



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA**  
**UNAN – LEÓN**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN DEMOGRAFÍA Y SALUD**  
**CIDS**



TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE MASTER EN CIENCIAS CON MENCIÓN EN  
SALUD MENTAL Y ADICCIONES.

**Tema**

**Prevalencia del consumo y policonsumo simultáneo de sustancias psicoactivos y factores asociados en estudiantes de primer ingreso y último año de las diferentes carreras de una Universidad Privada de Estelí. Primer semestre 2016**

Autor: Esp. Ivania Mercedes Videa.

Tutor: Dra. Teresa Alemán Rivera MSc

Profesor titular Facultad de Ciencias Médicas UNAN-León

León, 21 Marzo 2017

*“A la Libertad por la Universidad”*

## AGRADECIMIENTO

A Dios por la vida misma.

De manera especial a cada estudiante que participó en este estudio.

A las autoridades del Ministerio de Educación.

A Lic. Exania Nicaragua, Msc. Nohemí Rizo.

A MSc Nidia Lanuza Valdivia, por apoyarme para alcanzar esta nueva etapa profesional.

Al cuerpo de docentes de **Facultad de Ciencias Médicas Centro de Investigación en Demografía y Salud CIDS** UNAN León, de Manera especial a Dr. Andrés Herrera Rodríguez MD PhD, Dra. Teresa Alemán Rivera. Msc y al Lic. Ever Téllez Castillo. Msc. por introducirme en el fascinante mundo de la investigación.

## **DEDICATORIA**

A mi madre, mis hijos y mi esposo, por ser incondicional, por acompañarme en esta bonita etapa de formación y compartir con mis compañeros y compañeras de maestría.

A mis compañeras y compañeros de la tercera cohorte por cada momento vivido y compartido en estos dos años.

## RESUMEN

Nicaragua como parte de un mundo globalizado no es ajeno al consumo de sustancias psicoactivas, ilegales o no. (Castro, 2010). Con este estudio se pretende aportar a la comunidad universitaria información que sirva para buscar alternativas de prevención .**Objetivo:** Determinar la prevalencia de consumo y poli consumo de sustancias psicoactivas y factores asociados en estudiantes de primer y último año de los diferentes una Universidad Privada del Esteli primer semestre 2016. **Metodología:** Se realizó estudio descriptivo, transversal y analítico, al 100% (142) de la población, realizando un análisis variado y bi-variado utilizando el programa SPSS versión 21. **Resultados:** La mayoría son mujeres entre 20 y 25 años de edad, con prevalencia del 69% del consumo en su vida, El poli consumo fue 35,7%, alguna vez en la vida y 20.4% en el último mes; Las combinaciones más comunes, alcohol más tabaco y alcohol más marihuana. APGAR reflejo de la familia funcionales el 82%, y nivel de estrés psicológico muy grave 67%. Principales factores asociados con el consumo de edad, estar deprimido, lo utilizan para sentirse relajado, disfrutar de la compañía de amigos, y la presión social, el consumo es más frecuente en la carrera de Derecho y el de poli consumo en es más frecuente en los estudiantes de la carrera de Administración Turística. Siendo la mayoría de nuevo ingreso.

**Conclusiones:** Los programas preventivos y de investigación son necesarios para seguir las políticas del país, una Nicaragua libre de drogas.

---

**Palabras Clave:** Consumo poli consumo, Apgar, Distrés Psicológico.

## ÍNDICE

### AGRADECIMIENTO

### DEDICATORIA

### RESUMEN

I. INTRODUCCIÓN .....	1
II. ANTECEDENTES.....	3
III. JUSTIFICACIÓN.....	8
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	10
V. OBJETIVOS.....	11
Objetivo General:.....	11
Objetivos específicos:.....	11
VI. MARCO TEÓRICO.....	12
VII. MATERIALES Y MÉTODOS .....	39
VIII. RESULTADOS.....	43
IX. DISCUSIÓN.....	54
X. CONCLUSIONES.....	57
XI. RECOMENDACIONES .....	58
XII. BIBLIOGRAFÍA.....	59

## I. INTRODUCCIÓN

Las primeras noticias sobre la existencia de drogas en las sociedades, aportaron a la humanidad características que acompañan al ser humano con la historia de la existencia de las drogas a lo largo del tiempo, y su uso con sentido religioso, y otras con deseos embriagantes. En el caso egipcio, por ejemplo, fueron el opio y una especie de cerveza cuyo consumo se gravaba con impuestos. En la India, existen diversas referencias al soma, bebida ritual que elevaba «hasta las nubes» a quien la consumía, y la Odisea griega recoge el conocimiento de los poderes del nepente, brebaje que hacía olvidar el dolor y el infortunio. (Escohotado., 1999).

Las drogas dejan de ser un elemento que ayuda a escapar de la realidad cotidiana, para convertirse en parte rutinaria, sobre todo los fines de semana, donde se intenta buscar un estado de ánimo especial que facilite la relación, diversión, satisfacción, sensaciones nuevas, etc. Por ampliar las redes sociales y la búsqueda de autonomía, convierten la universidad en un período de especial vulnerabilidad y proclive al desarrollo de conductas asociadas al consumo. (Patricia Fernandez, Gema Martin Seoane., 2010).

