratamiento de estos trastornos psicopatológicos.

- La existencia de redes clínicas separadas, la de salud mental y la de drogodependencia, para tratar a un único enfermo, que presenta “dos enfermedades” y que ha dado lugar al llamado síndrome de la puerta equivocada: el paciente deambula de una a otra de las redes sin encontrar un abordaje integral que diagnostique su patología dual.
- La creencia de que el consumo abusivo de sustancias, por neurotoxicidad, representaba la fase prodrómica de la dependencia o adicción, hecho puesto en cuestión, por estudios tanto epidemiológicos como clínicos.
- El desconocimiento de que el efecto de las sustancias no es el mismo en personas sanas que en sujetos que sufren diferentes trastornos psiquiátricos.
- Confundir o no precisar y diferenciar el diagnóstico de abuso de sustancias con el de dependencia o adicción.
- La no incorporación de los diferentes trastornos de personalidad al diagnóstico de la patología dual.
- Efectuar diagnósticos transversales, la adicción o los otros trastornos psicopatológicos, sin considerar un diagnóstico longitudinal que abarque la totalidad del curso natural de la enfermedad.

Por tanto, uno de los problemas que afectan a la moderna psiquiatría es el diagnóstico, que dificulta entre otros problemas, dar cuenta de la llamada comorbilidad o coexistencia de distintas entidades clínicas y que alcanza probablemente su máxima expresión en Patología Dual.

Un problema y un desafío en el campo de los trastornos mentales y con las actuales categorías diagnósticas, es la necesidad de formular diagnósticos compartidos, pese al estado incipiente de la investigación científica relevante y falta de pruebas objetivas, con lo que emerge así el consenso clínico y en este sentido la Patología Dual desempeña un liderazgo claro (Bobes, Casas, & Gutiérrez, 2011).

A diferencia de muchos diagnósticos médicos, basados en sólidas evidencias etiológicas, pato fisiológicas y con correlatos terapéuticos, en psiquiatría solemos carecer de esta especificidad.

Los estudios epidemiológicos internacionales y el propio NIDA, National Institute on Drug Abuse (2001), de Estados Unidos de América, establecen que al menos seis de cada diez pacientes que consultan por trastornos por uso de sustancias presenta patología dual.

1.9 Evaluación y tratamiento

La exploración psicológica es de gran importancia para el diagnóstico integral del paciente adicto por lo que se debe de dedicar un tiempo a precisar algunos elementos de dicha esfera.

La evaluación contempla las pruebas psicométricas así como el estudio social y de ser necesario, otros estudios más profundos, la precisión detallada de la adicción es el centro del estudio psicológico, pues el fin de esta evaluación es fundamentar la supuesta dependencia que presenta el paciente, o talvez el consumo abusivo sin que haya desarrollado aun la dependencia, la presencia o no de comorbilidad psiquiátrica, la cual incluye la posible presencia de otras adicciones, la evaluación de la personalidad es sumamente importante, pues se trata con personas y no con enfermedades aisladas

El primer objetivo sería precisar la historia del consumo que contempla: enumeración de tipos de sustancias toxicas que suele consumir el paciente, cantidad, frecuencia de consumo, estilos de consumo, medios de sostén de la adicción desde el punto de vista económico y la trascendencia psico-familiar, información referente a la tolerancia, existencia o no de poli consumo, pues las combinaciones de sustancias psicoactivas generan dificultades mayores al incrementarse el potencial toxico de las mismas, la identificación de la vía patógena por la que se estableció la enfermedad, si tiene o no critica de la enfermedad, lo cual guarda una relación importante con la existencia o no de un compromiso con el tratamiento. Indagar sobre las repercusiones de dichos consumos y sobre la salud del sujeto (Aleman & López, 2014).

En la evaluación debe de tenerse en cuenta, al nivel que sea factible, el factor etiológico y patogénético, eventos vitales actuales, síndromes, nosografía, diagnóstico diferencial, etapa evolutiva, repercusión social, complicaciones y actitud ante la toxicomanía. La presencia de comorbilidad psiquiátrica requiere sobre todo, precisar si es resultante del proceso adictivo o si este último es añadidura complicada de una inicial entidad nosológica psicopatológica.

1.9.1 Programas Libres de Drogas (Bobes, Casas, & Gutiérrez, 2011)

...un tratamiento en un PLD es un proceso de duración variable que persigue la mejora y el cambio en su estilo de vida y que comienza por la situación ideal de reconocimiento del problema, del convencimiento de la necesidad de realizar un cambio en el estilo de vida y la aceptación de ayuda externa para mejorar su situación. Su objetivo general es la abstinencia a corto/medio plazo y entre los objetivos específicos destacan: la extinción de la conducta, la prevención del uso de sustancias, la re/estructuración de la situación personal, familiar y social del usuario potenciando el cambio de estilo de vida y el restablecimiento de niveles adecuados de salud.

Fases

- Desintoxicación/Abstinencia supervisada (se trata fundamentalmente la dependencia física).
- Deshabitación psicológica y cambio de estilo de vida (se trata fundamentalmente la dependencia psicológica)
- Re/Inserción (se facilita su adaptación al medio social).

1.9.2 Grupos Familiares

Dirigidos a los familiares de pacientes con el objetivo de conocer y entender los mecanismos adictivos mantenedores de la adicción que se generan entre adictos y familiares, muchas veces estableciéndose fenómenos de co-dependencia.

1.9.3 Unidades de Desintoxicación Hospitalaria

La Abstinencia Supervisada es en general el inicio de todo programa libre de drogas. A veces existen grandes dificultades para realizarla ambulatoriamente múltiples fracasos previos, enfermedades orgánicas y/o psiquiátricas graves concomitantes, ausencia de soporte social, politoxicomanía, posibilidad de síndrome de abstinencia grave, recomendándose su ingreso hospitalario.

1.9.4 Asesoramiento Psicológico

Consiste en colaborar con el paciente en la identificación de las dificultades que interfieren en su proceso de recuperación y ayudarlo a resolver sus conflictos, mejorando su autoestima, cambiando sus mecanismos de afrontamiento. En definitiva, ayudándole a funcionar de una manera no adictiva.

Principios para el tratamiento efectivo del NIDA (National Institute on Drug Abuse, 2001):

- A. No hay un tratamiento único que sea apropiado para todos los individuos.
- B. El tratamiento necesita estar disponible fácilmente.
- C. El tratamiento efectivo atiende a múltiples necesidades del individuo, no sólo a su uso de drogas.
- D. Un plan de tratamiento y de servicios individual debe ser continuamente evaluado y modificado cuando se considere necesario para asegurarse que el plan atiende las necesidades de cambio de la persona.
- E. Permanecer en tratamiento durante un adecuado período de tiempo es crítico para la efectividad del tratamiento.
- F. El asesoramiento psicológico (individual y grupal) y otras terapias conductuales son componentes críticos del tratamiento efectivo para la adicción.
- G. La medicación es un elemento importante del tratamiento para muchos pacientes, especialmente cuando se combina con el asesoramiento psicológico y otras terapias conductuales.
- H. Los individuos adictos o que abusan de drogas que presentan trastornos mentales coexistentes deberían tener tratamiento para ambos trastornos de forma integrada.
- I. La desintoxicación médica es sólo el primer estadio del tratamiento de la adicción y, por sí misma, significa poco en lo que se refiere al uso de drogas a largo plazo.
- J. El tratamiento no necesita ser voluntario para ser efectivo.
- K. El posible uso de drogas durante el tratamiento debe ser monitorizado continuamente.
- L. Los programas de tratamiento deberían incluir evaluación para el VIH/SIDA, hepatitis C y B, tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, así como

asesoramiento psicológico que ayude a los pacientes a modificar o cambiar las conductas que les colocan a sí mismos o a otros en riesgo de infección.

M. La recuperación de la drogadicción puede ser un proceso a largo plazo y, frecuentemente requiere múltiples episodios de tratamiento.

1.9.5 Consejería no directiva

La consejería a la que se hace referencia no significa dar consejos en el sentido estricto de la palabra, la consejería (en el sentido técnico) es un proceso de doble dirección, es una interacción entre dos personas, el consejero y la persona aconsejada.

La persona aconsejada busca al consejero para que le ayude con un problema, el consejero ayuda a las personas a tratar el problema por medio del proceso de consejería.

Se trata de ayudarle a la persona a sentirse menos desamparada. A través de la consejería se pretende apoyar a la persona aconsejada a:

- Tomar conciencia de sí misma aceptando sus debilidades e identificando sus fortalezas.
- Formarse una imagen más clara de los problemas que enfrenta.
- Tomar en cuenta las diferentes opciones de acción y decidir por sí misma qué hacer para cambiar la situación.

De esta manera la consejería ayuda a la persona a desarrollar su autoestima. Confiar en su habilidad de asumir responsabilidad para su vida y tomar decisiones propias sobre su futuro en vez echar la culpa a la situación u otras personas (Alemán y López, 2014).

- Los objetivos principales de la consejería son:
- Identificar fortalezas personales
- Identificar los obstáculos para usar estas fortalezas
- Averiguar qué tipo de persona quiere ser
- Averiguar que puede hacer para mejorar la situación o el problema

1.9.6 Entrevista motivacional

Es una técnica de ayuda que está fundamentada en cuatro principios: expresar empatía, desarrollar la discrepancia, trabajar la resistencia y apoyar el sentido de la autoeficacia.

Es un estilo de interacción directiva, centrada en la persona, encaminada a ayudar a las personas a explorar y resolver sus ambivalencias frente al uso de sustancias y comenzar a hacer cambios positivos, procura generar o aumentar la resistencia para trabajar sobre ellas, animar al consultante a hablar del cambio, elevar la motivación y el compromiso para cambiar (Alemán y López, 2014).

1.9.7 Intervención breve

Se trata de actuaciones poco costosas, cortas en tiempo (10 a 15 minutos), de consejo, realizadas por un no especialista, con una función básicamente informativo educativa y pretendidamente integrables en la práctica clínica cotidiana especialmente en el ámbito de la atención primaria.

La intervención breve es algo más que la práctica de un simple consejo, más o menos inespecífico. En general se ha focalizado en aumentar la conciencia del problema mediante una adecuada identificación e información y aconsejar estrategias específicas adaptadas al sujeto. La intervención breve como proceder terapéutico en la atención primaria de salud es una herramienta de comprobada efectividad en población de riesgo en este nivel de atención (Aleman & López, 2014).

1.9.8 Prevención Integral

El énfasis en el logro de mejores condiciones de calidad de vida para las personas que integran la comunidad, implica la creación de redes interpersonales y sociales de prevención ... la participación de la comunidad desde el diagnóstico hasta la evaluación de las actividades, acciones y proyectos de prevención y la promoción del desarrollo personal. La prevención no es tarea exclusiva de especialistas sino de cada uno de los integrantes de la sociedad (Lubercio & Falcón, 2010).

El enfoque integral de la prevención implica:

- Participar activamente en los distintos niveles de la comunidad promoviendo su desarrollo, a través de la sensibilización y la toma de conciencia.

- Involucrar activamente a la comunidad en el conocimiento de los factores que contribuyen al inicio y desarrollo del consumo indebido de sustancias psicoactivas, sus consecuencias y los mecanismos relevantes para su solución.
- Promover y fortalecer a la comunidad en la generación de los medios para preservación y crecimiento de sus miembros.
- Considerar las pautas culturales particulares que predominan en cada grupo social y en cada localidad.

Según como se concibe y piensa, las personas, las comunidades y la salud, se deriva una determinada actitud frente al fenómeno de las adicciones. Al centrarse en la persona, en su desarrollo y autonomía, el enfoque de prevención integral de las adicciones hace foco en los vínculos que las personas desarrollan con respecto a las sustancias psicoactivas.

2. Materiales y métodos

2.1 Descripción y delimitación de tiempo y espacio

La investigación se realizó en la Ciudad de Jutiapa, departamento de Jutiapa. Incluyendo en la muestra los establecimientos del nivel medio públicos y privados. La duración fue de 11 meses, de febrero a diciembre de 2015.

2.2 Tipo de investigación

La investigación es no experimental, sistemática en la que las variables independientes no se manipulan porque ya han sucedido. Las inferencias sobre las relaciones entre variables se realizan sin intervención o influencias directas y dichas relaciones se observan tal y como se han dado en su contexto natural (Sampieri, 1997). Un diseño transversal, es de prevalencia o vertical ya que es estadístico y demográfico, utilizado en ciencias sociales y de salud.

2.3 Técnicas e instrumentos

Se realizó un estudio documental bibliográfico, elaborando el marco teórico y estado del arte.

Muestreo

La población la conformaron los estudiantes inscritos legalmente en el nivel medio, hasta el 31 de marzo de 2015. La selección de la muestra se realizó a través de un procedimiento probabilístico con la siguiente fórmula para poblaciones finitas:

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q} = \frac{12493 * 1.96^2 * 0.5 * 0.5}{0.05^2 * (12493 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5} = 373$$

En donde:

n	= tamaño de la muestra	N	= total de la población (marzo 2015)
Z _α	= nivel de confianza 1.96 ² (95%)	p	= proporción esperada 50%=0.50
q	= 1 - p (1-0.50 =0.50)	d	= error 5%

El valor n se ajusta por un valor de corrección por población finita:

$$n_1 = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}} = \frac{373}{1 + \frac{373}{12493}} = 362.21$$

El valor se incrementa considerando un ajuste por no respuesta % NR, la forma de ajuste:

$$n_2 = \frac{n_1}{1 - \%NR} = \frac{362.21}{1 - 0.15} = \frac{362.21}{0.85} = 426.13$$

La selección de las unidades muestrales fue bietápica por conglomerados. El universo de selección, marco de la muestra para las unidades primarias de muestreo (clase) lo conformó el listado de establecimientos públicos y privados del nivel básico y diversificado, con carreras y grados.

Unidades de análisis

Clase: conjunto de estudiantes que asisten a cada uno de los grados de nivel medio (1°. a 3°. Básico y 4°. a 6°. Diversificado).

Estudiante: persona legalmente inscrita en el nivel medio.

Se elaboraron listados de establecimientos, con sus carreras y grados, presentes en la ciudad de Jutiapa. Se realizaron entrevistas con los directores presentando la autorización del Ministerio de Educación (Oficio-DAF-DIDEDUC-JUT.No.82-2015 de fecha 4 de marzo de 2015).

Se seleccionó la muestra de conglomerados de forma aleatoria simple, se creó una codificación para el marco de la muestra.

Ejemplo de la codificación de los conglomerados seleccionados.

NIVEL	No. ORDEN	ESTABLECIMIENTO	CARRERA	GRADO
D	12	ITB	BCL	5

Básico o
Diversificado

Siglas del establecimiento, ej.
Instituto Tecnológico Bilingüe

Letras iniciales de la carrera, ej.
Bachillerato en Ciencias y Letras

Primera etapa

Se realizó una encuesta a los estudiantes que integran los conglomerados, con un complemento sobre conductas adictivas no relacionadas con sustancias psicoactivas, acompañadas de un consentimiento informado. (Ver anexos).

El cuestionario utilizado fue el diseñado en la investigación Patología Dual en estudiantes universitarios del municipio de Jutiapa, el cual buscó recabar información sobre: datos socio demográficos, consumo de tabaco, alcohol y drogas, exposición al uso de sustancias, consumo en el entorno familiar y social, percepción acerca del uso de sustancias y de los usuarios. (Ver anexo).

Se realizaron 613 encuestas en 23 conglomerados de 17 establecimientos: 5 públicos y 12 privados. (Ver anexo)

Segunda etapa

Se realizó una entrevista rápida a la muestra total, (Ver anexo) se identificaron 56 estudiantes consumidores, quienes integraron la muestra de la segunda etapa y se les clasificó en el uso, abuso o adicción de tabaco, alcohol y drogas, utilizando los algoritmos de clasificación diseñados. (Ver anexo)

Se procedió a la Entrevista Internacional Neuropsiquiátrica, MINI que es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje del DSM-IV y la CIE-10, la cual tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta. Se aplicó la encuesta para determinar los factores que les vulneran en el uso de sustancias psicoactivas, lícitas e ilícitas, como complemento, el cual buscó establecer los factores parentales, principalmente educación rígida y punitiva, patrones de disciplina, condiciones caóticas como uso de sustancias o trastornos psiquiátricos en la familia; factores socioculturales relacionado con economía, ubicación de vivienda, redes de apoyo y factores psicológicos. (Ver anexo).

3. Presentación de Resultados

3.1 Matriz de Resultados

En esta sección se presentan los resultados obtenidos por cada uno de los objetivos de la investigación.

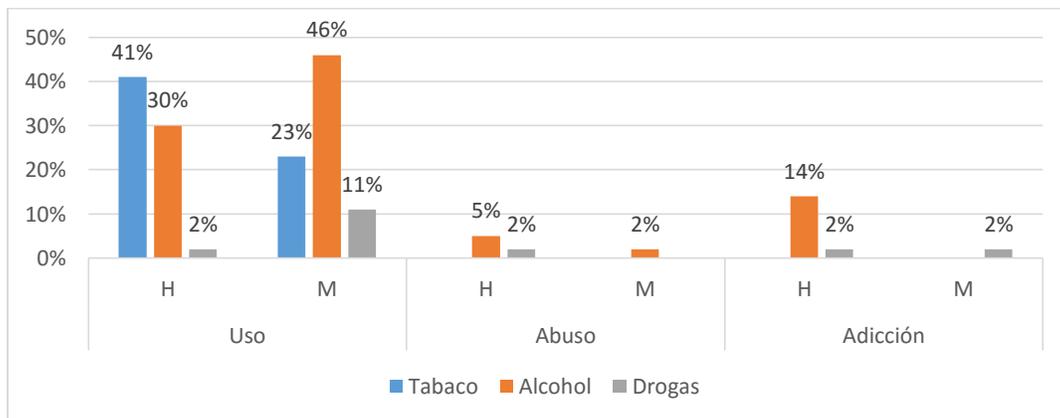
Objetivo Específico 1
Determinar la prevalencia en el uso, abuso y adicción de sustancias psicoactivas.
Resultados Obtenidos

3.1.1 Uso, abuso y adicción de sustancias

El alcohol es la sustancia más consumida, el 98% de los estudiantes que han consumido alguna sustancia, refiere haber ingerido, 54% ocasionalmente, 23% uso 7% abuso y el 14% dependencia/adicción.

La prevalencia de consumo de tabaco es de 64%, el 36% de los estudiantes fumaron y lo dejaron hace más de un año, 27% fumadores activo ocasional y 2% fumadores activo diario. La prevalencia de consumo de drogas en la muestra de consumidores es 19%; 13% la usan, 2% abuso y el 4% presentan adicción. Se presenta el resultado del consumo de tabaco, alcohol y drogas, clasificado por el uso, abuso y adicción (Figura No. 1).

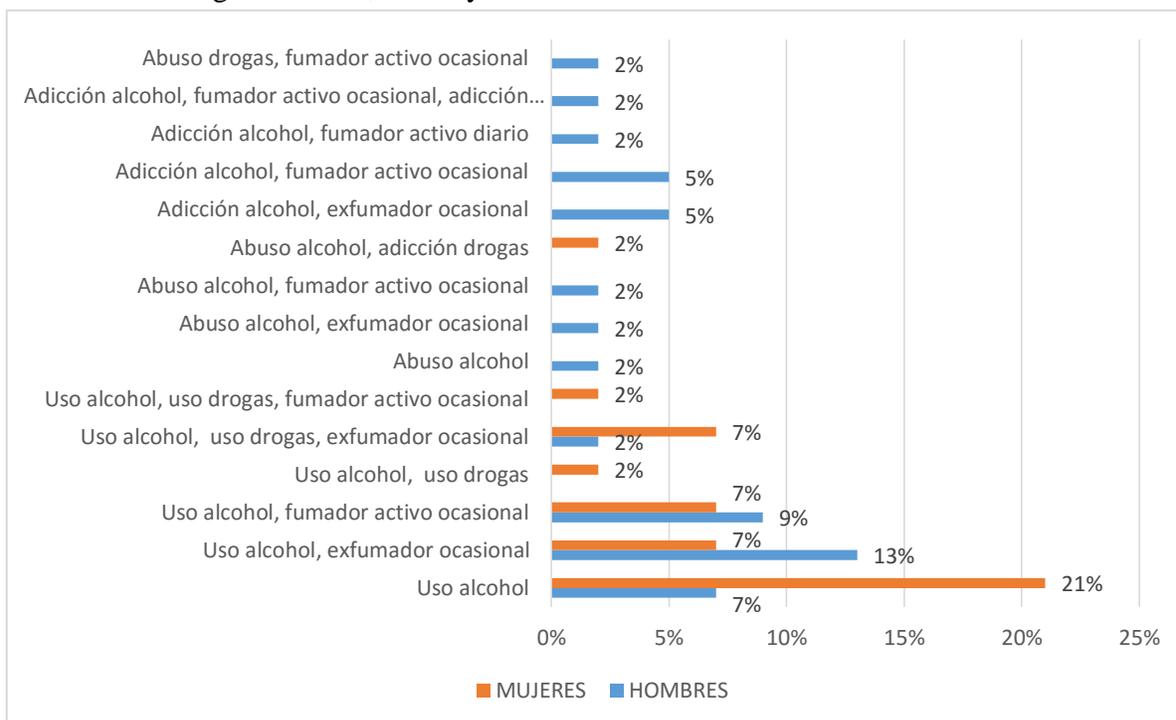
Figura 1. Uso, abuso y adicción de sustancias psicoactivas



Fuente: Entrevista rápida, segunda etapa.