Las drogas son un serio problema de Salud Pública en el mundo por sus efectos directos e indirectos, lo que sucede en todas las personas sin distinción de raza, credo o clase social, manifestándose generalmente en las poblaciones de casi todos los países del mundo, dañando la economía y disminuyendo la seguridad. (Gabriela Pereira Vasters, Moacyr Lobo da Costa, Nestor Castro., 2010)

Bajo el concepto de problemas relacionados con la droga, se agrupan problemas médicos (físicos y psicológicos); de relaciones (familiares, laborales, sociales), educativos (bajo rendimiento y deserción escolar); accidentes (domésticos, laborales y de tránsito); conductas violentas; y lesiones auto infligidas. Los estudiantes universitarios son un grupo de gran vulnerabilidad proporcionada por encontrarse en una edad en la cual los individuos tienen hábitos y costumbres que se constituyen en un riesgo para la salud. (Gabriela Pereira Vasters, Moacyr Lobo da Costa, Nestor Castro., 2010).

Nicaragua como parte de un mundo globalizado no es ajena al consumo epidémico de sustancias psicoactivas, ilegales o no, que han venido modificando y transformando formas de vivir y de comportarse y que termina muchas veces cobrando vidas humanas. (Gabriela Pereira Vasters, Moacyr Lobo da Costa, Nestor Castro., 2010).

Nicaragua, por su posición geográfica privilegiada en el centro del continente y poseer costas en el océano pacífico y atlántico resulta atractiva para el narcotráfico. La ubicación entre la región sur y norte de América coloca al país en el vértice del conflicto entre las regiones productoras y consumidoras. El fenómeno de las adicciones es moderno, creciente y se ha extendido en todo el mundo. Las adicciones son susceptibles de tratamiento y de prevención, con resultados exitosos. Las leyes y reglamentos que prohíben las drogas constituyen un factor de freno en el consumo. (Drogas y Marco Jurídico en Salud Mental en Nicaragua 2015 Dr. Braulio Espinoza)

El consumo de sustancias psicoactivas en los jóvenes ha crecido en gran manera, principalmente en la transición de la secundaria a los ambientes universitarios impactando este fenómeno en la calidad de vida del individuo la familia y la comunidad. Los estudiantes universitarios son una población vulnerable debido al cambio de ambiente y la calidad de vida al que se enfrentan, con poco control parental colocándolos en alto riesgo de uso y/o abuso de sustancias psicoactivas. (Membreño., 2013).

## II. ANTECEDENTES

El consumo de sustancias psicoactivas se constituye en un grave problema de salud pública en la población en general y particularmente entre los adolescentes y adultos jóvenes. Se debe tener en cuenta que el problema de las drogas es universal, enmarcado dentro de aspectos históricos, sociales, culturales, geográficos, políticos, educativos y económicos, por lo tanto, es un problema complejo que demanda intervenciones globales e integradas para reducirlo. (Acero., 2012).

Se estima que un total de 246 millones de personas un poco más del 5 por ciento gde 15 a 64 años en todo el mundo consumieron una droga ilícita en 2013. Unos 27 millones de personas son consumidores problemáticos de drogas, casi la mitad de los cuales son personas que se inyectan drogas. Los hombres son tres veces más propensos que las mujeres a consumir cannabis, cocaína y anfetaminas, mientras que las mujeres son más propensas a abusar de los opioides con prescripción médica y de los tranquilizantes. (PWID- People Who Inject Drugs).

El Informe Mundial sobre las Drogas indica que el cultivo del arbusto de coca continuó disminuyendo en 2013, alcanzando el nivel más bajo desde 1990. Con una prevalencia global del 0,4 % de la población adulta, el consumo de cocaína sigue siendo alto en Europa Occidental y Central, América del Norte y Oceanía (Australia), aunque los datos recientes muestran una tendencia a la baja en general. El consumo de cannabis está aumentando y sigue siendo alto en el oeste y centro de África, Europa Occidental y Central, Oceanía, y América del Norte. Los datos de 2013 muestran un aumento en las cantidades de hierba de cannabis y resina de cannabis incautadas en todo el mundo, llegando a 5.764 y 1.416 toneladas, respectivamente. (Gállico, 2006).

Estudios realizados en el 2012, indican que el 6.5 por ciento de los estudiantes de 8º grado, el 17.0 por ciento de los estudiantes de 10º grado y el 22.9 por ciento de los estudiantes de 12º grado habían usado marihuana en el mes anterior a la encuesta, lo que representa un aumento en comparación con el 14.2 por ciento de los estudiantes de 10º grado y el 18.8 por ciento de los estudiantes de 12º grado en el 2007. El consumo diario también ha aumentado; ahora, el 6.5 por

ciento de los estudiantes de 12º grado fuma marihuana todos los días, en comparación con el 5.1 por ciento en el 2007. ( Pablo Kuri M, Mikel Arriola Peñalosa, Jaime O'Shea Cuevas., 2015).

El Informe Mundial sobre las Drogas 2008, elaborado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), informa acerca del incremento del consumo de sustancias psicoactivas en el mundo y especialmente en América Latina. Se estima que 208 millones de personas usan sustancias psicoactivas, lo que equivale a un 4.9% de la población mundial; el rango de edad entre los consumidores se encuentra entre los 15 y 64 años. (ONUDD)

El consumo de la metanfetamina cristalina está aumentando en algunas partes de América del Norte y Europa. Las incautaciones de ETA desde 2009 - las cuales casi que se han duplicado para alcanzar más de 144 toneladas en 2011 y 2012, y mantenidas en un nivel alto en 2013 También apuntan a una rápida expansión en el mercado global. Para diciembre de 2014, un total de 541 nuevas sustancias psicoactivas que tienen impacto negativo en la salud habían sido reportadas por 95 países y territorios un aumento del 20 % en comparación con el dato del año anterior de 450. (Beatriz Paya, German Castellano., 2013).