La prevalencia en el consumo de una sustancia es del 30%, de dos sustancias el 57%, siendo el alcohol y tabaco el más usual y el 13% consumo de tabaco, alcohol y drogas (Figura 2).

Figura 2. Uso, abuso y adicción de sustancias interrelacionadas



Fuente: Entrevista rápida, segunda etapa.

En relación al consumo de sustancias de la muestra de estudiantes se estableció aspectos específicos sobre el consumo de tabaco, alcohol y drogas.

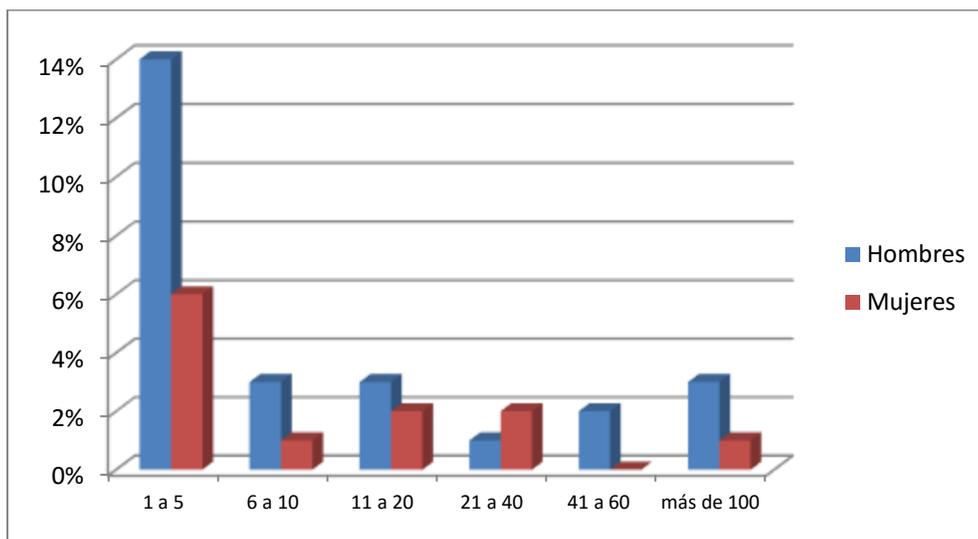
3.1.1.1 Tabaco

a) Consumo de tabaco en la población de estudiantes de nivel medio

Se encontró una prevalencia en el consumo de cigarrillos de un 12% de mujeres y un 26% de hombres a lo largo de la vida. En los últimos 12 meses el 11% de mujeres y 18% de hombres y en los últimos 30 días 8% de mujeres y 14% de hombres.

El comportamiento en ocasiones y cantidad de consumo es diferente entre hombre y mujeres. Los hombres presentan una prevalencia mayor, el 14% ha consumido de 1 a 5 ocasiones y mujeres el 6%, en más de 100 ocasiones la prevalencia es del 3% hombres y 1% mujeres (Figura 3).

Figura 3. Ocasiones que han fumado a lo largo de la vida

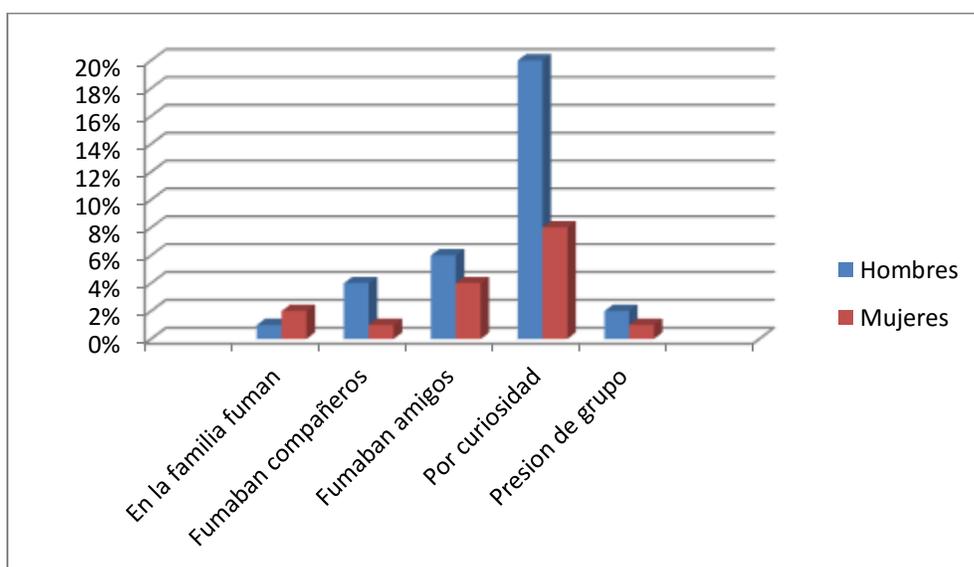


Fuente: Cuestionario sobre consumo de sustancias y otras adicciones primera etapa.

b) Razones de inicio de consumo de tabaco

La curiosidad es una razón significativa por la que los adolescentes empiezan a fumar, el 8% de mujeres y 20% de hombres lo manifiestan. El 4% de mujeres y el 6% de hombres lo hacen porque los amigos fuman (Figura 4).

Figura 4. Razones de inicio de consumo de tabaco

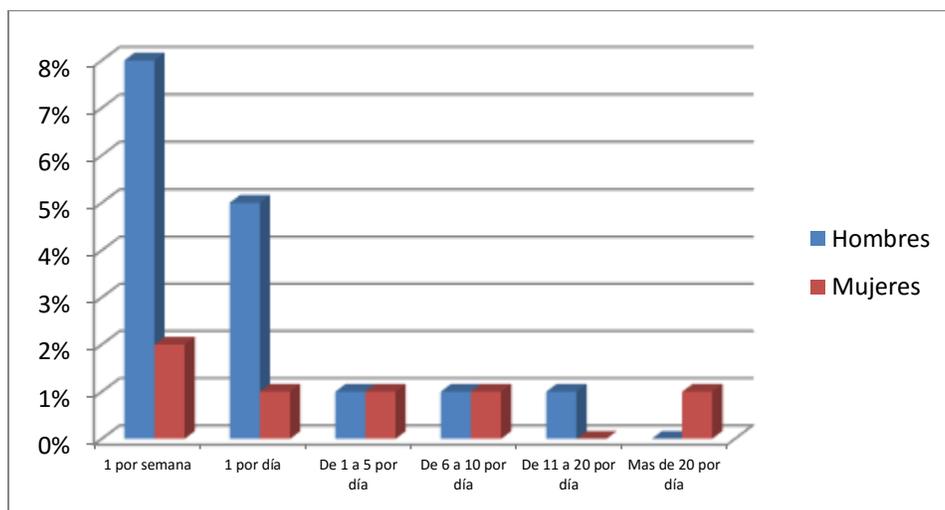


Fuente: Cuestionario sobre consumo de sustancias y otras adicciones primera etapa.

c) Consumo de cigarrillos (cantidad, frecuencia y duración)

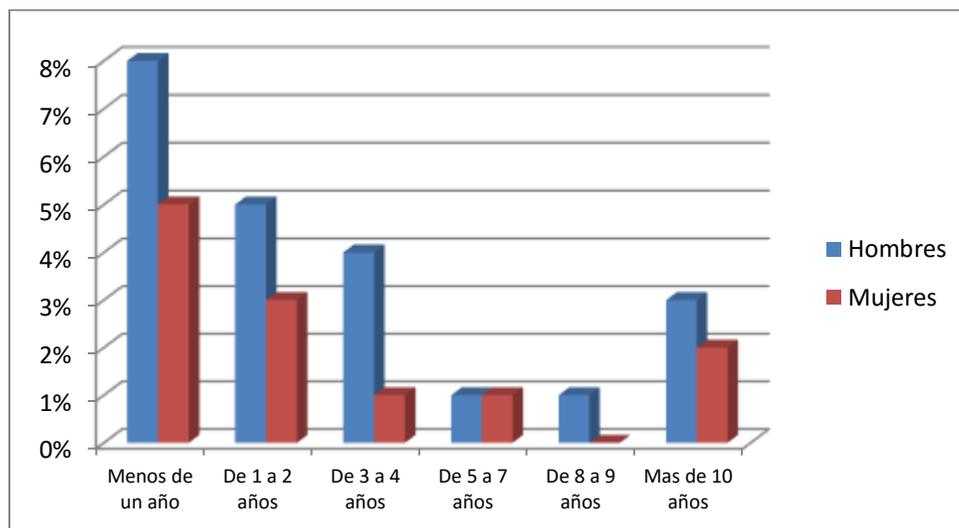
La prevalencia de estudiantes que refieren consumir un cigarrillo por semana 2% corresponde a mujeres y 8% a hombres. El 1% de mujeres y el 5% de hombres consumen un cigarrillo por día (Figura 5). En duración, la prevalencia es de 6.5% que tienen menos de un año de fumar, el 5% de mujeres y el 8% de hombres. El 3% de mujeres y el 5% de hombres tienen de 1 a 2 años de fumar. El 1% de mujeres y el 4% de hombres tienen de 3 a 4 años de fumar mientras que el 2% de mujeres y 3% de hombres más de 10 años de fumar (Figura 6).

Figura 5. Cantidad y frecuencia en el consumo de cigarrillos



Fuente: Cuestionario sobre consumo de sustancias y otras adicciones primera etapa

Figura 6. Tiempo de fumar

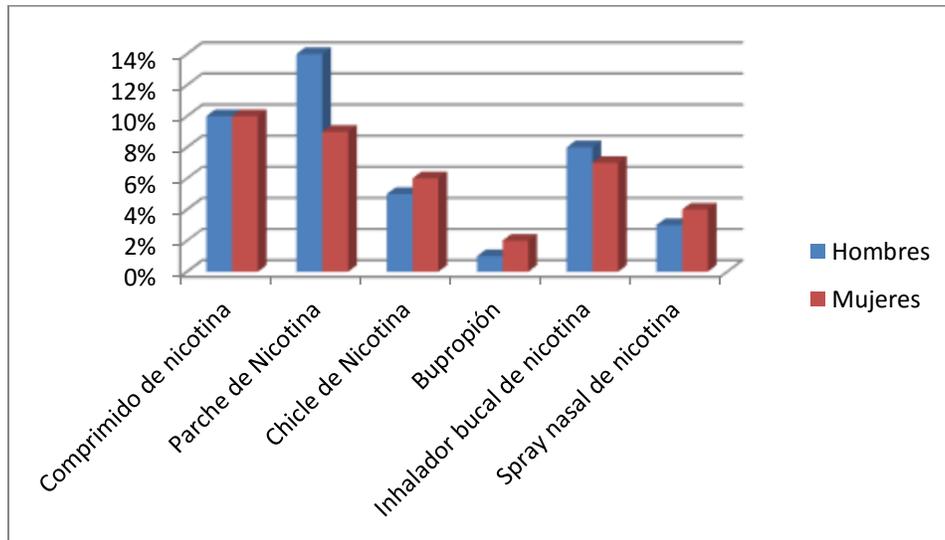


Fuente: Cuestionario sobre consumo de sustancias y otras adicciones primera etapa

d) Medicamentos para dejar de fumar

Los encuestados respondieron sobre los medicamentos que han escuchado para dejar de fumar, los más citados son el parche de nicotina con un 11.5%, el comprimido de nicotina el 10% y el inhalador bucal de nicotina 7.5% (Figura 7).

Figura 7. Medicamentos para dejar de fumar

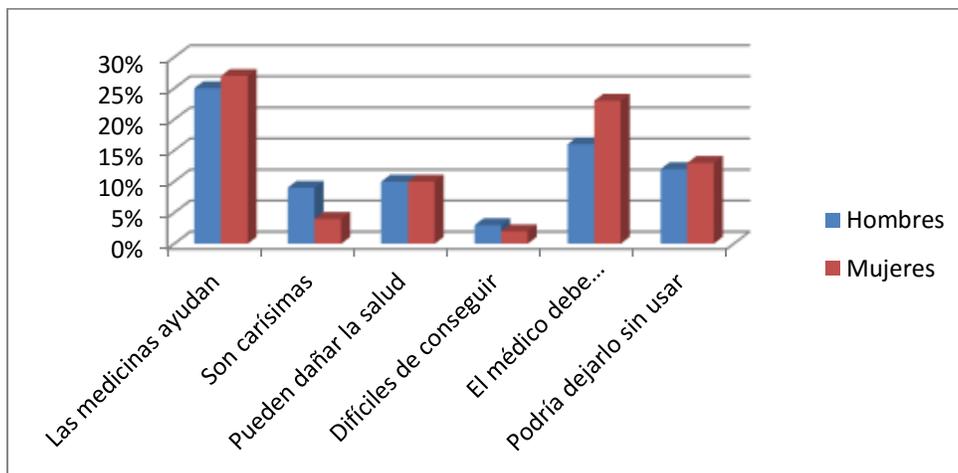


Fuente Cuestionario sobre consumo de sustancias y otras adicciones primera etapa.

e) Opinión sobre los medicamentos para dejar de fumar

La opinión sobre los medicamentos para dejar de fumar el 26% respondieron que las medicinas ayudan y 19.5% opina que deben de ser recetadas por un médico (Figura 8).

Figura 8. Opinión sobre medicamentos para dejar de fumar

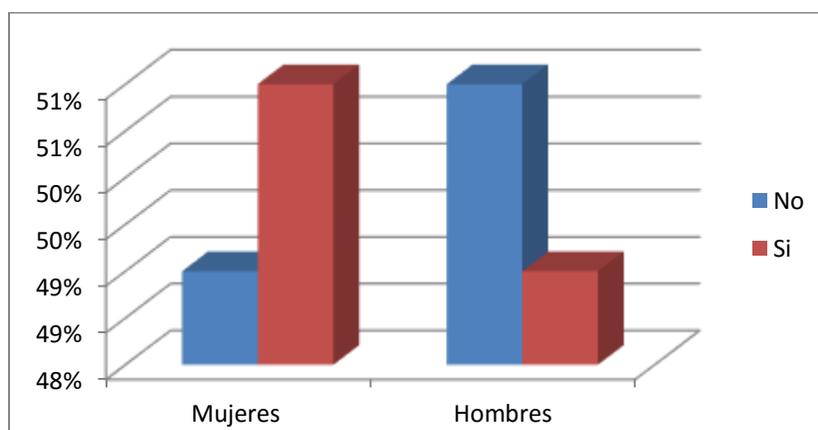


Fuente: Cuestionario sobre consumo de sustancias y otras adicciones primera etapa.

f) Exposición ambiental al humo de tabaco

El 54% de estudiantes refiere que han estado expuestos al humo de cigarrillos. Con respecto a la Ley de Creación de Ambientes Libres de Humo de Tabaco el 51% de mujeres y el 49% de hombres han escuchado sobre la ley y están de acuerdo con la misma (no fumar o mantener encendido un cigarrillo en lugares públicos cerrados) ya que afecta a las personas que no fuman (Figura 9).

Figura No. 9 Conocimiento de la Ley de Creación de los Ambientes Libres de Humo de Tabaco (Decreto 74-2008)



Fuente: Cuestionario sobre consumo de sustancias y otras adicciones primera etapa.

3.1.1.2 Alcohol

a) Número de ocasiones de consumo de bebidas alcohólicas de los estudiantes de nivel medio

La prevalencia de consumo de alcohol es de 29% de mujeres y el 32% de hombres que han consumido bebidas alcohólicas a lo largo de su vida. El patrón de consumo es el 18% de mujeres y el 15% de hombres de 1 a 5 ocasiones y el 3% de mujeres y 4% de hombres más de 100 ocasiones.

En los últimos doce meses la prevalencia es del 12% de mujeres y 10% de hombres que han consumido en 1 a 5 ocasiones y más de 100 ocasiones el 2% de mujeres y el 6% de hombres. En los últimos 30 días la prevalencia de ocasiones en que se ha consumido alcohol es de 5% de mujeres y 8% de hombres en 1 a 5 ocasiones y más de 100 el 4% de mujeres y el 3% de hombres (Tabla 1).

Tabla 1. Ocasiones de consumo de bebidas alcohólicas

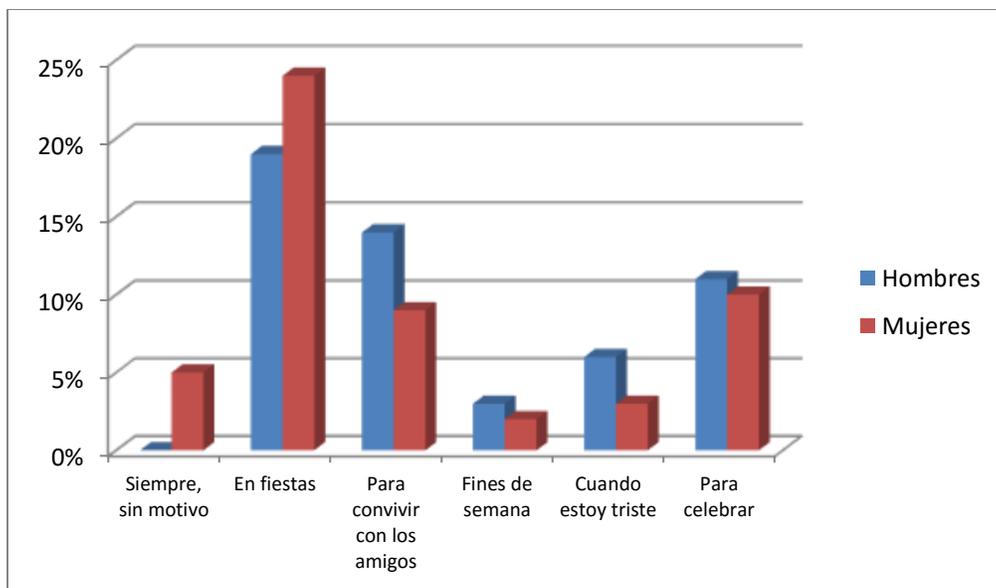
Ocasiones	A lo largo de la vida		Últimos doce meses		Últimos 30 días	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
1 a 5	18%	15%	12%	10%	5%	8%
6 a 10	2%	4%	2%	3%	2%	3%
11 a 20	2%	2%	1%	2%	1%	2%
21 a 40	1%	4%	1%	3%	1%	0%
41 a 60	3%	3%	1%	1%	0%	1%
Más de 100	3%	4%	2%	6%	4%	3%

Fuente: Cuestionario sobre consumo de sustancias y otras adicciones primera etapa.

b) Ocasiones en las que se ha consumido bebidas alcohólicas

Las ocasiones en las que se ha consumido bebidas alcohólicas son similares en hombres y mujeres, 24% de mujeres y el 19% de hombres refieren que consumen bebidas alcohólicas en fiestas, 10% de mujeres y 11% de hombres responden que para celebrar, 9% de mujeres y 14% de hombres para celebrar con los amigos, el 5% de mujeres y el 0% de hombres consumen siempre y sin ningún motivo (Figura 10).

Figura 10. Ocasiones en las que se ha consumido bebidas alcohólicas

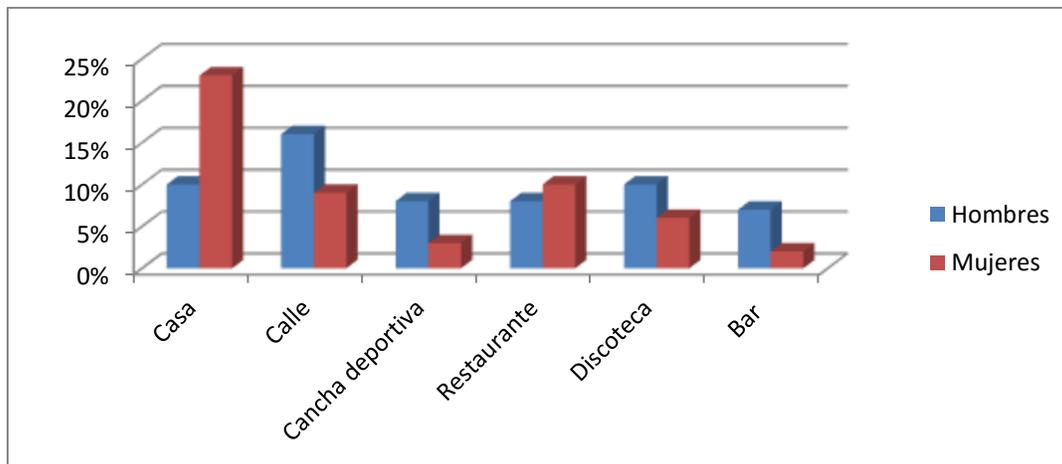


Fuente: Cuestionario sobre consumo de sustancias y otras adicciones primera etapa.

c) Lugares en los que se ha consumido bebidas alcohólicas

El 23% de mujeres y el 10% de hombres refieren que han consumido bebidas alcohólicas en la casa, el 9% de mujeres y el 16% de hombres en la calle, los hombres consumen en la calle, canchas, discotecas y bares y las mujeres incrementan el consumo en casa y restaurante (Figura 11).