En Colombia, el éxtasis es la tercera droga de mayor consumo, después de marihuana e inhalables, superando el consumo de cocaína y pasta base. En Ecuador es la cuarta (después de marihuana, inhalables y cocaína) y en Bolivia y Perú es la quinta. - En una investigación en la Universidad de San Pablo, Brasil, se encontró un alto consumo de alcohol (prevalentes del último mes), principalmente entre los estudiantes varones con cifras entre 71% para los estudiantes de ciencias exactas, hasta un 77% en los de ciencias humanas y biológicas, nuevamente la marihuana fue la de mayor consumo, con una prevalencia de un 26% entre los estudiantes hombres de ciencias humanas. (Gálligo, 2006).

La anfetamina y el éxtasis siguen siendo las drogas de diseño más consumidas en Europa y compiten en cierta medida con la cocaína. La anfetamina sigue siendo un elemento importante del paisaje de consumo de drogas en muchos países y su administración por vía parenteral ha sido históricamente una parte significativa del problema de drogodependencia crónica en muchos países de Europa, siendo un importante destino de las sustancias controladas. Las principales

fuentes de procedencia de las drogas que entran en Europa son América Latina, el Asia occidental y el norte de África. (Pablo Gigena C. Marcela Bella I. Lila S. Cornejo, 2012).

La tendencia de Poli consumo de drogas de abuso en América Latina según el segundo informe regional de consumo drogas de abuso en jóvenes escolarizados indica que tipo de droga consumida, en la mayoría de los casos de mono consumo se trata de uso exclusivo de marihuana. El poli consumo de drogas ilícitas, por lo tanto, alcanza al 31,8% restante, es decir cerca de un tercio de quienes consumieron drogas en el último año usaron más de una (sin incluir tabaco o alcohol). La distribución del poli consumo es bastante pareja entre los distintos países, aunque existen algunas diferencias, tanto en la magnitud del poli consumo como en las drogas consumidas y sus combinaciones. (Espinoza., 2013).

En América Latina, la droga ilícita más consumida por los adolescentes es la marihuana, que frecuentemente se consume junto con alcohol y tabaco (114). Brasil y Chile son los países de América Latina donde se observa una mayor prevalencia de opiáceos. Argentina, Colombia y Uruguay son los de mayor consumo de cocaína de acuerdo a los informes de UNODC/CICAD. (Lucchese, 2012).

Así como en todo el mundo, en Nicaragua el consumo de drogas legales e ilegales viene influenciando las relaciones sociales, trayendo consecuencias negativas para la vida humana. Hay pocos estudios sobre la prevalencia del consumo de drogas en Nicaragua. La Policía Nacional señala que 3,5 por cada mil habitantes consume algún tipo de droga ilegal actualmente. Según datos de 2003, entre estudiantes adolescentes de 12 a 20 años. (Ramon Alfaro, Guidorizzi Zanetti, Guerardi Donato., 2014).

En Nicaragua, la droga más consumida en 2014 fue la marihuana, seguida por la cocaína, los disolventes e inhalantes. Las anfetaminas han aumentado su prevalencia de consumo en esta población. Las drogas legales, el tabaco y el alcohol, presentan alto porcentaje de consumo, por lo menos de una vez en la vida en la mitad de los estudiantes. (PRENSA, 2014).

Según el informe del año 2000, del Consejo Nacional de Lucha Contra las Drogas (CNLCD), Nicaragua se ha convertido en un punto de enlace y tránsito ilegal de drogas, lo que ha permitido

mayor disponibilidad y con ello se ha elevado el consumo de drogas ilegales. Por consiguiente, la mayor disponibilidad de drogas facilita el poli-consumo de sustancias psicoactivas. (PRENSA, 2014).

Nicaragua se encuentra geográficamente ubicada en un tránsito de negocio de la droga que se produce en Suramérica, y que luego se traslada a Norteamérica, donde operan, principalmente, los cárteles mexicanos y residen los principales consumidores. Entre el 2000 y 2012, el Ejército de Nicaragua incautó cerca de 120 toneladas de cocaína, a razón de diez toneladas por año. (PRENSA, 2014).

En Nicaragua, se encontró que la droga más consumida era la marihuana, seguidas por la cocaína, solventes e inhalantes, encontrándose que el éxtasis y otras anfetaminas han aumentado, en los últimos estudios, su prevalencia de consumo. El cigarrillo y el alcohol son consumidos en un alto porcentaje, cerca de la mitad de los estudiantes han consumido una de las drogas lícitas una vez en la vida. (Gabriela Pereira Vasters, Moacyr Lobo da Costa, Nestor Castro., 2010)

Un estudio realizado en León, Nicaragua, en población general mostró cifras cercanas a 1/3 de los participantes de 18 a 24 años reportando consumo de alcohol en 12 meses previos, consumo focalizado en estudiantes universitarios. En la muestra, alrededor del 80% de los entrevistados reportó haber consumido alcohol en similar periodo, siendo más alto en las escuelas de enfermería y medicina; mientras aún más de la mitad reportó consumo de alcohol en los últimos 30 días. (Andrés Herrera Rodriguez, Laura Simich, Carol Strike, Bruna Brands, Norman Giesbrecht., 2009).