Figura 11. Lugares en los que se ha consumido bebidas alcohólicas

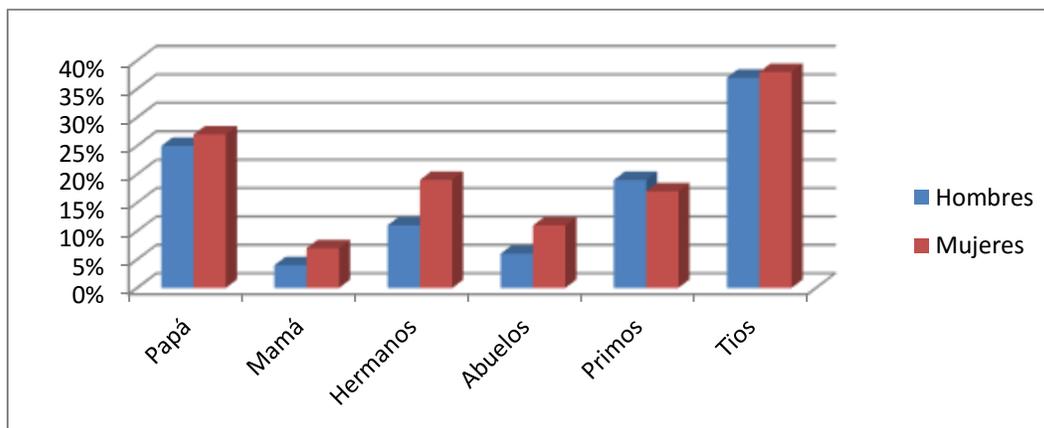


Fuente: Cuestionario sobre consumo de sustancias y otras adicciones primera etapa.

d) Miembros de la familia que consumen bebidas alcohólicas

En referencia a los miembros de la familia que consumen bebidas alcohólicas son el padre, según lo refieren el 27% de mujeres y el 25% de hombres, y los tíos el 38% de mujeres y el 37% de hombres (Figura 12).

Figura 12. Miembros de la familia que consumen bebidas alcohólicas

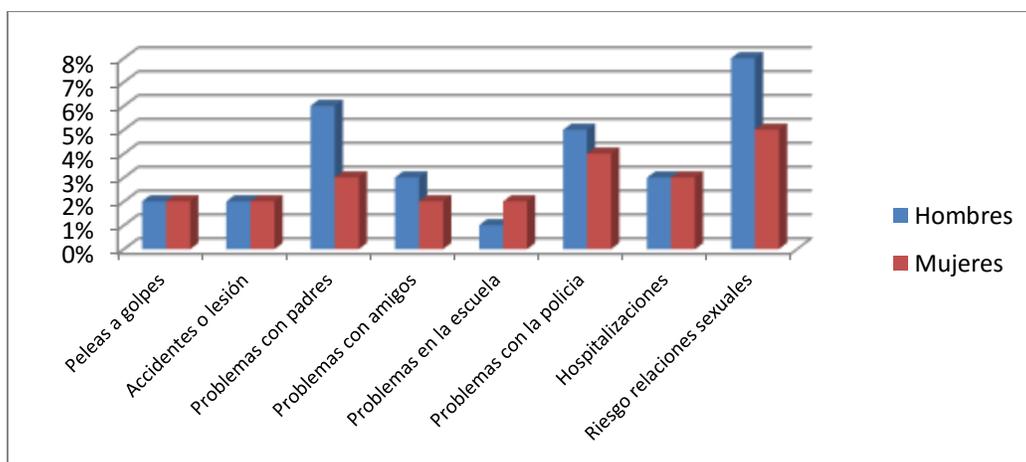


Fuente: Cuestionario sobre consumo de sustancias y otras adicciones primera etapa.

e) Problemas ocasionados por beber alcohol

Las dificultades más frecuentes son las relaciones sexuales de riesgo 8% de hombres y 5% de mujeres, problemas con padres el 6% de hombres y 3% de mujeres y problemas con la policía el 5% de hombres y 4% de mujeres (Figura 13).

Figura 13. Problemas ocasionados por beber alcohol



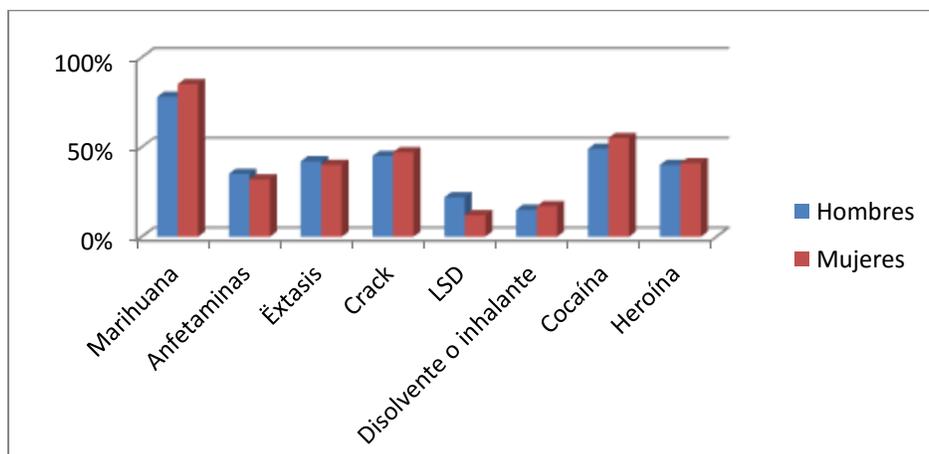
Fuente: Cuestionario sobre consumo de sustancias y otras adicciones primera etapa.

3.1.1.3 Drogas

a) Exposición y uso de drogas

Los estudiantes indican que han escuchado sobre drogas, el 85% de mujeres y el 78% de hombres. Quienes han escuchado hablar de la Marihuana o cannabis la prevalencia es 55% de mujeres y 49% de hombres; de cocaína, 47% de mujeres y 45% de hombres (Figura 14).

Figura 14. Exposición y uso de drogas

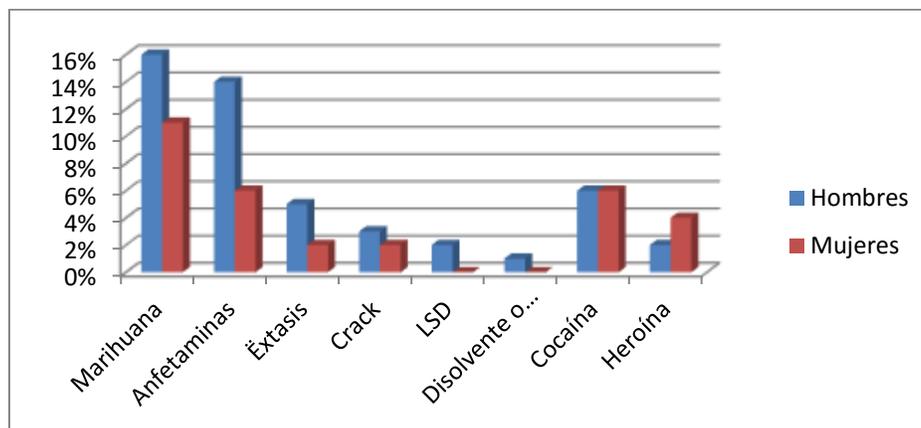


Fuente: Cuestionario sobre consumo de sustancias y otras adicciones primera etapa.

b) Sustancias que les han ofrecido regalar/vender

La prevalencia de estudiantes expuestos al consumo de sustancias es de 31% de mujeres y el 49% de hombres, las mujeres son las que menos están expuestas a la oportunidad de usar drogas. Los resultados reflejan que el cannabis (marihuana) es la droga a la que están más expuestos, seguida de las anfetaminas y la cocaína (Figura 15).

Figura 15. Sustancias que le han ofrecido regalar o vender



Fuente: Cuestionario sobre consumo de sustancias y otras adicciones primera etapa.

c) Sustancia que primero probó, riesgos y sustancias fáciles de obtener

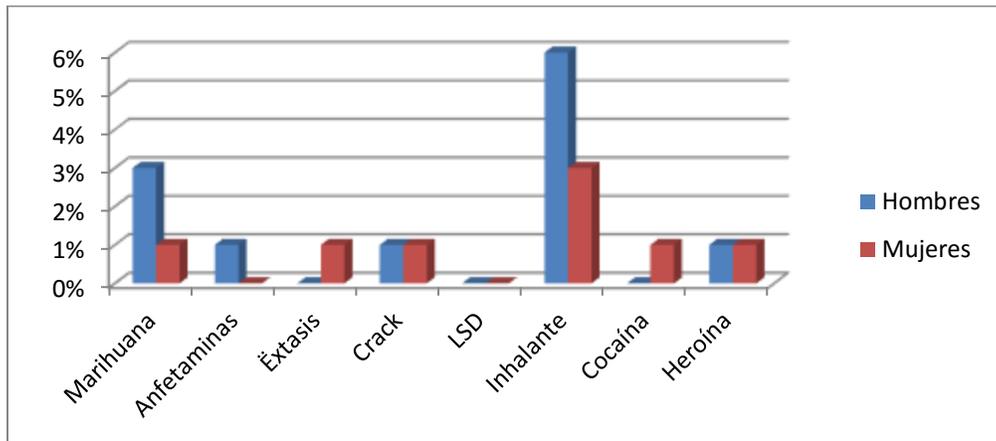
Según los resultados de la encuesta la sustancia que primero probó o se consumió es el disolvente o inhalante, seguida de la marihuana o cannabis (Figura 16).

Los resultados indican que 79% de mujeres y 71% de hombres no aprueba el consumo de sustancias, mientras que el 6% de mujeres y el 10% de hombres aprueban tomar 5 bebidas alcohólicas el fin de semana, el 5% de mujeres y 8% de hombres aprueban fumar 5 cigarrillos al día y el 3% de mujeres y 3% de hombres aprueban fumar marihuana o cannabis 1 o dos veces.

Los resultados indican que la marihuana o cannabis es la sustancia más fácil de conseguir ya que el 23% de las mujeres y el 30% de hombres lo refieren, seguido de la cocaína 7% y la heroína 5%.

El 63% de mujeres y 47% de hombres reconocen el riesgo de consumir cualquier sustancia lícita o ilícita. Con respecto al consumo de sustancias lícitas un 13% de mujeres y 17% de hombres considera que se corre riesgo al fumar 5 cigarrillos al día y el 10% de mujeres y 13% de hombres tomar 5 bebidas el fin de semana.

Figura 16. Sustancia que primero probó



Fuente: Cuestionario sobre consumo de sustancias y otras adicciones primera etapa.

d) Sustancias que producen adicción

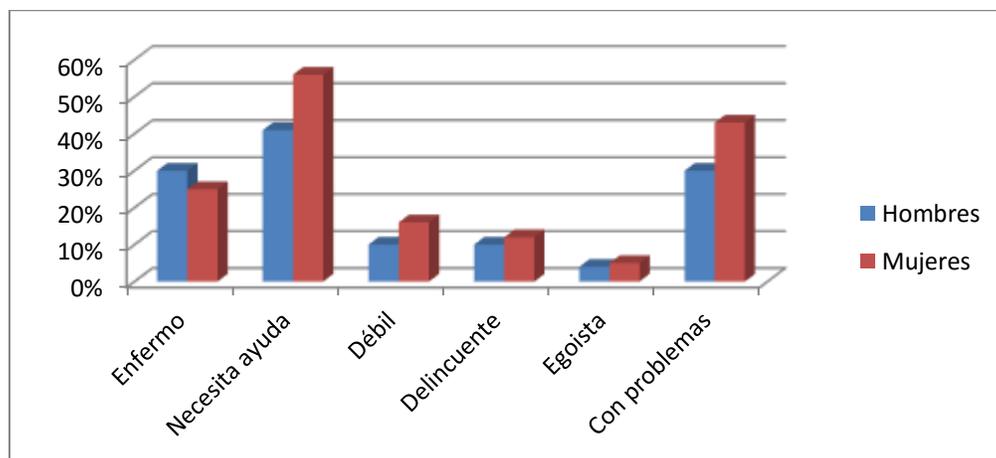
Según las respuestas de los encuestados el 71% de las mujeres y 61% de hombres opinan que todas las sustancias producen adicción.

e) Percepción hacia las personas adictas a una sustancia y opciones de rehabilitación

La prevalencia de percepción el 56% de mujeres y 41% de hombres refieren que los adictos necesitan ayuda, el 43% de mujeres y 30% de hombres indican que tienen problemas y el 25% de las mujeres y 30% de hombres que los adictos son enfermos (Figura 17).

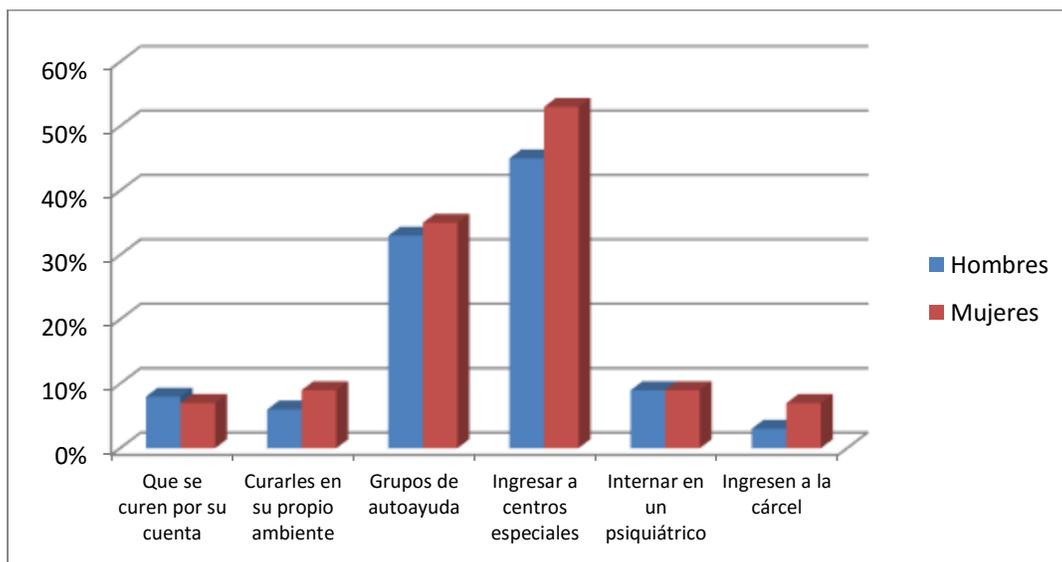
El 53% de mujeres y el 45% de hombres indican que los consumidores deben ingresar a centros especiales para su recuperación, 35% de mujeres y 33% de hombres que deben de asistir a grupos de autoayuda (Figura 18).

Figura 17. Percepción hacia las personas adictas



Fuente: Cuestionario sobre consumo de sustancias y otras adicciones primera etapa.

Figura 18. Opciones de rehabilitación por consumo de sustancias

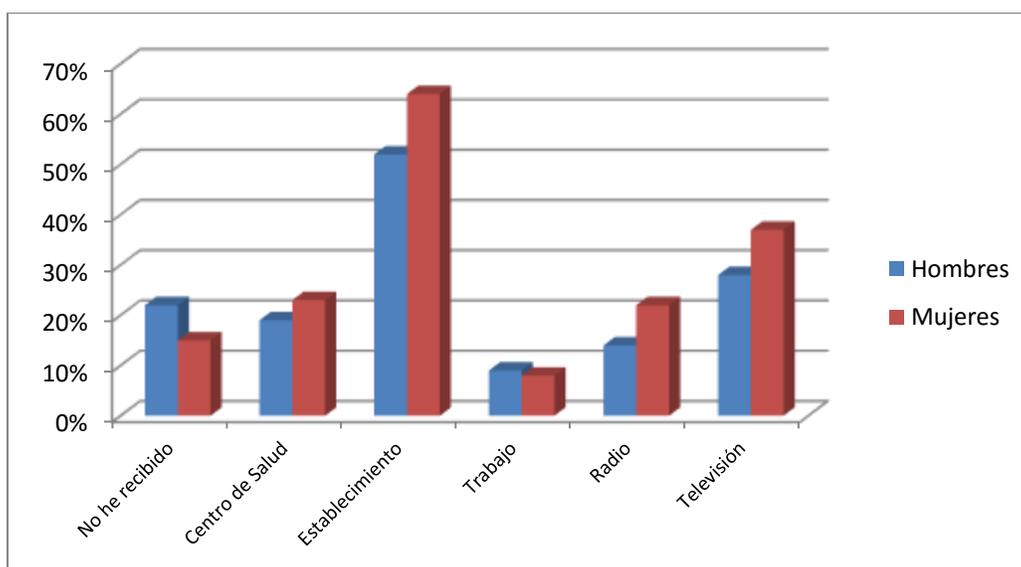


Fuente: Cuestionario sobre consumo de sustancias y otras adicciones primera etapa.

f) Prevención de uso de sustancias

Con respecto a la prevención del uso de sustancias, el 64% de las mujeres y el 52% de hombres refieren que ha recibido información en el establecimiento educativo, 37% de mujeres y 28% de hombres en televisión, 23% de mujeres y 19% de hombres en centros de salud (Figura 19).

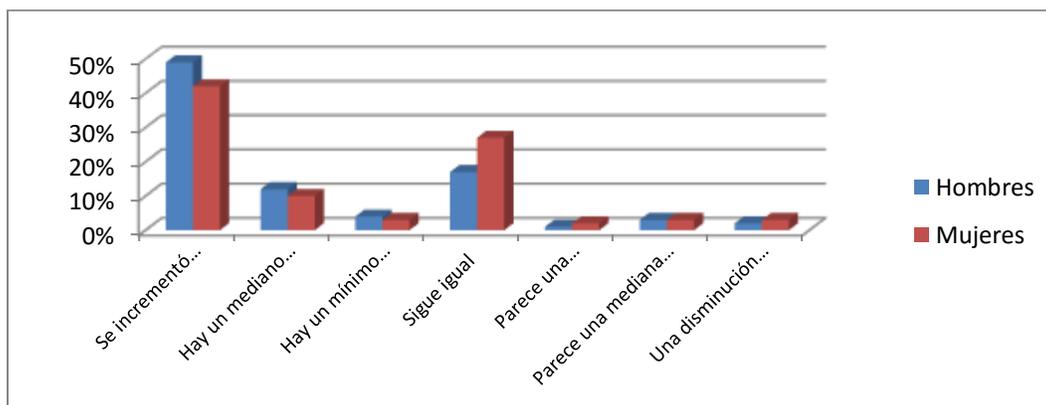
Figura 19. Prevención de uso de sustancias



Fuente: Cuestionario sobre consumo de sustancias y otras adicciones primera etapa.

g) Percepción de la evolución del problema de las drogas en los últimos cinco años en Jutiapa. El 42% de mujeres y el 49% de hombres perciben que se incrementó el número de usuarios en el consumo de drogas en Jutiapa. El 27% de mujeres y el 17% de hombres refieren que sigue igual, el 10% de mujeres y 12% de hombres indican que hubo un mediano incremento (Figura 20).

Figura 20 Evolución de problema de las drogas en los últimos cinco años

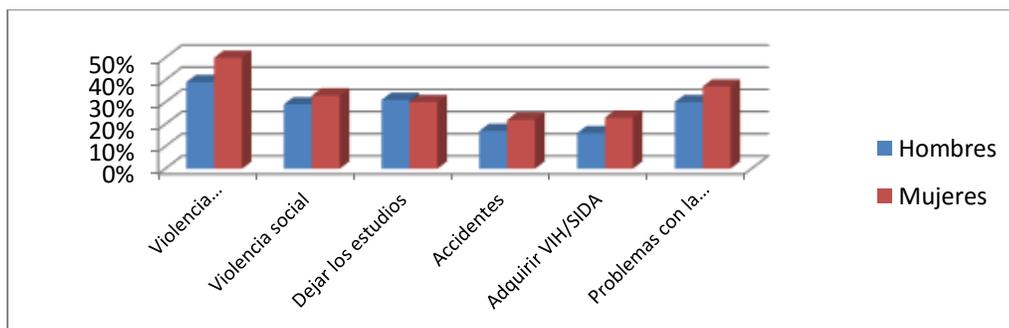


Fuente: Cuestionario sobre consumo de sustancias y otras adicciones primera etapa.

h) Situaciones relacionadas con las drogas

Los resultados de la encuesta indican diferentes situaciones que pueden estar relacionadas con el consumo de drogas o sustancias, el 50% de mujeres y el 39% de hombres consideran con la violencia intrafamiliar, el 30% de mujeres y el 29% de hombres la relacionan con la violencia social, el 30% de mujeres y el 31% de hombres con dejar los estudios, el 37% de mujeres y 30% de hombres con problemas con la ley (Figura 21).