El 56 por ciento de los adolescentes de **Nicaragua** han consumido drogas, principalmente “**crack**”, según un estudio elaborado por la **Secretaría de la Juventud** de este país. El estudio, en el que participaron 1.725 jóvenes de edades comprendidas entre los 12 y los 19 años, de ocho municipios nicaragüenses, revela que el “crack”, un derivado muy barato de la cocaína, es consumido sobre todo por personas de escasos recursos. El “crack” tiene graves efectos sobre el organismo y llega a ser mortal. El informe indica que la mayoría de los jóvenes inicia a consumir drogas antes de cumplir los 15 años. “La falta de oportunidades es la causante de estas

alarmantes cifras”, dijo el presidente del Consejo de la Juventud Nicaragüense, Virgilio Vásquez, al presentar el estudio. (La voz del Sandinismo, 2006)

### III.JUSTIFICACIÓN

El consumo de drogas hoy acarrea un sin número de problemas a las personas que las consumen, o a una parte de ellas, y que ello repercute no sólo en la esfera personal, sino que se extiende a la esfera familiar, social, sanitaria, orden público, etc. El consumo de drogas, tanto las de tipo legal (alcohol y tabaco), como las de tipo ilegal, sea marihuana, cocaína, drogas de síntesis, etc., tienen una alta prevalencia e incidencia en problemas para la salud de muchas personas y una importante morbilidad y mortalidad en muchos de sus consumidores. (Iglesias., 2002).

El poli-consumo de sustancias psicoactivas puede asociarse a una variedad de consecuencias negativas, incluyendo un aumento en el riesgo de consumo de drogas y años más tarde, fracaso escolar e irresponsabilidad que pueden poner al adolescente en riesgo de accidentes, violencia, relaciones sexuales no planificadas e inseguras, así como suicidio. (Jaime Alfonso Mejía Ocampo, Carlos Alberto Velasquez Lopez., 2010).

Asumiendo que el consumo de drogas en la actualidad es un problema de salud pública, los riesgos más importantes asociados a su consumo elevado y nivel de violencia civil, intrafamiliar y social que afecta fundamentalmente a la población joven y por ende económicamente activa, una persona expuesta al consumo de sustancias se determina a sí misma y a todos los miembros de su familia a no desarrollar una vida plena, no están en condiciones de aprovechar al máximo las oportunidades que tienen disminuyendo las posibilidades de mejorar el nivel socio cultural. (Beatriz Paya, German Castellano., 2013).

El uso y abuso de las drogas, tanto legales como ilegales, constituye un problema grave debido a las alteraciones físicas, psicológicas y sociales que produce en las personas. Nos encontramos en un momento de riesgo elevado para niños, adolescentes y jóvenes, en el que la prevención debe ser una actuación prioritaria, la escuela no puede permanecer al margen de la educación sobre drogas cuando se sabe que los niños están familiarizados con tabaco, alcohol, medicamentos, que tienen a su alcance toda una gama de drogas ilegales para su consumo, y además, la transición de secundaria a la Universidad. (María Caballero Blaya, Diego Macià Antón, 2012).

El consumo de sustancias psicoactivas se considera un problema mundial que repercute tanto en el sector social, económico y político como en el de salud. Según diferentes estudios, las muertes por violencia tales como accidentes de tránsito, suicidios y homicidios, se fundamentan en el hecho que existe una fuerte influencia del alcohol y otras sustancias psicoactivas. (Beatriz Paya, German Castellano., 2013).

El consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales constituye uno de los problemas más importante que enfrenta la sociedad ya que ocasiona altos costos personales, económicos y sociales. (González Barrón y otros, 2002).

Esta investigación tiene por objetivo determinar la prevalencia de consumo y poli-consumo de sustancias psicoactivas y los factores socioculturales vinculados en estudiantes de nuevo ingreso y de último año de la diferente carrera de una Universidad Privada de Estelí.

Por tanto, se pretende aportar a la comunidad universitaria información que sirva para buscar alternativas de prevención de este flagelo social que afecta mucho a los estudiantes.

#### **IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Estelí es una ciudad que está ubicada al norte del gNicaragua, sobre la carretera panamericana, que facilita insertarse exitosamente en la actividad comercial del país y Centro América. No obstante, estas ventajas le ponen vulnerable frente al fenómeno de consumo de drogas y sustancias psicoactivas. (Paguagua, 2006).

En los estudiantes universitarios hay una preocupación porque cada vez son más vulnerables hacia el consumo de sustancias psicoactivas, el consumo y policonsumo de drogas tiene implicaciones legales y sociales para los estudiantes y familiares. La transición de la escuela a la universidad es un cambio muy agotador y agrupándolos en alto riesgo de uso y abuso de sustancias psicoactivas. (Andrés Herrera R. Monica Veloza, Giselle Riquelme, 2012)

El consumo simultáneo de más de una sustancia psicoactiva al mismo tiempo, es un tópico que diversifica y complejiza el fenómeno de las drogas en la sociedad contemporánea. Los estudiantes que consumen sustancias psicoactivas pasan a ser motivo de preocupación, porque ellos representan los futuros profesionales que atenderán a la población que demanda sus atenciones. (Rosibel Prieto Silva, Laura Simich, Karol Strike, Wrigth, 2010).

El poli-consumo de sustancias psicoactivas, es un problema de salud pública, por el daño individual y social que genera en las personas que las ingieren. El estudio nacional más reciente informó prevalencias elevadas de consumo sustancias ilegales en población de estudiantes universitarios. (E., 2011).