Figura 21. Situaciones relacionadas con las drogas



Fuente: Cuestionario sobre consumo de sustancias y otras adicciones primera etapa.

i) Edades de inicio

La media de la edad de inicio de consumo para tabaco y alcohol es de 14 años y cannabis 15.5 años (Tabla 2).

La prevalencia de edades en que iniciaron el consumo de 10 a 12 años, es de 3% de tabaco y 4% de alcohol, y el inicio de 13 a 15 años el 11% de tabaco y 9% de alcohol (Tabla No.3).

Tabla 2. Media de edad de consumo por primera vez según sexo.

SEXO	Tabaco	Alcohol	Embriagarse	Cannabis
Hombres	14	14	15	16
Mujeres	14	14	15	15
MEDIA	14	14	15	15.5

Fuente: Cuestionario sobre consumo de sustancias y otras adicciones primera etapa

Tabla 3. Edades de inicio de consumo

Edad	Tabaco	Alcohol	Embriagarse	Tranquilizantes sin receta	Marihuana	LSD u alucinógeno	Cocaína	Heroína
% Hombres								
9		1.04						
10 a 12	2.78	4.17	0.69	0.35	0.35			
13 a 15	11.46	9.03	2.08		1.38			0.35
16 a 18	4.51	5.90	1.74		2.08		0.35	
19 a 20	0.35	1.04	0.35					
TOTAL	20.49	21.18	4.86	0.35	3.81		0.35	0.35
% Mujeres								
9	0.64	0.32						
10 a 12	1.60	2.88						
13 a 15	6.09	16.03	2.24	0.64	1.92	0.32	0.32	
16 a 18	1.28	2.88	1.28	0.32	0.64		0.64	
19 a 20								
TOTAL	9.61	22.11	3.53	0.96	2.56	0.32	0.96	

Fuente: Cuestionario sobre consumo de sustancias y otras adicciones primera etapa.

Objetivo Específico 2

Identificar la prevalencia de trastornos mentales y su comorbilidad con el uso de sustancias en estudiantes del nivel medio

Resultados Obtenidos

3.1.2 Trastornos mentales y patología dual

La muestra de estudiantes de la segunda etapa la conforman 56 estudiantes, se describen las características demográficas de sexo, edad y grado que cursan (Tabla 4 y 5).

Tabla 4. Características demográficas de la muestra segunda etapa

Característica Demográfica n= 56		Hombres		Mujeres		TOTAL	
SEXO	Frecuencia	29		27		56	
	Porcentaje	51.8%		48.2%		100%	
EDAD (años)		n	%	n	%	n	%
	12-13	1	1.79	0		1	1.79
	14-15	1	1.79	6	10.71	7	12.5
	16-17	8	14.29	13	23.21	21	37.5
	18-19	14	25	4	7.14	18	32.14
	20-21	3	5.36	0		3	5.36
	22 +	2	3.57	4	7.14	6	10.71
	TOTAL	29	51.8	27	48.2	56	100%
Fuente: Cuestionario factores de riesgo, segunda etapa							

Tabla 5. Grado de los participantes segunda etapa

GRADO	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
1o.	0		2	3.57	2	3.57
2o.	3	5.36	1	1.79	4	7.15
3o.	0		1	1.79	1	1.79
4o.	4	7.14	7	12.5	11	19.64
5o.	6	10.71	14	25	20	35.71
6o.	16	28.57	2	3.57	18	32.14
TOTAL	29	51.78	27	48.22	56	100%

Fuente: Cuestionario factores de riesgo, segunda etapa

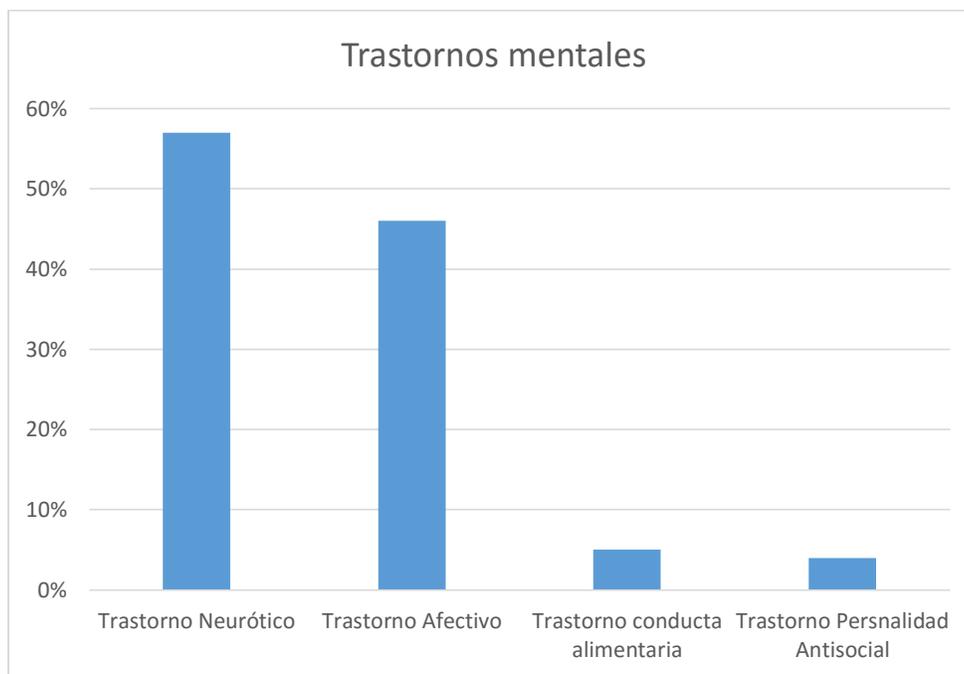
3.1.2.1 Trastornos Mentales

El estudio muestra una prevalencia de 46% de trastornos afectivos en estudiantes que presentan uso, abuso, adicción, de los cuales el 50% corresponde a episodio y trastorno depresivo mayor, el 12% a episodios maniaco e hipomaniaco y el 38% a los diferentes subtipos de trastornos bipolares. La prevalencia de hombres que presentan trastornos afectivos es de 31% y 69% de mujeres.

La prevalencia de trastornos neuróticos es del 57% en la muestra de consumidores. El 38% corresponde al trastorno de ansiedad generalizada, el 25% a agorafobia y el 13% al trastorno obsesivo compulsivo. La prevalencia de hombres con trastornos neuróticos es del 34% y mujeres el 66%.

La prevalencia de trastorno de personalidad antisocial es del 4% y de trastornos relacionados con la conducta alimentaria es de 5% (Figura 22).

Figura 22. Trastornos mentales identificados



Fuente: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, MINI, segunda etapa

3.1.2.2 Suicidalidad

La prevalencia de suicidalidad según el sexo, el 53% corresponde a mujeres y el 47% a hombres. Es una conducta que se asocia al consumo de sustancias, el 27% de la muestra la refiere actual y el 9% pasada. Los niveles en que se encuentra esta conducta son, 13% baja, 14% moderada y 9% alta.

3.1.2.3 Prevalencia de patología dual

La prevalencia de patología dual en estudiantes de nivel medio que consumen sustancias es de 12.5%. El 86% corresponde a hombres y el 14 % a mujeres.

Los trastornos más frecuentes en estudiantes con patología dual son trastorno neurótico con el 43%, trastornos del humor (afectivos) 43%, trastornos de alimentación 14% y 28% presenta síntomas psicóticos. La suicidalidad se encuentra en el 43% de los estudiantes que presentan patología dual.

Establecer los factores que vulneran a los estudiantes del nivel medio al uso, abuso y adicción de sustancias.

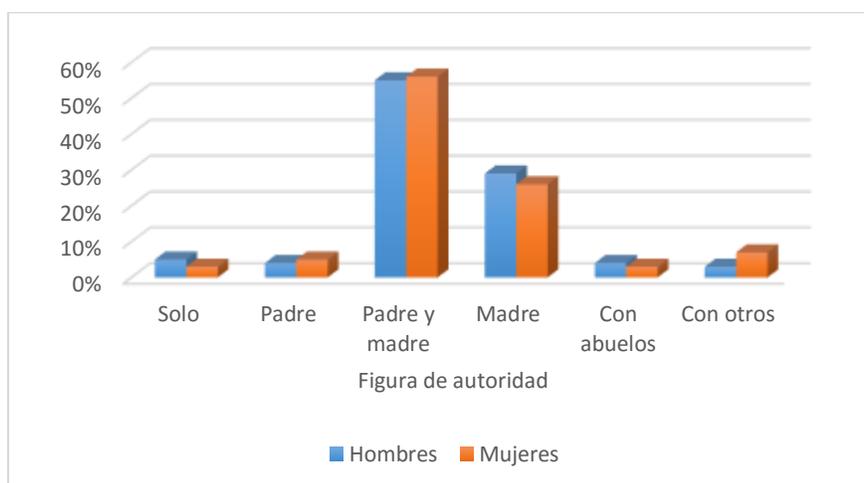
Resultados Obtenidos

3.1.3 Factores que vulneran a los estudiantes al consumo de sustancias

3.1.3.1 Factores parentales

En los factores parentales, se establece que el 55.5% de los estudiantes que consumen sustancias vive en un hogar integrado, el 27.5% se encuentra viviendo con la madre como única figura de autoridad y el 4.5 % sólo con el padre, 4% vive solo (Figura 23).

Figura 23. Figuras de autoridad



Fuente: Encuesta sobre consumo de sustancias y otras adicciones primera etapa.

La educación rígida y punitiva es otro de los aspectos que se tomó en consideración en los factores parentales, el 8% de la muestra refirió recibir agresiones físicas o verbales de los padres o encargados siempre o casi siempre, algunas y raras veces lo refiere el 32% de la muestra, con un incremento en los hombres.

La disciplina severa extrema y estricta de padres y/o encargados es identificada por un 33% de la muestra, siempre y casi siempre, y el 39% refiere algunas veces.

La falta de control, supervisión y atención del comportamiento por parte de padres o encargados, siempre o casi siempre por el 24% y el 39% algunas y raras veces.

La violencia y peleas entre los miembros de la familia es una conducta que muestra diferencia significativa entre hombres y mujeres, el 13% de mujeres y el 7% de los hombres, la identifica siempre y casi siempre; la opción de algunas veces, muestra mayor diferencia, el 35% de las mujeres y el 17% de los hombres la identifican. (Tabla 5)

Tabla 6. Factores Parentales

Fuente: Cuestionario sobre factores de riesgo segunda etapa.

Educación rígida y punitiva	Siempre/casi siempre		Algunas y raras veces		Casi nunca y nunca	
	H	M	H	M	H	M
Agresiones físicas o verbales de los padres o encargados	7.14%	8.70%	25.00%	39.13%	67.86%	52.17%
Disciplina severa extrema y estricta de los padres o encargados	29.63%	37.50%	40.74%	37.50%	29.63%	25.00%
Falta de control, supervisión y atención del comportamiento por parte de padres y encargados	28.57%	20.84%	21.43%	37.50%	50.00%	41.66%
Violencia y peleas entre los miembros de la familia	7.14%	13.04%	17.86%	34.78%	75.00%	52.18%

Explorando las condiciones caóticas promovidas por padre, madre y/o encargado, se encuentra el resentimiento y amargura, principalmente en el padre, con una prevalencia del 22%, la madre el 10% de la muestra, referida principalmente por las mujeres.

El maltrato o descuido el 9.52% de mujeres lo identifica en el padre y el 3.3% de hombres en la madre. El desempleo como condición caótica es el que menor prevalencia presenta, el 5% del padre y el 4% de la madre.

El padre es identificado como consumidor de alcohol u otras sustancias por el 7.5% de la muestra y el 17% del encargado. Los trastornos mentales como ansiedad y/o depresión son identificados por un 4% en padres y un 11% en la madre (Tabla 6).

Tabla 7. Factores parentales

Condiciones caóticas	Padre		Madre		Ambos		Encargado		Ninguno	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Resentimiento y amargura de los padres o encargados	17.86%	24.00%	3.57%	16.00%	7.14%	8.00%	0.00%	4.00%	71.43%	48.00%
Maltrato o descuido de parte de los padres o encargados	0.00%	9.52%	3.33%	0.00%	13.33%	0.00%	0.00%	9.52%	83.34%	80.96%
Desempleo de los padres o encargados	6.90%	4.34%	3.45%	4.34%	3.45%	0.00%	17.24%	0.00%	68.96%	91.32%
Consumo de alcohol u otras sustancias de los miembros de la familia	11.11%	4.55%	0.00%	0.00%	7.41%	4.55%	11.11%	22.72%	70.37%	68.18%
Trastorno mental (ansiedad o depresión) de algún miembro de la familia	4.17%	0.00%	4.17%	18.18%	4.17%	0.00%	8.33%	13.64%	79.16%	68.18%

Fuente: Cuestionario sobre factores de riesgo segunda etapa.

3.1.3.2 Factores Sociales

Algunos factores que vulneran se asocian con la relación de los pares, la presión de grupo para el consumo de sustancias, tiene una prevalencia del 22% hombres y 17% mujeres. El maltrato por parte de compañeros de la escuela tiene una prevalencia de 15% en hombres, quienes lo identifican algunas veces, la prevalencia de las mujeres es mayor con el 22%.

Las peleas y problemas con los compañeros la prevalencia es de 39% para hombres y 33% para mujeres. Uno de los factores de riesgo identificados con mayor prevalencia es amigos con conductas equivocadas que faltan a la disciplina, la prevalencia es del 61% para los hombres y 37% para mujeres (Tabla 7).

Tabla 8. Factores sociales

Relaciones con pares	Siempre/casi siempre		Algunas y raras veces		Casi nunca y nunca	
	H	M	H	M	H	M
Presión de grupo para el consumo de tabaco, alcohol o drogas	11.11%	8.33%	11.11%	8.33%	77.78%	83.34%
Maltrato por parte de compañeros de la escuela	0.00%	13.04%	14.81%	8.70%	85.19%	78.26%
Peleas y problemas con los compañeros	3.58%	0.00%	35.71%	33.33%	60.71%	66.67%
Amigos con conductas equivocadas o inadecuadas que faltan a la disciplina	30.77%	29.17%	30.77%	37.50%	38.46%	33.33%

Fuente: Cuestionario sobre factores de riesgo segunda etapa.

3.1.3.3 Factores psicosociales

Se establecieron como factores psicosociales los problemas económicos en la familia, que tienen una prevalencia de 46%, el consumo de alcohol y drogas en la comunidad el 58%, residir en zonas inseguras el 34%, la repitencia escolar, una prevalencia de 37%. Y la tolerancia del consumo de sustancias lícitas en los diferentes espacios, presenta una prevalencia de 32% (Tabla 8).

Tabla 9. Factores psicosociales

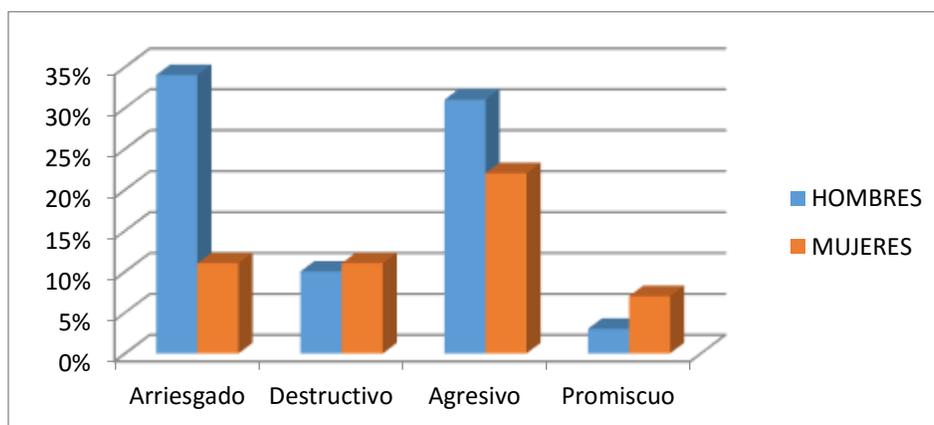
Factores psicosociales	HOMBRES	MUJERES
Problemas económicos en la familia	44.44%	47.82%
Consumo de alcohol y drogas en la comunidad	59.25%	56.52%
Residir en una comunidad insegura	30.03%	37.50%
Repitencia escolar	40.74%	33.33%
Consideración del consumo de tabaco y alcohol como normal en el medio social y escolar	35.71%	29.17%

Fuente: Cuestionario sobre factores de riesgo segunda etapa

3.1.3.4 Factores Individuales

La vulnerabilidad individual, son los riesgos relacionados con la conducta, presentando mayor prevalencia en hombres el ser arriesgado 34%, agresivo 31%, destructivo con 10%, las mujeres identifican la agresividad 22%, destructivas 11%, la cual supera a los hombres, al igual que promiscuo con una prevalencia de 7% (Figura 24).

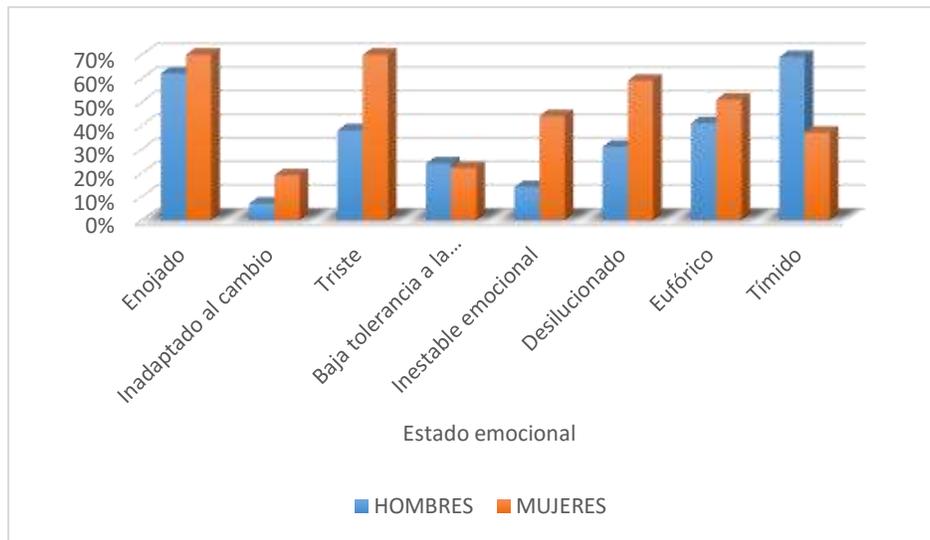
Figura 24. Conductas identificadas por consumidores



Fuente: Cuestionario sobre factores de riesgo segunda etapa.

Los consumidores hombres presentaron una prevalencia de 69% en timidez, 62% enojo y 41% eufórico, en las mujeres sobresale con 70% tristeza y 70% enojo, 59% desilusión y 44% inestabilidad emocional (Figura 25).

Figura 25. Estado emocional identificado por consumidores



Fuente: Cuestionario sobre factores de riesgo segunda etapa.

Objetivo Específico 4

Identificar otras conductas adictivas, no específicas del uso de sustancias psicoactivas que presentan los estudiantes del nivel medio

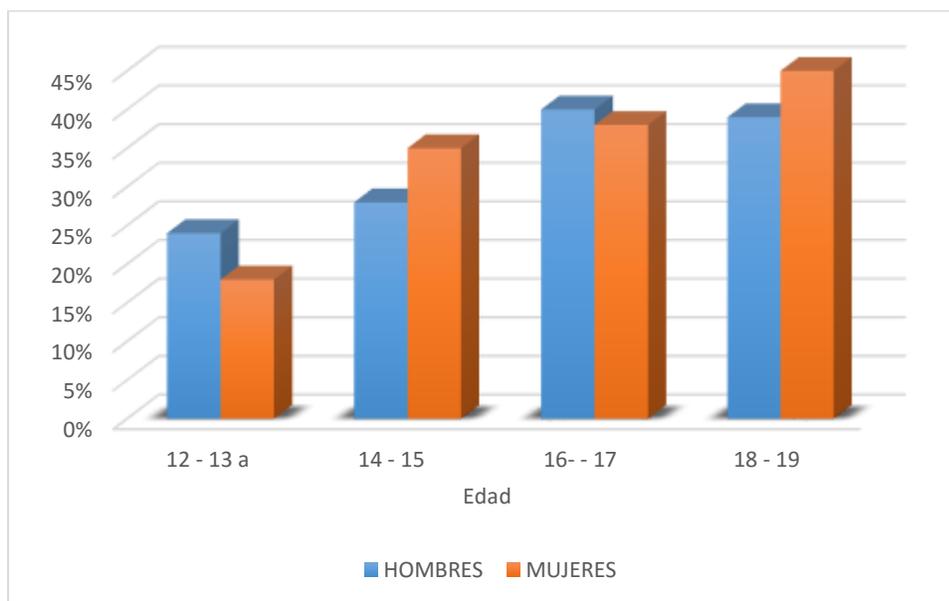
Resultados Obtenidos

3.1.4 Conductas adictivas, no específicas del uso de sustancias psicoactivas

3.1.4.1 Adicción al uso de celulares

Los resultados de la encuesta fase I, recabados a través del complemento sobre conductas adictivas no relacionadas con sustancias, muestra conductas de riesgo de adicción al uso de celulares en el 42% de las mujeres y 32% de los hombres. La figura 26 muestra el porcentaje de estudiantes que presentan conductas de riesgo de adicción desagregadas por sexo y edad.

Figura 26. Prevalencia de estudiantes que presentan conductas de riesgo de adicción al uso de celular



Fuente: Encuesta primera etapa, complemento conductas adictivas no relacionadas con sustancias.

La percepción externa sobre el uso excesivo del celular es de 46 % por mujeres y 36 % por hombres.

La conducta con mayor prevalencia en los niveles de siempre y casi siempre, no separarse del celular ni en el baño ni en la cocina con un 45% en mujeres y 33% en hombres.

La prevalencia de 36% de mujeres y 23% hombres indica que las relaciones y conversaciones son generalmente a través del celular, otra de las conductas es quedarse despierto hasta tarde por el uso de celulares, lo refiere el 28% de mujeres y 24% hombres, la generación de un gasto excesivo de celular el cual es difícil reducir es 23% mujeres y 15% hombres. La menor prevalencia con 11% para hombres y mujeres es tomar el celular de forma mecánica y hacer llamadas o enviar mensajes. (Tabla 9)

Tabla 10. Conductas indicadoras de riesgo de adicción al uso de celulares

CONDUCTA	Siempre/casi siempre		Algunas y raras veces		Casi nunca y nunca	
	% H	% M	% H	% M	% H	% M
Suele tomar el celular de forma mecánica y sin pensarlo hace llamadas o manda mensajes solo por hacerlo.	11.11	11.56	14.07	21.44	74.81	67.01
Aunque está en casa no se separa del celular, lo lleva siempre a su lado, incluso el baño o la cocina	32.84	45.42	24.72	18.31	42.44	36.27
Se queda despierto hasta tarde utilizando el celular.	24.25	28.43	32.84	34.78	42.91	36.79
Gran parte de las relaciones y conversaciones son a través del celular.	23.02	35.78	38.85	29.77	38.13	34.45
Gasto excesivo de celular, y aunque intenta reducirlo, no lo consigue.	15.56	23.11	23.70	23.79	60.74	53.10

Fuente: Encuesta primera etapa, complemento conductas adictivas no relacionadas con sustancias.

En las conductas psicológicas indicadoras de riesgo, se identifica mayor prevalencia en mujeres, en los niveles de siempre y casi siempre, el 25% de mujeres y 17% de hombres les resulta más fácil platicar y ser sociables por celular, el 33% de mujeres y 24% de hombres se siente obligado a contestar, de lo contrario maneja ansiedad, y el 40% de mujeres y 25% de hombres se inquieta cuando se le olvida el celular o se le acaba la batería. Finalmente el 34% de mujeres y 20% permanecen pendientes del celular, aunque no esperen llamada (Tabla 10).

Tabla 11. Conductas psicológicas indicadoras de riesgo de adicción al uso de celulares

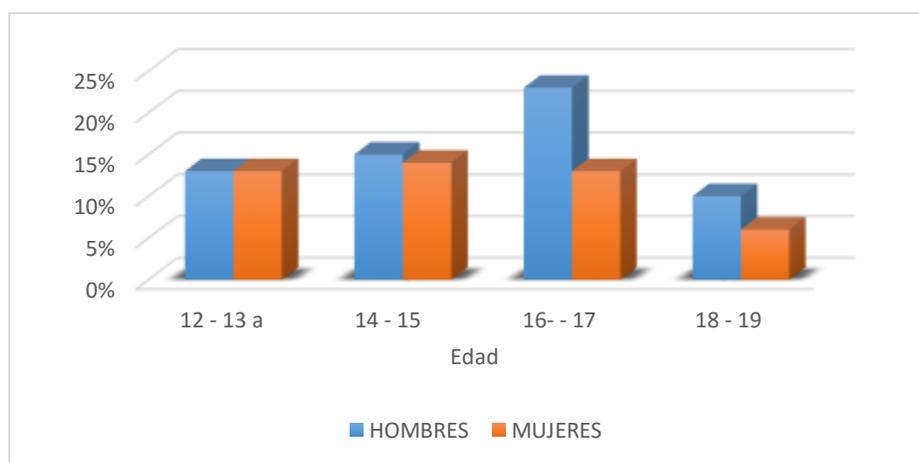
CONDUCTA	Siempre/casi siempre		Algunas y raras veces		Casi nunca y nunca	
	% H	% M	% H	% M	% H	% M
Le resulta más fácil platicas y ser sociable por el celular que en persona	17.22	25.34	26.74	26.01	56.04	48.65
Cuando escucha que suena el celular se siente obligado a contestar porque le da ansiedad no saber quién le marcó y para que, aunque esté en situaciones inapropiadas	24.28	33.33	25.36	28.00	50.36	38.67
Si se le olvida el celular o se le acabó la batería, se siente nervioso o inquieto hasta que lo recupera o enciende	25.27	39.67	25.64	19.67	49.09	40.66
Aunque no espera una llamada, no puede evitar estar siempre pendiente de su celular.	19.78	33.90	20.90	18.64	59.32	47.46

Fuente: Encuesta primera etapa, complemento conductas adictivas no relacionadas con sustancias.

3.1.4.2 Adicción a comer

El riesgo de adicción a comer es mayor en hombres, La figura 27 muestra la prevalencia de estudiantes que presentan conductas de riesgo de comer, desagregadas por sexo y edad.

Figura 27. Prevalencia de estudiantes que presentan conductas de riesgo de adicción a comer



Fuente: Encuesta primera etapa, complemento conductas adictivas no relacionadas con sustancias.

La prevalencia de quienes consideran que su peso está afectando su manera de vivir es de 24% de mujeres y 17% de hombres.

22% de mujeres y 18% de hombres les molestan los comentarios de otras personas con respecto a dejar de comer excesivamente.

Conductas indicadoras de riesgo de adicción, el 34% de hombres y 28% de mujeres comen cuando no tienen hambre; el 19% de hombres y 11% de mujeres, comer lo normal delante de otros y compensarlo a solas. (Tabla 11)

Tabla 12. Conductas indicadoras de riesgo de adicción a comer

CONDUCTA	Siempre/casi siempre		Algunas y raras veces		Casi nunca y nunca	
	% H	% M	% H	% M	% H	% M
Comer cuando no se tiene hambre	34.33	28.14	33.21	39.32	32.46	32.54
Comer lo normal delante de otros y luego compensa cuando está a solas.	19.12	11.04	18.38	20.40	62.50	68.56
Comer grandes cantidades de comida en cortos períodos de tiempo.	10.78	8.93	23.42	22.68	65.80	68.39

Fuente: Encuesta primera etapa, complemento conductas adictivas no relacionadas con sustancias.

Las conductas psicológicas indicadoras de riesgo de adicción a comer entre hombres y mujeres, los sentimientos de culpa y remordimiento después de comer en exceso el 15% de mujeres y el 13% de hombres, ansias de comer en el día o la noche, aparte de la hora de comer, el 15% de mujeres y 14% de hombres, comer para escapar de las preocupaciones o problemas el 9% mujeres y 11% hombres. (Tabla 12)

Tabla 13. Conductas psicológicas indicadoras de riesgo de adicción a comer

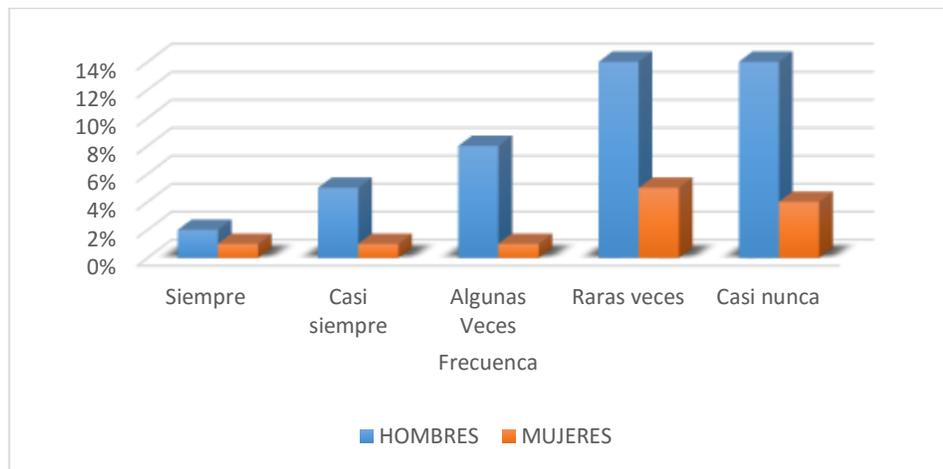
CONDUCTA	Siempre/casi siempre		Algunas y raras veces		Casi nunca y nunca	
	% H	% M	% H	% M	% H	% M
Sentimientos de culpa y remordimiento después de comer en exceso.	12.91	15.52	20.30	23.79	66.79	60.69
Anticipación con placer y expectación del tiempo en que pueda estar solo para comer.	24.63	15.28	20.52	29.17	54.85	55.55
Ansias de comer a una hora definida del día o noche, aparte de la hora de las comidas.	14.34	14.86	28.30	28.72	57.36	56.42
Comer para escapar de las preocupaciones o los problemas.	10.99	9.16	8.06	11.86	80.95	78.98

Fuente: Encuesta primera etapa, complemento conductas adictivas no relacionadas con sustancias.

3.1.4.3 Adicción a pornografía

El 10% mujeres y 30% de hombres se consideran expuestos a la pornografía. Las conductas de riesgo de adicción se encuentran en el 1% de mujeres y 10% de hombres. La figura 28 muestra la prevalencia de estudiantes que usan pornografía.

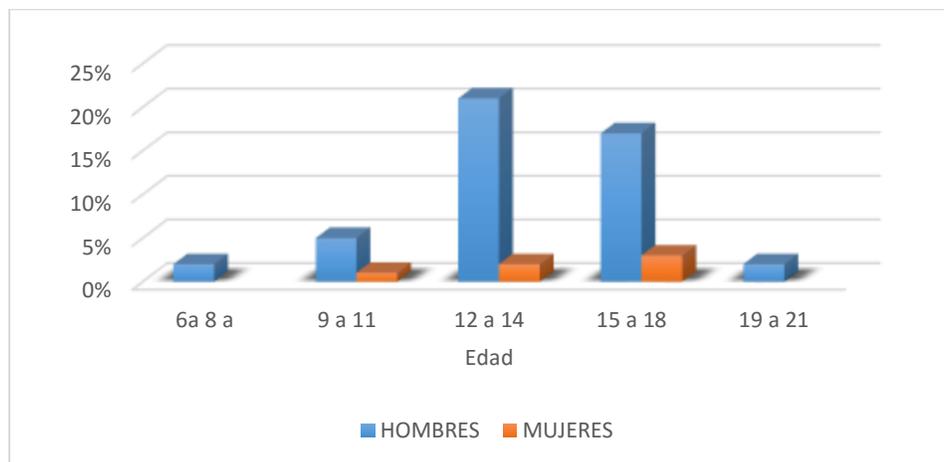
Figura 28. Prevalencia de estudiantes que usan pornografía



Fuente: Encuesta primera etapa, complemento conductas adictivas no relacionadas con sustancias.

El mayor uso de pornografía es por hombres, quienes inician durante la niñez, 7% hombres y 1% de mujeres; sin embargo es en la adolescencia en donde se incrementa el uso, con 38% hombres y 5% mujeres. (Figura 29)

Figura 29. Edad en que se empezó a usar pornografía



Fuente: Encuesta primera etapa, complemento conductas adictivas no relacionadas con sustancias.

Los hombres presentan mayor número de conductas indicadoras de riesgo de adicción a la pornografía, el 10% la pornografía le ha creado problemas, el 4% dedica mucho tiempo al internet con fines sexuales, el 3% ha comprado servicios en línea y el 4% ha dedicado mucho tiempo a navegar sitios de pornografía, siempre o casi siempre. (Tabla 13)

Tabla 14. Conductas indicadoras de riesgo de adicción a la pornografía

CONDUCTA	Siempre/casi siempre		Algunas y raras veces		Casi nunca y nunca	
	H	M	H	M	H	M
La pornografía le ha creado problemas con el internet	10.29%	3.43%	13.61%	4.45%	76.10%	92.12%
Dedica mucho tiempo en el internet con fines sexuales	4.06%	0.00%	9.96%	1.99%	85.98%	98.01%
Ha comprado servicios en línea con fines eróticos (páginas para citas, pornografía, fantasías y buscador de amigos)	2.95%	0.66%	7.38%	2.66%	89.68%	96.67%
Ha dedicado mucho tiempo a navegar sitios de pornografía en línea	3.65%	0.33%	11.68%	2.34%	84.67%	97.33%
Ha utilizado pornografía en línea, revistas o videos incluso bajo riesgo de ser sorprendido.	3.97%	0.00%	12.27%	2.68%	83.76%	97.32%

Fuente: Encuesta primera etapa, complemento conductas adictivas no relacionadas con sustancias.

El lugar en donde se puede encontrar pornografía, varía de donde se realizó el primer contacto, Para hombres y mujeres el internet es el lugar en donde puede encontrarse pornografía, seguido de videos y la televisión, variando del primer contacto, los hombres indican videos, internet y televisión y mujeres televisión, internet y videos. (Tabla 14)

Tabla 15. Lugares en donde se encuentra pornografía

CONDUCTA	Revistas		Televisión		Videos		Internet		Teléfono	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
En donde se puede encontrar pornografía	17.01%	17.95%	25.69%	32.37%	30.21%	27.88%	51.04%	50.64%	24.65%	24.04%
El primer contacto con la pornografía	6.25%	0.97%	12.15%	5.84%	19.79%	4.54%	13.19%	5.52%	7.29%	1.62%

Fuente: Encuesta primera etapa, complemento conductas adictivas no relacionadas con sustancias.

3.2. Impacto esperado

Con el presente estudio se pretende un impacto en diferentes niveles:

Individual:

Que las personas, principalmente adolescentes y adultos jóvenes que consumen diversas sustancias, presenten trastorno mental y/o patología dual, identifiquen su conducta como un problema de salud que debe ser consultado y atendido.

Familiar:

Que las familias de los adolescentes y adultos jóvenes que presentan esta situación, se incluyan en el sistema de intervención, desde la detección, la búsqueda de atención y tratamiento.

Social

Que la comunidad jutiapaneca identifique el consumo de tabaco, alcohol, drogas y patología dual como una problemática de salud que debe ser atendida.

Institucional

Que sea un antecedente para impulsar el Programa Departamental de Salud Mental realizado por un equipo interinstitucional de profesionales multidisciplinarios.

4. Análisis y discusión de resultados

Se realiza el análisis y discusión considerando los datos y hallazgos encontrados en la información obtenida, así como el criterio de los investigadores.

Los estudiantes de nivel medio se encuentran en la etapa de la adolescencia, caracterizada por disposiciones biológicas que les llevan a experimentar situaciones nuevas, principalmente en el área social, ajenas al entorno inicial que les ha influido, como la familia, y la escuela que les permite la consolidación de su identidad.

Algunas conductas presentan riesgo a su salud física y/o mental, principalmente porque existe mayor vulnerabilidad por diversos factores. El contexto de la ciudad de Jutiapa ha influido en el consumo de sustancias psicoactivas, por un lado la situación del entorno y por otro la predisposición a presentar un trastorno mental.

Los estudiantes de nivel medio usan, abusan y presentan adicción de sustancias psicoactivas, el consumo de alcohol y tabaco como sustancias lícitas, son toleradas por la sociedad, por lo que su consumo inicia a temprana edad y las sustancias ilícitas como el cannabis, cocaína, crack, entre otras, enfrenta a los consumidores al estigma social. La ciencia favorece una motivación autorizada para la estigmatización social de los comportamientos desviados de las normas (Pérez F. , 2011). De conformidad con tres convenciones internacionales, la mayoría de los países se han comprometido a considerar como ilegal el comercio y uso no médico de los opiáceos, cannabis, alucinógenos, cocaína y muchos otros estimulantes, al igual que de los hipnóticos y sedantes. (Organización Panamericana de la Salud, 2005)

Las sustancias se consumen asociadas, principalmente el tabaco y el alcohol, siendo la puerta de ingreso al consumo de drogas las cuales se van diversificando.

Los hombres consumen más tabaco que las mujeres; en el nivel medio, una mujer de cada ocho y un hombre de cada cuatro ha consumido tabaco a lo largo de la vida; en los consumidores del último mes la brecha entre sexos se cierra a una mujer por cada dos hombres. Los hombres duplican a las mujeres en el número de ocasiones que han fumado y en la duración de consumo, este resultado indica que las mujeres han incrementado en la actualidad el riesgo de los efectos del tabaco.

La cantidad de tabaco consumida presenta una relación de una mujer por cuatro hombres que consume un cigarrillo por semana y una mujer por cada cinco hombres el consumo de un cigarrillo por día.

Al igual que los estudiantes universitarios (Ramos, Vega, & Rodríguez, 2013) la curiosidad es la mayor razón en el inicio de consumo, siendo un indicio de factores individuales que vulneran a ciertos individuos en el inicio del consumo de sustancias.

El desconocimiento de los medicamentos que contribuyen a dejar de fumar es evidente en los estudiantes de nivel medio, solamente uno de cada diez ha escuchado sobre el parche de nicotina y los comprimidos y se reduce a uno de cada cien el bupropión.

En el año 2008, se aprueba la Ley de Creación de los Ambientes Libres de Humo de Tabaco, a seis años de su publicación, la mitad de estudiantes refieren estar expuestos al humo de cigarrillos y conocer esta ley. El humo de tabaco ajeno o ambiental también aumenta el riesgo de desarrollar muchas enfermedades. Está compuesto por el humo que exhala el fumador y el que despiden la punta encendida de los productos del tabaco; las personas que no fuman pero son expuestas de manera involuntaria al humo en casa, el trabajo, y lugares públicos, aumentan su riesgo de desarrollar enfermedades del corazón, problemas respiratorios, y reducción de la función pulmonar (Velasco, 2003)

Los patrones de consumo de alcohol que se han identificado son: uso, abuso y adicción. Para fines de segmentación en el estudio el uso se refiere al consumo de tres o más bebidas en menos de tres horas en tres o más ocasiones, en un período de un año; el abuso implica un patrón no adaptativo, que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, acompañado de uno o más problemas, como el incumplimiento de obligaciones, problemas sociales o legales continuos. La dependencia/adicción es un patrón de consumo desadaptativo que lleva un deterioro clínicamente significativo expresado por la presencia de síntomas de tolerancia, abstinencia, uso en mayor cantidad o tiempo y deseo persistente. Pueden cambiar nuestro estado de ánimo, causar consecuencias negativas, aumentar la necesidad por realizarlo, propicia la generación de mentiras acerca de la conducta y dificulta la vida cotidiana (Hawkins, 2009) un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo (Organización Mundial de la Salud, 1993)

El alcohol es la sustancia más consumida en el nivel medio. Esta droga deprime los centros nerviosos que controlan la conducta; al disminuir la influencia de dichos centros que inhiben los impulsos y adaptan las respuestas a los estímulos del medio, la conducta se libera escapando a los controles del juicio crítico y de racionalidad. Una vez desinhibido el sujeto parece excitado, cuando en realidad el alcohol ha ejercido una acción depresora sobre su sistema nervioso (Velasco, 2003)

Referido por una tercera parte de estudiantes, hombres y mujeres en similar proporción, en el nivel universitario se incrementa a la mitad de estudiantes, (Ramos, Vega, & Rodríguez, 2013). El patrón de uso (número de ocasiones) en que se ha consumido alcohol a lo largo de la vida muestra una tendencia hacia la uniformidad entre hombres y mujeres.

Las ocasiones y los lugares en que se consume alcohol se relacionan en el caso de mujeres con fiestas, y el lugar de consumo, principalmente la casa y restaurante; los hombres consumen en ocasiones de convivencia, fines de semana y por el estado de ánimo, variando el lugar, en la calle, cancha deportiva, discotecas o bares.