En base al planteamiento arriba descrito, se hace la siguiente interrogante:

¿Cuáles es la prevalencia del consumo y policonsumo simultaneo de sustancias psicoactivos y factores asociados en estudiantes de primer ingreso y último año de las diferentes carreras de una Universidad Privada de Estelí primer semestre 2016?

## V. OBJETIVOS

### **Objetivo General:**

Determinar la prevalencia del Policonsumo simultáneo de sustancias psicoactivos y factores asociados en estudiantes de primer ingreso y último año de las diferentes carreras de una Universidad Privada de Estelí primer semestre 2016

### **Objetivos específicos:**

1. Caracterizar demográficamente la población de estudio.
2. Determinar la prevalencia del consumo y policonsumo de sustancia psicoactiva en la población de estudio.
3. Describir los factores socio-culturales que influyen en el incremento de la población que consume sustancias psicoactivas.
4. Identificar la funcionalidad familiar y su relación con el distress psicológico y consumo de sustancias.

## VI. MARCO TEÓRICO

### **Droga**

Es todo fármaco o principio activo de un medicamento, elemento de origen biológico natural o producto obtenido de él por diversos métodos o sustancias producidas artificialmente que produce efectos en el sistema nervioso central, provocando alteraciones anormales en el estado de ánimo y la conducta. (García del Castillo Rodríguez, 2003)

La organización mundial de la salud (OMS) define a las drogas como sustancias naturales o químicas que introducidas en un organismo vivo por cualquier vía de administración: ingestión, inhalación, intramuscular o intravenosa, es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central (SNC) produciendo un cambio en la conducta de la persona modificando el estado psíquico. (Escohotado., 1999).

Las drogas, “Es toda sustancia química que introducida voluntariamente en el organismo de un sujeto, posee la propiedad de modificar las condiciones físicas o químicas de este.” “Son aquellas sustancias cuyo consumo puede producir dependencia, estimulación o depresión del sistema nervioso central, o que dan como resultado un trastorno en la función de juicio, del comportamiento o del ánimo de la persona.” (Mercedes, 2013).

Por otro lado, la juventud incluyendo la adolescencia es un factor asociado al consumo de (SPA) sustancias psicoactivas, esta etapa contiene un proceso de cambios que generan vulnerabilidad y predisposición al consumo, en especial porque se encuentra delimitada por cambios biológicos importantes que marcan la llegada de la madurez física y sexual del adolescente y por cambios sociales, emocionales y cognoscitivos que suceden mientras lucha por su independencia y avanza hacia la etapa adulta. (Papalia, 1998).

Son múltiples los factores psicosociales que están relacionados con el consumo de SPA en los adolescentes, estos influyen sobre la salud de los mismos dando lugar a conductas antisociales o autodestructivas, dentro de estos factores tenemos el pertenecer a familias disfuncionales, el bajo rendimiento escolar, la baja autoestima entre otros. (Papalia, 1998).

De acuerdo con lo establecido por la UNESCO, existen diversas formas de consumo de sustancias, definidas como:

- **Experimental:** es un consumo practicado en un tiempo muy limitado, en el cual la sustancia puede ser probada una o varias veces, pero no se vuelve a consumir. El tipo de droga consumida es casi indiscriminada, siendo determinada mayormente por la oferta de amigos, compañeros u otros. Motivados por la curiosidad, el sentirse adulto, integrado a un grupo, etc.
- **Ocasional:** es un consumo discontinuo cuya finalidad principal es la desinhibición personal para lograr la integración grupal; puede ocurrir también con fines concretos como alcanzar un mayor placer sexual, etc.
- **Habitual:** Se presenta diariamente y con un doble objetivo, por un lado, aliviar el malestar orgánico y psicológico de la persona y por otro lado, mantener un rendimiento. La persona invierte gran parte de su tiempo pensando en la droga, en buscarla y auto administrarla.
- **Compulsivo:** Es un consumo que se realiza varias veces al día acompañado de un importante trastorno del comportamiento, el cual genera varias consecuencias sociales. Suele ser un consumo aislado de los demás cuyo propósito es aliviar los síntomas de abstinencia. (Martín-del Moral and Fernández 2009)

### **El poli-consumo de sustancias psicoactivas**

En general, modifican las condiciones físicas y químicas del organismo, mediante una acción directa sobre el sistema nervioso central alterando su estructura y funcionamiento, afecta la conciencia del individuo con efectos en el comportamiento, la presencia de ansiedad, depresión y estrés están asociados al consumo de drogas, puesto que constituyen una forma fácil y rápida para experimentar sensaciones placenteras, modificar los sentimientos asociados al malestar emocional, cambios y presiones del entorno. (Delcy Caceres, Isabel Salazar, Maria Valera, Jose Tovar., 2006).

El fenómeno de la drogodependencia se constituye durante el transcurso del siglo pasado en el soporte de la transmisión de múltiples mensajes ideológicos, políticos y morales. Aparejados al uso de sustancias psicoactivas, se multiplican los problemas sociales y así surge hacia fines del

siglo XIX la noción de flagelo social en cuyo marco la polémica sostenida desde diversos discursos (principalmente políticos y educativos) produce confusión en los diferentes niveles de discusión (Pelletier, 1992).