Se ha establecido que el ambiente es uno de los factores que vulneran el consumo de sustancias, entre los miembros de la familia que consumen bebidas, uno de cada cuatro, hombres y mujeres indican el consumo del padre y uno de cada tres el consumo de tíos.

Los problemas por el consumo de alcohol, son referidos por uno de cada cuatro estudiantes, predominando relaciones sexuales con riesgo, problemas con los padres y problemas con la policía. En la muestra de consumidores por cada cinco consumidores de alcohol, hay tres de tabaco y uno de drogas, la mitad consumen dos o más sustancias.

Entre las sustancias psicoactivas ilegales consumidas se encuentra el cannabis, cocaína, heroína, alucinógenos y tranquilizantes sin recetas. Las llamadas drogas psicoactivas cambian la manera de pensar, sentir y actuar (Velasco, R, 2005).

Las edades de mayor riesgo para el inicio de consumo de sustancias es de 13 a 15 años, el consumo de tabaco y alcohol, inicia incluso en la pre adolescencia, en donde influye una serie de riesgos añadidos con respecto a edades posteriores. La media de consumo para el tabaco y alcohol es de 14 años y el cannabis 15.5 años. Es importante analizar que los adolescentes comprendidos entre los 14 y 18 años que dejan de estudiar pueden constituir un

grupo vulnerable a las conductas de riesgo, incluyendo la exposición al consumo, y que no han quedado representados en el presente estudio

Los estudiantes de nivel medio han escuchado hablar sobre drogas, lo manifiestan cuatro de cada cinco estudiantes, tres mujeres de cada diez y un hombre de cada dos, han estado expuestos al consumo de sustancias, esta tendencia de consumo de adolescentes y adultos jóvenes podría relacionarse con la mayor disponibilidad de sustancias y con los mensajes que minimizan el riesgo de consumo, siendo el cannabis la droga que les han ofrecido regalada o vendida, la cual es más fácil de conseguir, seguida de la cocaína, las cuales son las drogas más extendidas. La mitad de los estudiantes de nivel medio, perciben que este problema se incrementó significativamente en los últimos cinco años.

Las sustancias ilícitas que probaron primero son el disolvente o inhalante y la marihuana o cannabis, que es una mezcla de color café verdoso de flores, tallos, semillas y hojas secas de la planta de cáñamo, cannabis sativa. Generalmente se fuma en pipa, puros o cigarros a los que se les saca el tabaco y se rellenan con marihuana, se combinan los principios activos de la marihuana con los de la nicotina y otras sustancias químicas dañinas (Velasco, 2003)

Tres de cada cuatro estudiantes desaprueban el consumo de sustancias lícitas e ilícitas y tres de cada cinco reconocen el poder adictivo de las drogas. Siendo la percepción de la mitad de los estudiantes de nivel medio, de las adicciones, como un problema de salud, que necesita ayuda, quienes además identifican los grupos de autoayuda y centros especiales como opciones de rehabilitación.

Los establecimientos educativos son principalmente los espacios que impulsan la prevención del consumo de sustancias

La mitad de estudiantes relaciona el consumo de sustancias con la violencia intrafamiliar y tres de cada diez con la violencia social y problemas con la ley.

No se cuenta con datos sobre la prevalencia de trastornos mentales en la población adolescente guatemalteca. Los síntomas de trastornos mentales encontrados en la mitad de los consumidores, corresponden a trastornos afectivos y trastornos neuróticos, en una relación de tres hombres por cada siete mujeres. La vulnerabilidad a desarrollar trastornos

psiquiátricos unido al inicio de consumo de sustancias en los primeros años de la adolescencia, hacen que el riesgo se multiplique.

Las explicaciones de la patología dual en la adolescencia, ubican el inicio y desarrollo de la comorbilidad de una adicción y otros trastornos mentales, de la interacción de factores de vulnerabilidad individual y factores ambientales. La prevalencia de patología dual se presenta en uno de cada diez estudiantes que consumen sustancias, similar a la presentada por los estudiantes universitarios (Ramos, Vega, & Rodríguez, 2013) en relación al sexo se presenta en nueve hombres por cada mujer.

La suicidalidad en estudiantes que presentan patología dual se encuentra en dos de cada cinco.

Los estudios sobre los factores que influyen en el consumo de sustancias adictivas han determinado que los factores ambientales (familia, disponibilidad) ejercen un papel relevante en las fases iniciales del consumo (Szerman, y otros, 2011) éstos van a diferir en relación al contexto social, económico y cultural.

Se abordó los factores que vulneran a estudiantes al consumo de sustancias. Los cuales explican las condiciones en que se hace probable, pero no son necesariamente causa de consumo. Se han encontrado factores de riesgo y protección que son comunes a una amplia variedad de conductas problemáticas o desadaptadas propias de la adolescencia y juventud (Plan Municipal de Drogas, 2001).

Los factores que influyen en la patología dual pueden ser múltiples y no excluyentes, por lo que los factores de riesgo y de protección que se encuentran implicados en el consumo de sustancias como en el trastorno mental interaccionan entre sí.

En el diagnóstico y atención terapéutica de adolescentes y jóvenes con patología dual es básico conocer los factores de riesgo y protección que se encuentran implicados en cada caso concreto, esto servirá para establecer el plan de intervención (acciones preventivas o terapéuticas) y las estrategias apropiadas. Se tomó algunos factores propuestos por la (Comisión Nacional para el desarrollo y vida sin drogas, 2002)

Entre los factores parentales se estableció que la mitad de los estudiantes que consumen alguna sustancia viven en hogares integrados, una cuarta parte sólo con la madre, uno de cada

veinte solo con el padre, en las sociedades actuales se observa un crecimiento en la desintegración familiar y la necesidad de los niños y adolescentes de residir con abuelos u otros familiares.

En la educación rígida y punitiva se incluyeron las agresiones físicas o verbales de los padres o encargados y la disciplina severa extrema y estricta, las cuales se identifican en tres de cada diez. La falta de control, supervisión y atención del comportamiento por parte de padres o encargados, uno de cada cuatro. La violencia y peleas entre los miembros de la familia, uno de cada diez, la relación por sexo es dos mujeres por cada hombre.

En las relaciones caóticas promovidas por padre, madre y/o encargado se encuentra el resentimiento y amargura, en el padre uno de cada cinco lo identifican y en la madre uno de cada diez. El maltrato o descuido es identificado en el padre una de cada diez mujeres y los hombres en la madre tres de cada cien. Los factores de riesgo más importantes son los que afectan al desarrollo temprano de la familia, ejemplo ambiente familiar caótico (National Institute on Drug Abuse, 2001)

El desempleo como condición caótica es identificado en el padre y la madre por uno de cada veinte, y los trastornos mentales como ansiedad y/o depresión uno de cada veinticinco en el padre y una de cada diez en la madre.

Según (Szerman, y otros, 2011) los factores sociales son los determinantes para el contacto inicial de la población con las sustancias de abuso, en el estudio se consideró la presión de grupo para el consumo, se identificó en uno de cada cinco. El maltrato por parte de los compañeros de la escuela es mayor en las mujeres, una de cada cinco, uno de cada siete en los hombres.

Las peleas y problemas con los compañeros son mayores en los hombres dos de cada cinco y tres de cada diez en las mujeres. Además tres de cada cinco hombres refiere tener amigos con conductas equivocadas que faltan a la disciplina, las mujeres dos de cada cinco.

Entre los factores psicosociales se encuentran problemas económicos, consumo de alcohol y drogas, identificados por la mitad de los consumidores. La repitencia escolar es referida por dos de cada cinco.

En lo individual entre las conductas identificadas destacan la agresividad, el ser arriesgados, destructivos y promiscuos. La vulnerabilidad individual también está condicionada por el estado emocional, los hombres identificaron timidez, enojo y euforia y las mujeres tristeza, enojo y desilusión.

Entre las conductas adictivas no específicas al uso de sustancias psicoactivas, en los últimos años se identificó el riesgo de adicción al uso de celulares, si bien el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales, DSM-V ha aceptado su inclusión como adicción en su apéndice dentro de las categorías y criterios diagnósticos, el estudio encontró que principalmente las mujeres, dos de cada cinco y tres hombres de cada diez, presentan este problema, así como una percepción externa de la problemática. Entre las conductas identificadas se encuentra no separarse del celular ni en el baño ni en la cocina, es alarmante observar como las relaciones y conversaciones son generalmente a través del celular, con efectos como disminuir horas de sueño, incremento de ansiedad o gastos excesivos.

El riesgo de adicción a comer se presenta en uno de cada diez para los dos sexos, incrementándose a los dieciséis años a uno por cada cinco para los hombres. A una de cada cuatro mujeres les afecta su manera de vivir y los comentarios de otras personas, en los hombres uno de cada seis. Las conductas indicadoras de riesgo de adicción se presentan en tres de cada diez. Los efectos emocionales como la culpa y remordimiento después de comer en exceso, el ansia de comer en el día o la noche y comer para escapar de las preocupaciones o problemas es similar en hombres y mujeres presentándolo uno de cada diez.

El riesgo de adicción a la pornografía se incrementa en hombres uno de cada diez y en las mujeres uno de cada cien, sin embargo su percepción de encontrarse expuestos se incrementa a una de cada diez mujeres y tres de cada diez hombres. En algunos casos se refirió el inicio durante la niñez, sin embargo el paso a la pubertad incrementa su uso a dos hombres por cada cinco y una mujer por cada veinte. Identificando los lugares en donde encuentran pornografía el internet, videos y televisión, siendo los videos su primer contacto con la pornografía.

5. Conclusiones

Se determinó que el alcohol es la sustancia psicoactiva que más se consume, observando un comportamiento similar en hombres y mujeres, uno de cada cinco estudiantes que lo ingieren presentan abuso o adicción, el tabaco ocupa el segundo lugar, con una prevalencia mayor en hombres, siendo significativa la combinación de estas dos sustancias (policonsumo) por más de la mitad de consumidores.

Se identificó que los estudiantes se encuentran expuestos ante la oferta de drogas, principalmente los hombres, a uno de cada dos le han ofrecido vendida o regalada. El cannabis es la más fácil de conseguir y los inhalantes la primera en consumir seguido del cannabis.

El resultado permitió conocer la percepción de los estudiantes hacia las personas adictas en quienes identifican un problema de salud que necesita atención, en centros especiales y grupos de autoayuda, variando de la visión legalista que los criminaliza. Con respecto a la percepción sobre la evolución del problema de las drogas, la mitad de los estudiantes percibe un incremento en los últimos cinco años.

La investigación estableció las edades de inicio de consumo principalmente de 13 a 15 años y la curiosidad como la principal razón para iniciar el uso de sustancias psicoactivas, vinculándolo a situaciones personales que llevan al inicio de las sustancias consideradas lícitas y estas como puerta de entrada para las sustancias ilícitas como el cannabis, anfetaminas y la cocaína. Además se identificó antecedentes de consumo en familiares, principalmente padres y tíos.

Los trastornos mentales que se identificó en los estudiantes que confirmaron ser consumidores de sustancias fueron los trastornos afectivos y trastornos neuróticos, uno de cada diez presenta patología dual y la prevalencia de suicidalidad de dos estudiantes de cada cinco.

El resultado permitió establecer los factores parentales que vulneran a los estudiantes del nivel medio al consumo de sustancias, se identificó la desintegración familiar, las agresiones físicas o verbales, la disciplina severa extrema y estricta o por el contrario la falta de control, supervisión y atención del comportamiento por parte de padres y o encargados.

Entre los factores sociales el resultado evidencia a los amigos con conductas equivocadas o inadecuadas, problemas económicos en la familia, comunidades inseguras en donde se consume alcohol y drogas y el considerar el consumo de tabaco y alcohol como normal en el medio social y escolar.

Se determinó entre los factores individuales la agresividad y conductas de riesgo, prevaleciendo estados emocionales de enojo, tristeza, desilusión y euforia.

El resultado identificó al uso de celulares, como una conducta con riesgo de adicción, con un leve incremento en las mujeres, riesgo que aumenta con la edad, esto debido a que gran parte de las relaciones y conversaciones son a través del celular, no separándose para actividades básicas como ir al baño o cocinar e incluso usarlo muy tarde por la noche, otra conducta vinculada con la adicción es sentirse nervioso o inquieto cuando se le descarga la batería.

El estudio permitió establecer el problema de la adicción y la patología dual como un problema de salud que está afectando de manera creciente a los adolescentes y jóvenes en el municipio de Jutiapa, el cual permanece invisibilizado, principalmente por la poca demanda de atención.

6. Recomendaciones

1. Visibilizar el problema por los consumidores y sus familias para promover una respuesta institucional.
2. Crear un sistema de intervención que incluya la detección precoz, intervención primaria, derivación y atención integral del trastorno mental, consumo de sustancias y patología dual en los adolescentes, y adultos jóvenes, utilizado por instancias de educación, salud y servicio social.
3. Adaptar las técnicas y estrategias de atención a las características individuales de cada estudiante: edad, sexo, cultura, estadio de cambio, personalidad, etc.
4. Incluir en el sistema de intervención a la familia, la cual es fundamental en el tratamiento, los institutos educativos y otros sistemas de su entorno (amigos, familia extensa, etc.).
5. Establecer estrategias de vinculación y mantenimiento de alianzas terapéuticas con estudiantes y sus padres, manteniendo de esta forma un contacto con el programa de tratamiento el tiempo suficiente para que pueda obtener el beneficio.
6. Considerar diferentes estrategias médicas, psicoterapéuticas y sociales en los diferentes espacios individual, familiar, grupal y comunitario, atendiendo las necesidades de los adolescentes y jóvenes.
7. Coordinar la atención entre los diferentes servicios de salud, educación, social, legal y recreativo. Promoviendo el trabajo en red a través de un equipo profesional multidisciplinario.
8. Promover un Programa departamental de salud mental que incluya el eje de prevención e intervención primaria que facilite el desarrollo de instrumentos o protocolos de detección de síntomas de psicopatología y factores de riesgo para la detección del consumo de sustancias, trastorno mental y patología dual, que sean usados por profesionales que se encuentran en contacto con la población de estudiantes del nivel primario y medio.
9. Promover la Política Nacional de Salud Mental que dé respuesta a las necesidades existentes en la población guatemalteca, principalmente niñez, adolescencia y juventud.

7. Referencias

- Aleman, L., & López, Y. (2014). *Guía para el diagnóstico de la drogodependencia en la atención primaria de salud*. Managua: Popol Na.
- Alfaro, M., Vásquez, M., Fierro, A., Herrero, B., Muñoz, M., & L., R. (2015). Uso y riesgos de las tecnologías de la información y comunicación en adolescentes de 13-18 años. *Acta Pediátrica Española*, 146-151.
- Becoña, E., Cortés, M., Pedrero, E. J., Fernández-Hermida, J. R., Casete, L., Bermejo, P., . . . y Tomás, V. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Betancur, A., & Zambrano, R. (2014). Prevalencia del consumo de tabaco en una muestra de adolescentes escolarizados del municipio Ebejico, Departamento de Antioquia, Colombia. *Liberabit*, 131-139.
- Bobes, J., Casas, M., & Gutiérrez, M. (2011). *Manual de Trastornos Adictivos*. Madrid: Enfoque Editorial S.C.
- Cáseres, D., Salazar, I., Varela, M., & Tovar, J. (2006). Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. *Universitas Psychologica*, 521-534.
- Comisión Nacional para el desarrollo y vida sin drogas. (2002). *Manual para la prevención del consumo de drogas*. Perú: Editora AVANFIT.
- Consuegra, N. (2010). *Diccionario de Psicología*. Bogotá: Litoperla Impresores Ltda.
- Faílde Garrido, J. M., Dapía Conde, M. D., & Alonso Álvarez, A. y. (2015). Consumo de drogas en adolescentes escolarizados infractores. *Educación XXI*, 18(2), 167-188.
- Fuentes, M., Alarcón, A., García, F., & Gracia, E. (2015). Consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas en la adolescencia: efectos de la familia y peligro del barrio. *Anales de Psicología*, 1000-1007.
- Gorrita, R., Romero, C., & Hernández, Y. (2014). Hábitos dietéticos, peso elevado, consumo de tabaco, lipidemia e hipertensión arterial en adolescentes. *Revista Cubana de Pediatría*, 315-324.
- Halgin, R., & Krauss, S. (2003). *Psicología de la Anormalidad*. México: Programas Educativos S.A. de C.V.
- Hawkins, D. (2009). *Acabe con las adicciones cotidianas*. Estados Unidos, Michigan: Editorial Portavoz.
- Instituto Nacional de Salud Mental. (2009). *Depresión*. USA: Publicación de NIH Num. SP 09 3561.

- Lubercio, M., & Natalla, F. (2010). *Problemas Sociales de Salud Prevalentes*. Buenos Aires: Graphicom .
- Malo, S., Casas, F., Figuer, C., & González, M. (2006). El teléfono móvil: disponibilidad, usos y relaciones por parte de los adolescentes entre 12 y 16 años. *Estudios sobre Educación*, 55-78.
- Medina, A., Marquez, C., Torres, N., Ramos, L., & Hernández, Y. (2015). Presencia de consumo de tabaco en un grupo de adolescentes. *Gaceta Médica Espirituana*, Vol.17, No.1.
- Meneses, C., Markez, I., Romo, N., Uroz, J., Rua, A., & Laespada, T. (2013). Diferencias de género en el consumo diario de tabaco e intensivo de alcohol en adolescentes latinoamericanos en tres áreas españolas (Andalucía, Madrid y País Vasco). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 525-535.
- Ministerio de la Protección Social-UNODC. (2010). *La prevención en manos de los y las jóvenes*. Bogotá: Alvi Impresores Ltda.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona: Martín Impresores, S.L.
- Montero, J. (2008). Comer: una adicción saludable y peligrosa. *Nutrición Clínica*, 46-49.
- Morris, C. G. (1997). *Psicología*. México: Prentice Hall Hispanoamericana S.A.
- National Institute on Drug Abuse. (2001). *Preventing drug use among children and adolescents. A research-based guide*. Estados Unidos: Disponible en: <http://www.nida.nih.gov/Prevention/CONTENT.HTML> [10 Octubre 2001].
- Nuño, B., Alvarez, J., Madrigal, E., & Rasmussen, B. (2005). Prevalencia y factores asociados al consumo de tabaco en adolescentes de una preparatoria de Guadalajara, Jalisco, México GUADALAJARA, JALISCO, MÉXICO. *Salud Mental*, 64-70.
- Organización Mundial de la Salud. (1993). *CIE-10*. Madrid: Meditor.
- Organización Panamericana de la Salud. (2005). *Neurociencia del Consumo y Sustancias Psicoactivas*. Maryland: Signature Book Printing.
- Pérez, F. (2011). *Estudios sobre adicciones*. España: Imprenta Provincial.
- Pérez, M., & y Lucio-Gómez, M. (2010). Construcción de un modelo de riesgo en el consumo de alcohol y otras sustancias ilícitas en adolescentes estudiantes de bachillerato. *Health and Addictions Salud y Drogas*, 79-96.
- Plan Municipal de Drogas. (2001). *Consumo de drogas y factores de riesgo en los jóvenes del municipio de Oviedo*. Oviedo, España: Ayuntamiento de Oviedo.

- Ramos, M., Vega, L., & Rodríguez, M. (2013). *Patología Dual en Estudiantes Universitarios del Municipio de Jutiapa*. Guatemala: USAC.
- Rueda, G., Camacho, P., Rangel, A., & Campo, A. (2009). Prevalencia y factores asociados con el consumo diario de tabaco en estudiantes adolescentes. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 669-680.
- Rueda, J., Pinto, J., Rangel, A., & Camacho, P. (2012). Abuso de alcohol en niños y adolescentes escolarizados y factores asociados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 273-283.
- Sánchez, J., Álvarez, P., & Rodríguez, J. (2012). Trastornos psiquiátricos asociados a alcoholismo: seguimiento a 2 años de tratamiento. *Actas Espanolas de Psiquiatría*, 129-135.
- Sánchez, J., Villareal, M., Ávila, M., Vera, J., & Musito, J. (2014). Contextos de socialización y consumo de drogas ilegales en adolescentes escolarizados. *Psychosocial Intervention* 23, 69-78.
- Sánchez, N., Reyes, U., Reyes, D., Quero, A., Reyes-Gómez, U., & Colón, F. (2007). *Entorno de la consulta de pornografía y su repercusión en relación a la sexualidad en un grupo de adolescentes masculinos*. Sonora, México: Asociación Médica del Hospital Infantil del Estado de Sonora.
- Sarason, I., & Sarason, B. (2006). *Psicopatología*. México: Pearson Education, Inc., PRENTICE HALL, INC.
- Szerman, N., Arias, F., Vega, P., Babín, F., Mesías, B., Basurte, I., . . . Poyo, F. (2011). Estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual en pacientes en tratamiento en la Comunidad de Madrid. *Revista Adicciones*, 249-255.
- Telumbre, J., & Sánchez, B. (2015). Consumo de alcohol en adolescentes del estado de Guerrero, México. *Health and Addictions, Salud y drogas*, 79-86.
- Torres, M., Santodomingo, J., Pascual, F., Freixa, F., & Álvarez, C. (2008). *Historia de las adicciones en la España contemporánea*. España: Secretaria General de Sanidad.
- Ugalde, F., Carmiol, A., Bejarano, J., Mora, A., Monge, J., & Gómez, A. (2003). Análisis del consumo de drogas en adolescentes escolarizados de Costa Rica, 1999. *Revista de Ciencias Sociales*, 11-23.
- Velasco, R. (2005). *La escuela ante las drogas*. México: Secretaría de Educación y Cultura del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave.
- Velasco, R. (2003). *Las Adicciones, Manual para maestros y padres*. México: Editorial Trillas.
- Villarreal, M., Sánchez, J., & Musito, G. (2012). *Análisis psicosocial del consumo de alcohol en adolescentes mexicanos*. España: Pontificia Universidad Javeriana.