El grado de presión social que ejercen los estudiantes consumidores está asociado con el inicio del consumo en los jóvenes, debido a que los consumidores tienen sus propias percepciones y riesgos sobre las drogas y mediante los procesos de aprendizaje social influyen en los otros, insatisfacción con las relaciones interpersonales, algunos jóvenes atribuyen un alto valor al consumo porque constituye un medio rápido y sencillo de sentirse aceptados por sus iguales. (Delcy Caceres, Isabel Salazar, Maria Valera, Jose Tovar., 2006)

Actualmente, hay preocupación por los estudiantes universitarios porque son vulnerables hacia el consumo de droga, aventura que ponen en peligro su bienestar y aumentan la carga de atención para cada nación, el poli-consumo abarca todos los ámbitos de la convivencia social; su relación con la enfermedad, la violencia, la delincuencia y la pobreza. (Rodríguez AH, Simich L, Strike C, Brands B, Giesbrecht N, Khenti A., 2012)

Las consecuencias sociales y legales del poli-consumo simultáneo de sustancias psicoactivas, sin duda están estrechamente ligadas con los hallazgos de estudios de implicaciones legales, sociales y familiares descritos en la literatura y relacionados con el consumo, el consumo de sustancias psicoactivas puede asociarse a una variedad de consecuencias negativas, incluyendo un aumento de riesgo de consumo de drogas años más tarde, fracaso escolar e irresponsabilidad que pueden poner al adolescente en riesgo de accidentes, violencia, relaciones sexuales no planificadas e inseguras, así como suicidio. (Rodríguez AH, Simich L, Strike C, Brands B, Giesbrecht N, Khenti A., 2012)

### **Sustancias psicoactivas**

Son todas aquellas sustancias químicas de origen natural o sintético que al introducirse por cualquier vía oral, nasal, intravenoso, intramuscular ejerce un efecto directo sobre el sistema nervioso central (SNC) ocasionando cambios específicos a sus funciones, que está compuesto por el encéfalo y la médula espinal de los organismos vivos. (Escohotado., 1999)

El consumo habitual de las diferentes sustancias psicoactivas, alteran el funcionamiento del cuerpo, el estado de ánimo, la conducta y en consecuencia la relación con el mundo externo. Todos los centros que ofrecen programas de ayuda pueden utilizarse antes, durante o después del tratamiento de desintoxicación física.

Se trata de centros abiertos donde los adictos encuentran profesionales especializados, y también otras ayudas como comida, bebida, duchas atención médica básica y, en algunos, jeringas y preservativos. (Escohotado., 1999)

Bajo la denominación de “sustancia psicoactiva” o “droga”, se incluye un grupo variado de sustancias, cuyo potencial adictivo, así como su peligrosidad, puede variar significativamente. Estas diferencias se deben no sólo a características farmacológicas particulares de cada sustancia, sino también a la cronicidad del uso, la dosis, la vía de administración, las características del usuario y el contexto en que se consume. (CIE-10)

El uso regular o social se continúa usando la sustancia después de haber experimentado y se integra el consumo al estilo de vida habitual. El uso nocivo, definido por la OMS como un patrón de uso que causa daño, ya sea mental o físico. Abuso y dependencia. En el Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales, de la Asociación Americana de Psiquiatría, se clasifican estas dos categorías como enfermedades asociadas con el consumo de sustancias psicoactivas. (Smith, 2016)

El consumo de sustancias psicoactivas genera cambios en el cerebro pueden ser de larga duración, y pueden conducir a comportamientos peligrosos que se observan en las personas que abusan de drogas. Una de las áreas que continúa madurando durante la adolescencia es la corteza prefrontal, la parte del cerebro que nos permite evaluar situaciones, tomar decisiones acertadas y mantener nuestras emociones. (Smith, 2016)

El poli-consumo de sustancias psicoactivas, impactan y cambian el cerebro. La investigación desarrollada en las últimas décadas en el campo de las neurociencias ha aportado la evidencia necesaria que permite sustentar una relación íntima entre las estructuras cerebrales y las

conductas asociadas con el consumo de drogas, además de la predisposición, los efectos a corto y largo plazo que puede causar el consumo de sustancias y la importante participación de los factores medioambientales (Barrett, S. P., Darredeau,)

Entre las repercusiones sociales más importantes del poli-consumo de sustancias se incluyen el mal desempeño y el abandono escolar, la falta de productividad en el trabajo y el desempleo, los costos económicos para el enfermo y su familia, el delito y la violencia. Es evidente que, para desarrollar programas de prevención, que sean eficaces, resulta imprescindible conocer el modo en que se realizan estos consumos, quienes son sus protagonistas, en que contextos y porqué se producen, sus estilos de vida, los recursos que tienen, sus capacidades, las estrategias de afrontamiento que utilizan ante cualquier problema o reto, sus preocupaciones, sus inquietudes, etc. (Calafat, A. y otros, 2002).

Debido a la magnitud del problema de los estudiantes hacia el poli-consumo, son muchas las instituciones y profesionales que han dedicado sus esfuerzos en profundizar en este problema social, trabajando desde distintos ámbitos de actuación: administración de justicia dirigidas al control de la oferta y el narcotráfico; medidas de atención socio-sanitaria y de reinserción desde el Plan Nacional sobre Drogas y de forma prioritaria en los últimos años, un impulso determinante de la actuación preventiva con el objetivo de ordenar programas desarrollados desde las administraciones y otras Organizaciones no Gubernamentales dirigidos a distintos niveles: personal, familiar, escolar, ocio y tiempo libre, información, formación en habilidades sociales, etc. Sin embargo, muchos de estos programas de prevención desarrollados, no han obtenidos los resultados esperados a largo plazo, ya que no han tenido en cuenta todas las variables que pueden influir en el consumo (La prensa 2013).

Para algunos estudiantes que viven en forma independiente, con la reducción del control parental, esta nueva experiencia los expone a un mayor riesgo en cuanto al uso/abuso indebido de sustancias, posteriormente dentro del campus universitario se vive una cultura en donde los estudiantes tienen muchas oportunidades para experimentar con diversas sustancias a las cuales no habían estado expuestos anteriormente; esta exposición se genera en las fiestas, tanto al interior como fuera del campus y es común que la cultura universitaria promueva el uso del

alcohol y otras sustancias. (Francisco Cumsille, Juan Carlos, Maria de Marco, Orlando Gonzalez, 2011).

El consumo de drogas, legales e ilegales, constituye un problema de salud pública muy importante, los riesgos y daños asociados al consumo varían para cada sustancia. Lo que hace que una adicción sea una adicción nociva es que se vuelve en contra de uno mismo y de los demás. Al principio se obtiene cierta gratificación aparente, igual que como un hábito. Las conductas adictivas producen placer, alivio y otras compensaciones a corto plazo, pero provocan dolor, desastre, desolación y multitud de problemas a mediano plazo. (Olga Hernandez, Silvia Font Mayolas., 2015)

Estudios realizados indican que el poli-consumo respondería a situaciones vividas por los estudiantes (problemas con la pareja, asistencia a fiestas) así como a las sensaciones que experimentan al combinar distintas sustancias. Son factores protectores tener una religión y realizar actividades deportivas. Es importante considerar estos elementos a la hora de desarrollar estrategias para enfrentar el problema del consumo de sustancias en los estudiantes. (Rosibel Prieto Silva, Laura Simich, Karol Strike, Wrih, 2010).

Las consecuencias negativas asociadas a las adicciones afectan muchos aspectos diferentes de la vida de una persona. Estas consecuencias son muy diversas y pueden agruparse en dos grandes grupos: (Olga Hernandez, Silvia Font Mayolas., 2015)

La droga puede controlar la vida del adicto y la conducta de los miembros de la familia y otros seres queridos. La negación, el encubrimiento y la codependencia agravan el problema. Los miembros de la familia deben buscar tratamiento para su salud emocional y otros factores que giran alrededor del problema de la droga. (Espinoza.)

El Plan Nacional de lucha contra las drogas de la República de Nicaragua constituye la voluntad política y social del estado por cerrar todos los espacios al consumo, producción, tráfico ilícito nacional e internacional, delitos conexos y lavado de dinero y/o activos (ley 285).

El Plan Nacional antidrogas es el mecanismo a partir del cual el Estado nicaragüense dirigirá sus acciones organizadas para garantizar el cumplimiento de la ley 285 y las leyes que protegen a la nación de la incidencia ilegal de las drogas. (Drogas y Marco Jurídico en Salud Mental en Nicaragua 2015 Dr. Braulio Espinoza PhD)

### **Clasificación de las Drogas:**

Son numerosas las clasificaciones que se han realizado de las sustancias psicoactivas, ya que son diversas las perspectivas desde las que se evalúan. Además del ya nombrado diverso estatus legal, anotamos algunos de los criterios bajo los que a menudo se han intentado ordenar:

- Por su origen (naturales y sintéticas)
- Por su estructura química
- Por su acción farmacológica
- Por las manifestaciones que su administración produce en la conducta humana.  
(manifestaciones clínicas)
- Por su consideración sociológica
- Por su peligrosidad para la salud

En cuanto a este último criterio (peligrosidad) se tienen en cuenta al menos tres factores principales:

- El daño físico causado al individuo por la droga
- La capacidad de la droga de causar dependencia y
- Los efectos del uso de la droga en las familias, las comunidades y la sociedad

Dejando a un lado el resto de perspectivas, quizá lo más práctico sea seguir el criterio de la clasificación por el que opta la OMS, que ha agrupado las drogas según sus efectos sobre el sistema nervioso central.

De acuerdo con este criterio, las drogas pueden ser: Depresoras, Estimulantes y Alucinógenas/ Psicodélicas. (UNODC., 2013.)

Para este estudio utilizaremos la siguiente clasificación: Por su origen, regulación, dependencia, afectación a la conciencia y por los efectos al sistema nervioso central.

**Por su Origen:**

Naturales: alcohol, cocaína, opio, mezcalina, marihuana, tabaco y café.

Sintéticas o semisintéticas: heroína, metadona, anfetaminas, LSD, ansiolíticos, inhalantes, etc.

**Por su regulación legal:**

Prohibida su regulación y fabricación: heroína, cocaína, cannabis y sus derivados, LSD, etc.

Permitida su comercialización con autorización facultativa: metadona, morfina, codeína, barbitúricos, ansiolíticos, etc.

Permitida su comercialización libre: alcohol, tabaco, café, té.

**Por la dependencia:**

Dependencia física y psíquica: opio, metadona, heroína, morfina, alcohol y barbitúricos.

Fuerte dependencia psíquica: cocaína, marihuana, LSD, mezcalina, alucinógenos, inhalantes.

**Por su afectación a la conciencia:**

Sin afectación a la conciencia: tabaco, café, té.