8. Apéndice

8.1 Tablas características demográficas de la muestra primera etapa (edad, sexo, estado civil, religión, grado, lugar de procedencia, escolaridad de los padres)

8.2 Algoritmos de clasificación uso de tabaco, alcohol y drogas

8.3 Oficio de autorización Dirección Departamental de Educación

8.4 Consentimiento informado

8.5 Cuestionario sobre consumo de sustancias y otras adicciones (primera etapa)

8.6 Entrevista individual sobre consumo (segunda etapa)

8.7 Cuestionario sobre factores de riesgo (segunda etapa)

8.8 Fotografías

8.9 Actividades de gestión, vinculación y divulgación

9.10 Orden de pago

8.1 Características demográficas de la muestra primera etapa

Tabla 8.1.1 Características; sexo, edad, estado civil y religión de la muestra primera etapa

Característica demográfica n= 600		Hombres		Mujeres		TOTAL	
SEXO	Frecuencia	288		312		600	
	Porcentaje	48%		52%		100%	
EDAD (años)		n	%	n	%	n	%
	12-13	45	7.5	38	6.33	83	13.83
	14-15	72	12	78	13	150	25
	16-17	84	14	127	21.17	211	35.17
	18-19	62	10.33	51	8.5	113	18.83
	20-21	12	2	6	1	18	3
	22 +	13	2.17	12	2	25	4.17
	TOTAL	288	48%	312	52%	600	100%
ESTADO CIVIL	Soltero	276	46	306	51	582	97
	Casado	12	2	6	1	18	3
	TOTAL	288	48%	312	52%	600	10%
RELIGION	Católica	108	18	139	23.17	247	41.17
	Evangélica	102	17	130	21.66	232	38.66
	Mormona	3	0.5	3	0.5	6	1
	Testigo de Jehová	1	0.17	2	0.33	3	0.5
	Adventista	0		1	0.17	1	0.17
	Ninguna	74	12.33	37	6.17	111	18.5
	TOTAL	288	48%	312	52%	600	100%
Fuente: Encuesta Fase I							

Tabla No. 8.1.2 Grado de los estudiantes que integraron la muestra primera etapa

GRADO	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
1o.	52	8.67	37	6.16	89	14.83
2o.	51	8.5	46	7.67	97	16.17
3o.	17	2.83	10	1.67	27	4.5
4o.	63	10.5	109	18.16	172	28.66
5o.	45	7.5	70	11.67	115	19.17
6o.	60	10	40	6.67	100	16.67
TOTAL	288	48%	312	52%	600	100%

Fuente: Encuesta Fase I

Tabla No. 8.1.3 Lugar de procedencia de estudiantes que integraron la muestra primera etapa

Lugar de procedencia	Básico		Diversificado		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Jutiapa	196	32.67	302	50.33	498	83
Otros municipios	17	2.83	85	14.17	102	17
TOTAL	213	35.5	387	64.5	600	100%

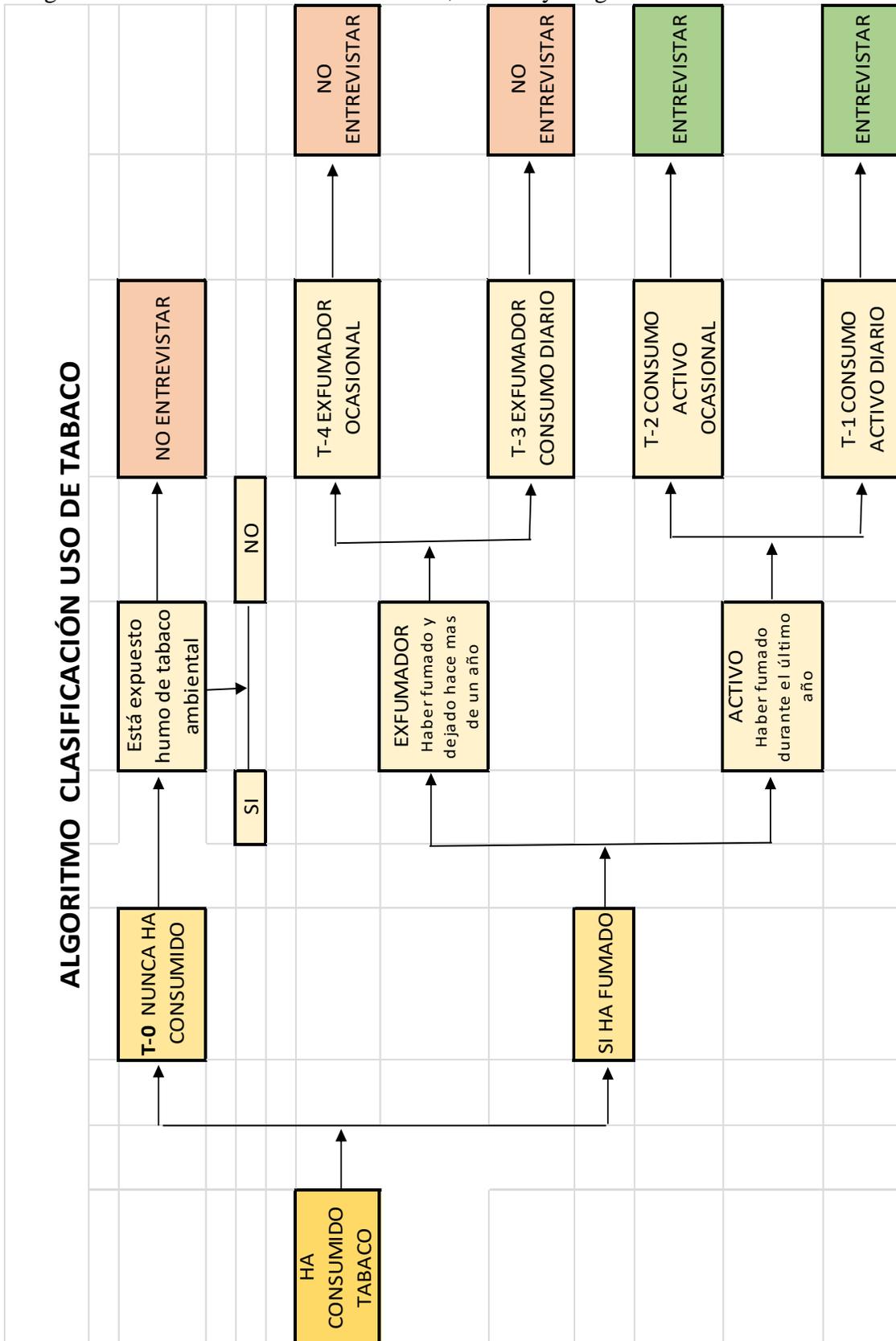
Fuente: Encuesta Fase I

Tabla No. 8.1.4 Escolaridad de los padres muestra primera etapa

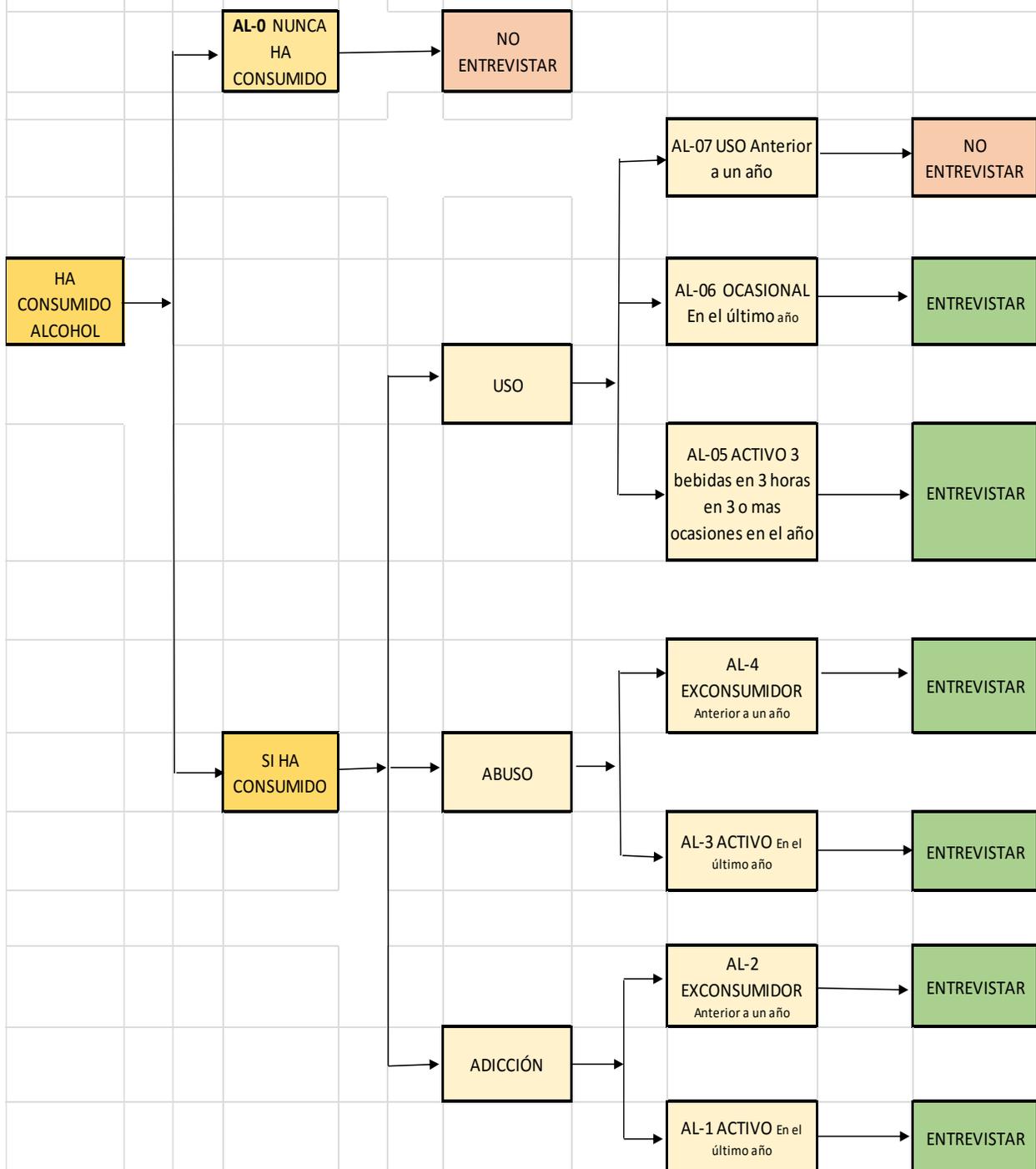
Nivel Educativo	Hombres		Mujeres	
	Padre	Madre	Padre	Madre
Ninguno	6%	7%	6%	5%
Primaria	27%	33%	29%	38%
Básico	31%	20%	19%	17%
Diversificado	19%	21%	26%	22%
Técnico Universitario	8%	8%	11%	11%
Licenciatura	7%	8%	7%	6%
Postgrado	2%	3%	2%	1%

Fuente: Encuesta Fase I

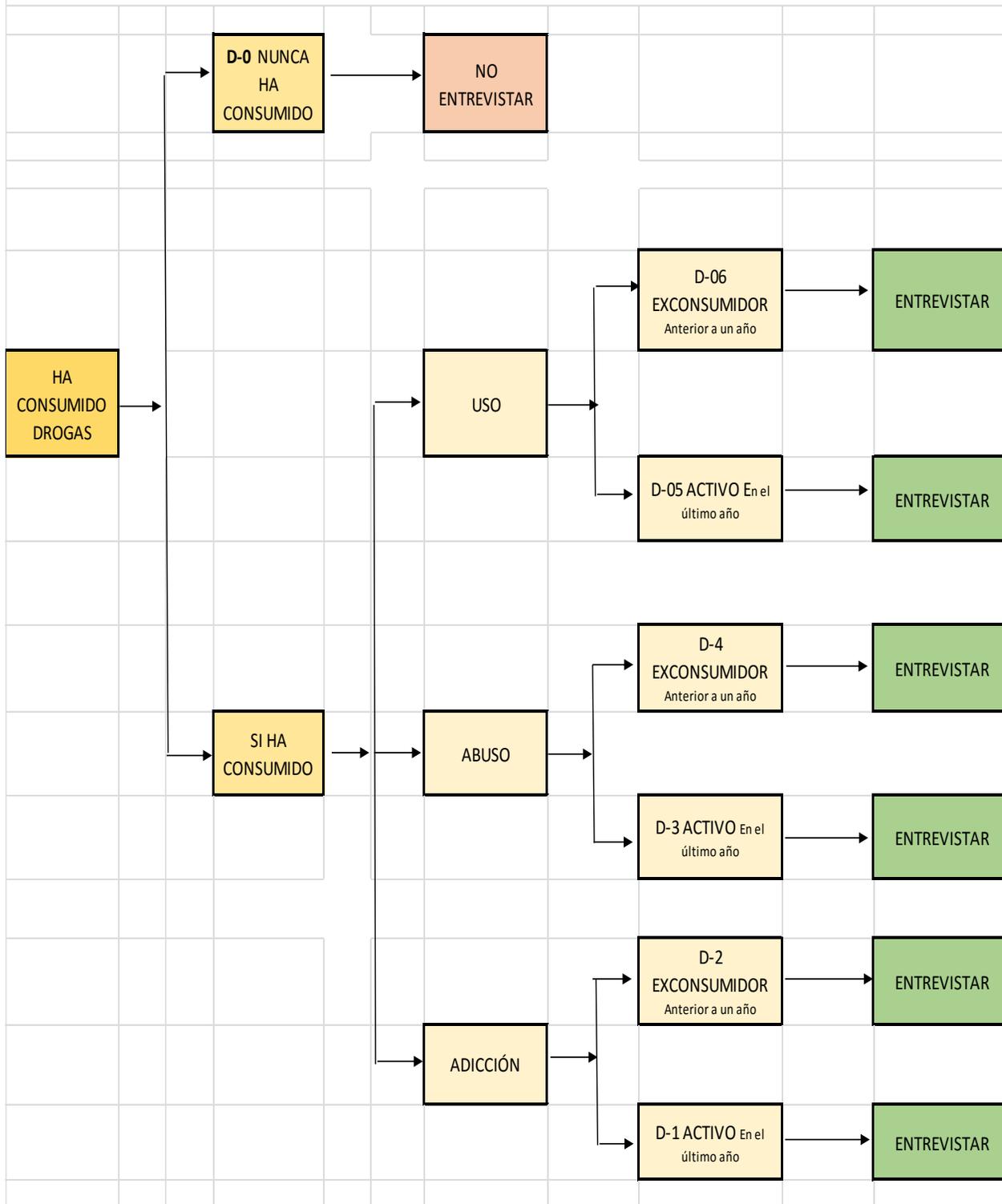
8.2 Algoritmos de clasificación uso de tabaco, alcohol y drogas



ALGORITMO PARA CLASIFICACIÓN DEL USO DE ALCOHOL



ALGORITMO PARA CLASIFICACIÓN DEL USO DE DROGAS



8.3 Oficio Dirección Departamental de Educación



8.4 consentimiento informado

Investigación “Adicciones y Patología Dual en estudiantes del nivel medio de la ciudad de Jutiapa”

La investigación está financiada por la Dirección General de Investigación, DIGI y el Centro Universitario de Jutiapa, JUSAC, de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Se realiza con el objetivo de establecer la incidencia de estudiantes de básico y diversificado que presentan uso/abuso/adicción a sustancias (tabaco, alcohol, cannabis-marihuana, cocaína, otros) y la comorbilidad con una afección mental, como ansiedad, depresión, déficit de atención, entre otros; inscritos en los diferentes establecimientos de nivel medio, del sector público y privado, que tienen presencia en la Ciudad de Jutiapa.

El propósito de esta encuesta es establecer el uso/abuso/adicción a sustancias en los estudiantes y su salud mental. Se podrá completar en un período de 40 minutos aproximadamente.

Los resultados obtenidos servirán para hacer recomendaciones a entidades de salud, educación y justicia, en el abordaje de la prevención, atención y rehabilitación, de personas que presenten esta situación.

Privacidad y confidencialidad:

La participación en esta investigación es estrictamente voluntaria. Por lo cual se agradece y se recuerda que toda la información que se proporciona mediante la encuesta y entrevista será mantenida de manera confidencial. Su información no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario son anónimas. Si tiene alguna duda, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Igualmente puede retirarse en cualquier momento o no acceder a responder el cuestionario sin que esto perjudique en ninguna forma su actividad estudiantil. Debe contestar las preguntas de la manera en que han sido escritas, y todos los participantes en el estudio, responderán a las mismas preguntas. Si algo no queda claro, pregunte. Es importante que las respuestas sean precisas y completas. Puede tomar el tiempo que sea necesario.

¡Muchas gracias por su participación!

Consentimiento:

He leído el presente documento y realizado las preguntas, que a mi juicio creí pertinentes por lo cual confirmo mi consentimiento y deseo de participar en forma libre y voluntaria en la investigación. Si tiene alguna duda contactar a la Coordinadora del Proyecto Licda. Marta Telma Ramos, al teléfono 78446284.

Yo autorizo el uso de esta información a las entidades antes mencionadas en este consentimiento para los propósitos descritos.

Nombre del Participante

Firma del participante

Fecha



8.5 Cuestionario sobre consumo de sustancias y otras adicciones

Antes de empezar, sírvase leer lo siguiente:

El presente cuestionario forma parte de un estudio en la ciudad de Jutiapa sobre el consumo de alcohol, drogas y tabaco entre los estudiantes, cofinanciado por el Centro Universitario de Jutiapa y la Dirección General de Investigación, de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Su establecimiento y sección han sido seleccionados al azar para participar en el estudio. Usted es uno(a) de los estudiantes a encuestar. La información que suministre contribuirá a comprender mejor a los jóvenes como usted.

Sus respuestas serán confidenciales. Nadie sabrá lo que ha escrito. Las preguntas sobre sus antecedentes solamente se utilizarán para describir los tipos de alumnos que responden al cuestionario.

Responda a las preguntas marcando lo que realmente sabe y hace, con la mayor franqueza posible. No hay ninguna obligación de responder al cuestionario. Si no se siente cómodo(a) respondiendo a una pregunta, simplemente deje el espacio en blanco.

Esto no es una prueba. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Si no encuentra una respuesta que sea exactamente la que corresponda, marque la más parecida. Sírvase leer cada una de las preguntas marque la respuesta o respuestas rellenando el círculo correspondiente.

Esperamos que el cuestionario le parezca interesante. Si tiene alguna pregunta, levante la mano y el encuestador(a) le ayudará.

Cuando haya terminado, entregue el cuestionario y la hoja de respuestas al encuestador(a). Utilice únicamente lápiz.

Escriba en donde se le indica: edad, sexo, estado civil, lugar en donde vive.

Muchas gracias por su ayuda. Puede comenzar.

NO ESCRIBA NADA EN ESTE CUADERNILLO, SOLO MARQUE EN LA HOJA DE RESPUESTAS.



1. ¿Cuál es el nivel de enseñanza más alto alcanzado por su padre?
a) Ninguno b) Primaria c) Básico d) Diversificado
e) Técnico Universitario f) Licenciatura g) Postgrado
2. ¿Cuál es el nivel de enseñanza más alto alcanzado por su madre?
a) Ninguno b)Primaria c) Básico d) Diversificado
e) Técnico Universitario f) Licenciatura g) Postgrado
3. ¿Quiénes viven con usted?
a) Vivo solo b) Padre c) Madre d) Hermanos e) Abuelos f) Tíos g) Otros
4. ¿En cuántas ocasiones ha fumado cigarrillos?
4.1 A lo largo de la vida:
a) Ninguna b) 1 a 5 c) 6 a 10 d) 11 a 20 e) 21 a 40 f) 41 a 60 g) más de 100
4.2 En los últimos 12 meses:
a) Ninguna b) 1 a 5 c) 6 a 10 d) 11 a 20 e) 21 a 40 f) 41 a 60 g) más de 100
4.3 En los últimos 30 días:
a) Ninguna b) 1 a 5 c) 6 a 10 d) 11 a 20 e) 21 a 40 f) 41 a 60 g) más de 100
5. ¿Se encuentra expuesto al humo producido por el tabaco, por su cercanía respecto a fumadores o exposición en ambientes cerrados en los que se consume tabaco?
a) No b) Si en el establecimiento c) Si en la casa d) Si en el trabajo
e) Si en el bus f) Si en restaurantes g) Si en otros lugares
6. ¿Conoce la Ley de Creación de los Ambientes Libres de Humo de Tabaco, Decreto 74-2008?
a) No b) Sí, he escuchado algo c) Sí, he leído algunos rótulos d) Si, la he revisado
e) Sí, he leído artículo f) Si, la he estudiado g) Sí, la he promovido
7. ¿Está de acuerdo en la prohibición expresa de fumar o mantener encendido un cigarrillo en estos espacios?
a) No estoy de acuerdo b) Lugar de trabajo c) Centros comerciales d) Restaurantes
e) Transporte público f) Clínicas y hospitales g) Todos los lugares públicos cerrados
8. ¿Alguien en su familia fuma?
a) Ninguno b) Padre c) Madre d) Hermanos e) Abuelos f) Tíos g) Otros
9. ¿Por qué razones fumó usted la primera vez?
a) No he fumado b) En la familia fumaban c) Fumaban compañeros d) Fumaban amigos e) Por curiosidad f) Presión de grupo g) Otros



10. ¿Con que frecuencia ha fumado cigarrillos en los últimos 12 meses?

- No he fumado b) 1 por semana c) 1 por día d) De 1 a 5 por día e) De 6 a 10 por día
f) De 11 a 20 por día g) Más de 20 por día

11. ¿Cuánto tiempo tiene de fumar?

- a) No he fumado b) Menos de 1 año c) De 1 a 2 años d) De 3 a 4 años e) De 5 a 7 años
f) De 8 a 9 años g) Más de 10 años

12. ¿Ha intentado dejar de fumar? ¿Qué ha hecho?

- a) No he fumado b) Me he trazado la meta c) Con medicamento d) Grupo para fumadores e)
Visité al médico f) Me alejé de las personas que fuman g) No lo he intentado

13. ¿De cuáles medicamentos ha escuchado hablar para dejar de fumar?

- a) Comprimido de nicotina b) Parche de nicotina c) Chicle de nicotina d) Bupropión e)
Inhalador bucal de nicotina f) Spray nasal de nicotina g) Ninguno

14. ¿Cuál es su opinión sobre los medicamentos para dejar de fumar?

- a) Las medicinas ayudan b) Son carísimas c) Pueden dañar la salud d) Difíciles de conseguir e)
Tienen que ser recetadas por un médico f) Podría dejarlo sin usar g) Ninguna

15. ¿En cuántas ocasiones ha tomado una bebida alcohólica? (botella o lata de 500 ml)

a. A lo largo de la vida:

- a) Ninguna b) 1 a 5 c) 6 a 10 d) 11 a 20 e) 21 a 40 f) 41 a 60 g) más de 100

b. En los últimos 12 meses:

- a) Ninguna b) 1 a 5 c) 6 a 10 d) 11 a 20 e) 21 a 40 f) 41 a 60 g) más de 100

c. En los últimos 30 días:

- a) Ninguna b) 1 a 5 c) 6 a 10 d) 11 a 20 e) 21 a 40 f) 41 a 60 g) más de 100

16. ¿Cuál es su bebida de preferencia?

- a) Aguardiente b) Coñac c) Whisky d) Ron e) Cerveza f) Vino g) Ninguno

17. ¿Con que frecuencia ha bebido en los últimos 12 meses? (botella o lata de 500 ml)

- a) No he bebido b) Uno por semestre c) Uno por mes d) Uno por semana e) Uno por día
f) De 1 a 5 por día g) De 6 a 10 por día

18. ¿En qué ocasiones acostumbra las bebidas alcohólicas?

- a) Siempre, sin motivo b) En fiestas c) Para convivir con los amigos d) Fines de semana
e) Cuando estoy triste f) Para celebrar g) Ninguna



19. ¿En qué lugares ha bebido alcohol?

- a) Casa b) Calle c) Cancha deportiva d) Restaurante e) Discoteca f) Bar g) Ninguno

20. ¿Alguien en su familia toma bebidas alcohólicas?

- a) Papá b) Mamá c) Hermanos d) Abuelos e) Primos f) Tíos g) Ninguno

21. ¿Le ha ocasionado algún problema beber alcohol?

- a) No he bebido b) Ningún problema c) Peleas a golpes d) Accidente o lesión
e) Problemas con padres f) Problemas con amigos g) Problemas en la escuela o trabajo
h) Problemas con la policía i) Hospitalizaciones j) Relaciones sexuales de riesgo

22. ¿Ha oído nombrar alguna de las siguientes sustancias?

- a) Marihuana b) Anfetaminas c) Éxtasis d) Crack e) LSD f) Disolvente o inhalante
g) Relevín h) Cocaína i) Heroína j) Ninguna

23. ¿Alguna vez le han ofrecido regalarle/venderle alguna sustancia?

- b) Marihuana b) Anfetaminas c) Éxtasis d) Crack e) LSD f) Disolvente o inhalante
g) Relevín h) Cocaína i) Heroína j) Ninguna

24. ¿Qué sustancias ha usado?

d. A lo largo de la vida:

- c) Marihuana b) Anfetaminas c) Éxtasis d) Crack e) LSD
f) Disolvente o inhalante g) Relevín h) Cocaína i) Heroína j) Ninguna

e. En los últimos 12 meses:

- d) Marihuana b) Anfetaminas c) Éxtasis d) Crack e) LSD
g) Disolvente o inhalante g) Relevín h) Cocaína i) Heroína j) Ninguna

f. En los últimos 30 días:

- a) Marihuana b) Anfetaminas c) Éxtasis d) Crack e) LSD
h) Disolvente o inhalante g) Relevín h) Cocaína i) Heroína j) Ninguna

25. ¿Qué edad tenía cuando por primera vez...? Escribir la edad en el círculo.

- a) Fumó un cigarrillo b) Bebió cerveza c) Se embriagó d) Probó tranquilizantes sin receta
e) Probó marihuana f) Probó LSD u otro alucinógeno g) Probó crack h) Probó cocaína
i) Probó éxtasis j) Probó heroína

26. De las sustancias que figuran a continuación ¿cuál es la primera que probó?

- e) Marihuana b) Anfetaminas c) Éxtasis d) Crack e) LSD
i) Disolvente o inhalante g) Relevín h) Cocaína i) Heroína j) Ninguna



27. Las personas difieren en cuanto a aprobar o desaprobar ciertas cosas que hacen otras personas. ¿De lo siguiente marque lo que usted aprueba?

- a) Fumar 5 cigarros al día
- b) Tomar 5 bebidas el fin de semana
- c) Probar marihuana 1 o 2 veces
- d) Probar crack 1 o 2 veces
- e) Probar un alucinógeno 1 o 2 veces
- f) Probar heroína 1 o 2 veces
- g) Probar éxtasis 1 o 2 veces
- h) Tomar tranquilizante sin receta
- i) Probar cocaína 1 o 2 veces
- j) No apruebo ninguna

28. A su juicio, ¿Corren riesgo de hacerse daño (físicamente o de otro modo) las personas que hacen lo siguiente?

- a) Fumar 5 cigarros al día
- b) Tomar 5 bebidas el fin de semana
- c) Fumar marihuana regularmente
- d) Usar un alucinógeno regularmente
- e) Usar heroína regularmente
- f) Usar crack regularmente
- g) Usar cocaína regularmente
- h) Usar éxtasis regularmente
- i) Corren riesgo con todas
- j) No corren riesgo con ninguna

29. ¿Qué tan fácil sería para usted conseguir cada una de las siguientes sustancias, si lo quisiera? Comprada o regalada. Marque lo que sería fácil.

- a) Marihuana
- b) Anfetaminas
- c) LSD
- d) Crack
- e) Éxtasis
- f) Disolvente o inhalante
- g) Relevín
- h) Cocaína
- i) Heroína
- j) Ninguna

30. ¿Cuál de las siguientes sustancias producen adicción?

- a) Ninguna
- b) Tabaco y alcohol
- c) Inhalantes
- d) Alucinógenos
- e) Marihuana
- f) Cocaína
- g) Heroína
- h) Éxtasis
- i) Anfetaminas y tranquilizante o sedante
- j) Todas

31. ¿Cómo considera usted a una persona adicta a sustancias?

- a) Enfermo
- b) Necesita ayuda
- c) Débil
- d) Delincuente
- e) Egoísta
- f) Con problemas
- g) Ninguna

32. ¿Cuáles son las opciones de rehabilitación más efectivas para las personas con adicciones?

- a) Que se curen por su cuenta
- b) Curarles en su propio ambiente
- c) Grupos de autoayuda
- d) Ingresar centros especiales
- e) Internar en un psiquiátrico
- f) Ingresen a la cárcel
- g) Ninguno

33. ¿Ha recibido mensajes para no usar drogas? ¿en dónde?

- a) No he recibido
- b) Centro de salud
- c) Establecimiento
- d) Trabajo
- e) Radio
- f) Televisión
- g) Otros

34. ¿Con que tiene relación el consumo de drogas ilegales?

- a) Violencia intrafamiliar
- b) Violencia social
- c) Dejar los estudios
- d) Accidentes
- e) Adquirir VIH/SIDA por compartir jeringas
- f) problemas con la ley
- g) Otros



35. ¿Cómo considera que ha evolucionado el problema de las drogas ilegales en los últimos cinco años en Jutiapa?
- a) Se incrementó significativamente el número de usuarios b) Hay un mediano incremento c) Hay un mínimo incremento d) Sigue igual e) Parece una disminución mínima f) Parece una mediana disminución g) Una disminución significativa
36. ¿Come usted cuando no tiene hambre?
- a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Raras veces e) Casi nunca f) Nunca
37. ¿Tiene usted sentimientos de culpa y remordimiento después de comer en exceso?
- a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Raras veces e) Casi nunca f) Nunca
38. ¿Anticipa usted con placer y expectación los momentos en que pueda estar solo para comer?
- a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Raras veces e) Casi nunca f) Nunca
39. ¿Come usted lo normal delante de otros y luego compensa por ello cuando está a solas?
- a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Raras veces e) Casi nunca f) Nunca
40. ¿Esta su peso afectando su manera de vivir?
- a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Raras veces e) Casi nunca f) Nunca
41. ¿Le molestan a usted los comentarios de otras personas quienes le dicen, "Usa un poco de fuerza de voluntad para dejar de comer excesivamente"?
- a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Raras veces e) Casi nunca f) Nunca
42. ¿Siente usted ansias de comer a una hora definida del día o noche, aparte de la hora de las comidas?
- a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Raras veces e) Casi nunca f) Nunca
43. ¿Come usted para escapar de las preocupaciones o los problemas?
- a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Raras veces e) Casi nunca f) Nunca
44. ¿Su obsesión por la comida hace infeliz a usted o a otros?
- a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Raras veces e) Casi nunca f) Nunca
45. ¿Come grandes cantidades de comida en cortos períodos de tiempo?
- a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Raras veces e) Casi nunca f) Nunca



46. ¿Las personas que le conocen dicen que esta todo el día pegado al teléfono?
a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Raras veces e) Casi nunca f) Nunca
47. ¿Suele tomar el celular de forma mecánica y sin pensarlo hace llamadas o manda mensajes solo por hacerlo?
a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Raras veces e) Casi nunca f) Nunca
48. ¿Aunque está en casa no se separa del celular, lo lleva siempre a su lado, de un cuarto a otro, incluso al baño o a la cocina?
a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Raras veces e) Casi nunca f) Nunca
49. ¿Se queda despierto hasta tarde utilizando el celular?
a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Raras veces e) Casi nunca f) Nunca
50. ¿Gran parte de las relaciones y conversaciones son a través del celular?
a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Raras veces e) Casi nunca f) Nunca
51. ¿Tiene un gasto excesivo en el celular, y aunque intenta reducirlo, no lo consigue?
a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Raras veces e) Casi nunca f) Nunca
52. ¿Le resulta más fácil platicar y ser sociable por el celular que en persona?
a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Raras veces e) Casi nunca f) Nunca
53. ¿Cuándo escucha que suena el celular se siente obligado a contestar porque le da ansiedad no saber quién le marcó y para qué, aunque este en situaciones inapropiadas?
a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Raras veces e) Casi nunca f) Nunca
54. ¿Si se le olvida el celular o se le acabó la batería, se siente nervioso o inquieto hasta que lo recupera o lo enciende?
a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Raras veces e) Casi nunca f) Nunca
55. ¿Aunque no espera una llamada, no puede evitar estar siempre pendiente de su celular?
a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Raras veces e) Casi nunca f) Nunca
56. ¿Está usted expuesto a la pornografía?
a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Raras veces e) Casi nunca f) Nunca



57. ¿Usa usted la pornografía?
- a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Raras veces e) Casi nunca f) Nunca
58. ¿En dónde puede usted encontrar pornografía?
- a) Revistas b) Televisión c) Videos d) Internet e) Teléfono f) Otros
59. ¿A qué edad empezó a usar pornografía?
- a) 6 a 8 años b) 9 a 11 años c) 12 a 14 años d) 15 a 18 años e) 19 a 21 años f) No uso
60. ¿Cuál fue su primer contacto con la pornografía?
- a) Revistas b) Televisión c) Videos d) Internet e) Teléfono f) Ninguno
61. ¿El internet le ha creado problemas relacionados con la pornografía?
- a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Raras veces e) Casi nunca f) Nunca
62. ¿Dedica mucho tiempo en el internet con fines sexuales?
- a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Raras veces e) Casi nunca f) Nunca
63. ¿Ha comprado servicios en línea con fines eróticos (páginas para citas, pornografía, fantasías y buscador de amigos)?
- a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Raras veces e) Casi nunca f) Nunca
64. ¿Ha dedicado mucho tiempo a navegar sitios de pornografía en línea?
- a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Raras veces e) Casi nunca f) Nunca
65. ¿Ha utilizado pornografía en línea, revistas o videos incluso bajo riesgo de ser sorprendido?
- a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Raras veces e) Casi nunca f) Nunca



8.6 Entrevista individual, segunda etapa

CÓDIGO

1. ¿Alguna vez ha probado cigarrillos (uno o dos)? → SI NO (NO, pase a la 5)
 2. ¿Cuántos años tenía?
 3. En el último año ¿fumó algún cigarrillo? SI NO
 4. En el último año, los días que fumó ¿Cuántos cigarrillos fumó
La mayoría de las veces?
 5. ¿Ha consumido alcohol en alguna ocasión? → SI NO (NO, pase a la 10)
 6. ¿A qué edad lo probó?
 7. ¿Ha consumido alcohol en el último año? SI NO
 8. ¿Qué cantidad consumió? (botella o lata de 500 ml)
 9. ¿Con que frecuencia ha consumido alcohol?
 10. ¿Ha consumido alguna droga? → SI NO
- ¿Qué edad tenía?



8.7 Cuestionario Factores de Riesgo

Responde las siguientes interrogantes con la mayor honestidad, marca en la HOJA DE RESPUESTAS la que más se adapta a tu situación.

1. ¿Con quién vives?

- a) Padre b) Madre c) Hermanos d) Abuelos e) Tíos f) Otros

2. ¿Has recibido agresiones físicas o verbales de tus padres o encargados?

- a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) veces e) Casi nunca f) Nunca

3. ¿La disciplina de tus padres o encargados ha sido severa extrema y estricta?

- a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Raras veces e) Casi nunca f) Nunca

4. ¿Hay falta de control, supervisión y atención de tu comportamiento por parte de tus padres o encargados?

- a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Raras veces e) Casi nunca f) Nunca

5. ¿Existe violencia y peleas entre los miembros de tu familia?

- a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Raras veces e) Casi nunca f) Nunca

6. ¿Tú o tu familia tienen problemas económicos?

- a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Raras veces e) Casi nunca f) Nunca

7. ¿Participas en actividades comunitarias, religiosas o deportivas?

- a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Raras veces e) Casi nunca f) Nunca

8. ¿Se consume alcohol y drogas en la comunidad en dónde vives?

- a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Raras veces e) Casi nunca f) Nunca

9. ¿Te han obligado tus compañeros al consumo de tabaco, alcohol o drogas?

- a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Raras veces e) Casi nunca f) Nunca

10. ¿Has sufrido maltrato de parte de compañeros de tu escuela?

- a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Raras veces e) Casi nunca f) Nunca

11. ¿Tienes peleas y problemas con tus compañeros?

- a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Raras veces e) Casi nunca f) Nunca



12. ¿Tienes amigos con conductas equivocadas o inadecuadas, que faltan a la disciplina?

- a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Raras veces e) Casi nunca f) Nunca

13. ¿Tus padres se encuentran divorciados o separados?

- a) Juntos b) Separados c) Divorciados d) Separados porque uno vive en otro lugar

14. ¿Existe resentimiento y amargura en alguno de tus padres o encargados?

- a) Padre b) Madre c) Ambos d) Encargado e) Ninguno

15. ¿Hay maltrato o descuido de parte de tus padres o encargados?

- a) Padre b) Madre c) Ambos d) Encargado e) Ninguno

16. ¿Está desempleado alguno de tus padres o encargados?

- a) Padre b) Madre c) Ambos d) Encargado e) Ninguno

17. ¿Alguno de los miembros de tu familia abusa del consumo de alcohol u otras sustancias?

- a) Padre b) Madre c) Hermanos d) Otro miembro e) Ninguno

18. ¿Alguno de los miembros de tu familia, padece un trastorno mental, ej. ansiedad o depresión?

- a) Padre b) Madre c) Hermanos d) Otro miembro e) Ninguno

19. ¿Vives en una comunidad insegura? a) Si b) No

20. ¿Has repetido algún grado? a) Si b) No

21. ¿Consideras que es normal el consumo de tabaco y alcohol en tu medio social y escolar?

- a) Si b) No

22. ¿Existen personas en tu comunidad, fuera de tu familia que te apoyan a evitar el consumo de tabaco, alcohol y drogas?

- a) Si b) No

Marca con una X todas las conductas que presentes:

- | | | | | | |
|------------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| a) Enojado | <input type="checkbox"/> | b) Triste | <input type="checkbox"/> | c) Agresivo | <input type="checkbox"/> |
| d) Inadaptado | <input type="checkbox"/> | e) Arriesgado | <input type="checkbox"/> | f) Promiscuo | <input type="checkbox"/> |
| g) Frustrado | <input type="checkbox"/> | h) Destructivo | <input type="checkbox"/> | i) Desilusionado | <input type="checkbox"/> |
| j) Inestable emocional | <input type="checkbox"/> | k) Tímido | <input type="checkbox"/> | l) Miedo | <input type="checkbox"/> |

8.8 Fotografías
Presentación de avance en Dirección General de Investigaciones. DIGI



Aplicación de encuestas primera etapa





Entrevistas a estudiantes de nivel medio, segunda etapa



Presentación de resultados a estudiantes y docentes en la Facultad de Agronomía





Conferencia informativa a directores y maestros.





8.9 Actividades de gestión vinculación y divulgación

1. Presentación de la problemática y proyecto a directores y docentes del Ministerio de Educación.
2. Gestión de información en Dirección de Área de Salud y Hospital Regional de Jutiapa.
3. Vinculación con la Clínica de Psiquiatría y Psicología, del Hospital Regional de Jutiapa, en la elaboración de propuesta de Programa de Salud Mental, teniendo como antecedente la presente investigación y la realizada en el 2013. (en proceso)
4. Divulgación de resultados en la Facultad de Agronomía a estudiantes y docentes.

8.10 Orden de pago

Listado de todos los integrantes del equipo de investigación

Contratados por unidad avaladora	

Nombre	Categoría	Registro de personal	Pago	
			SI	NO
Marta Telma Ramos Sandoval	Investigador I	20100198	SI	
Narciso Peñate Mazariegos	Investigador I	20150380	SI	
Enio Gerardo González	Auxiliar I	20131375	Si	

Nombre	Firma
Marta Telma Ramos Sandoval	
Narciso Peñate Mazariegos	
Enio Gerardo González	

Licda. Marta Telma Ramos Sandoval

Coordinadora del proyecto de investigación

firma

Dra. Hilda Elena Valencia de Abril

Vo.Bo. Programa Universitario de Investigación Interdisciplinaria en Salud –PUIIS-

firma

Ing. Agr. MARN Julio Rufino Salazar

Vo.Bo. Coordinador General de Programas

firma