Con afectación de la conciencia: alcohol, cocaína, marihuana, LSD, mezcalina, alucinógenos, inhalantes, heroína, morfina, etc.

**Por sus efectos sobre el Sistema Nervioso Central:**

1. Drogas estimulantes: café, tabaco, té, anfetaminas y la cocaína.

2. Drogas sedantes/depresoras: alcohol, morfina, heroína y algunos de los llamados somníferos y sedantes.

3. Drogas distorsionantes o deformantes de las percepciones: el LSD, la marihuana, el ICE (metanfetamina en su forma fumable) y algunos hongos, determinantes de alucinaciones y de ilusiones. (Alemán et al, 2013 p.29-30)

**Según su grado de dependencia:**

**Las drogas “duras”**, son aquellas que provocan una dependencia física y psicosocial, es decir, que alteran el comportamiento psíquico y social del adicto, como el opio y sus derivados, el alcohol, las anfetaminas y los barbitúricos.

**Drogas blandas** , Son las que crean únicamente una dependencia psicosocial, entre las que se encuentran los derivados del cáñamo, como el hachís o la marihuana, la cocaína, el ácido lisérgico, más conocido como LSD, así como también el tabaco. Esta división en “blandas” y “duras” es cuestionada por muchos estudiosos del tema ya que consideran que se podría sugerir con ella que las “duras” son malas y, por consiguiente, las “blandas” son buenas o menos malas y no es así, ya que a partir de determinadas dosis y según la forma de ser administradas, las drogas “blandas” pueden tener efectos tan nocivos como las “duras”.

Hay que tener presente que a partir de determinadas dosis las drogas denominadas “blandas” pueden tener efectos tan nocivos como las consideradas “duras”.

La dependencia es el estado del individuo mediante el cual crea y mantiene constantemente un deseo de ingerir alguna sustancia. Si éste deseo se mantiene por mecanismos metabólicos y su falta crea un síndrome de abstinencia, se denomina dependencia física. Si la dependencia se mantiene por mecanismos psicosociales, suele definirse como dependencia psíquica o psicosocial.

Desde un punto de vista farmacológico, las drogas se dividen en narcóticos, como el opio y sus derivados la morfina, la codeína y heroína; estimulantes, como el café, las anfetaminas, el crack y la cocaína, y alucinógenos, como el LSD, la mezcalina, el peyote, los hongos psilocibios y los derivados del cáñamo, como el hachís.

Síndrome de abstinencia: «El síndrome de abstinencia en una persona que desarrollado una completa dependencia física respecto a los opiáceos, es una experiencia desgarradora, incluso un médico acostumbrado a tratar con el sufrimiento humano considera muy dura prueba el contemplar las agonías de los enfermos que se encuentran en este estado [...].

Durante todo este periodo del síndrome, el infortunado toxicómano no puede ni dormir ni descansar. Calambres dolorosos lo mantienen en la cama presa de una agitación incesante. Bien se levanta y pasea, bien se echa en el suelo. Salvo cuando se trata de un individuo excepcionalmente estoico (y pocos toxicómanos los son, puesto que normalmente los estoicos no se entregan a los estupefacientes), llena el aire con gritos de desesperación. (R. S. de ROPP: *Amgs and the Mind*)

## **Tipos de drogas según sus efectos**

### **Narcóticos**

La palabra narcótico es un vocablo griego que significa “cosa capaz de adormecer y sedar”. A pesar de que esta palabra se usa con frecuencia para referirse a todo tipo de drogas psicoactivas, es decir, aquellas que actúan sobre el psiquismo del individuo, el campo de los narcóticos se pueden dividir en la actualidad en varios grupos, que son los siguientes:

- Opio, opiáceos y sucedáneos sintéticos.
- Neurolépticos o tranquilizantes mayores.
- Ansiolíticos o tranquilizantes menores.
- Somníferos o barbitúricos.
- Grandes narcóticos o anestésicos generales.

Se trata de drogas con composiciones y orígenes distintos, que tienen en común su efecto en el organismo, aunque éste se manifieste en manera y en grado diferentes. Pero el elemento fundamental que las une consiste en que todos los narcóticos causan adicción física. Es adictivo aquel fármaco que, administrado en dosis suficientes durante un período de tiempo relativamente largo, induce un cambio metabólico. Cuando deja de administrarse desencadena una serie de reacciones conocidas como “síndrome de abstinencia”.

### **Neurolépticos tranquilizantes mayores**

Se trata de sustancias utilizadas para tratar la depresión, las manías y las psicosis, y muchas de ellas se venden sin prescripción médica en la mayoría de farmacias. Entre éstas se encuentran las fenotiazinas, el haloperidol y la reserpina. Conocidos como neurolépticos (del griego neuro, “nervio”, y lepto, atar, producen un estado de indiferencia emocional, sin alterar la percepción ni las funciones intelectuales. Sumamente tóxicos, poseen efectos secundarios tales como parkinsonismo, destrucción de células de la sangre, arritmia cardíaca, anemia, obstrucción hepática, vértigos, retención urinaria, estreñimiento, irregularidad menstrual, atrofia testicular, congestión nasal, bruscos ataques de parálisis muscular, síndromes malignos como hipertermia y muerte inesperada.

### **Ansiolíticos tranquilizantes menores.**

Habitualmente usados para tratar las neurosis, la etimología de su nombre, ansiolíticos, significa “liquidador de la ansiedad”. En el mercado español se comercializan con distintos nombres.

Según estadísticas farmacológicas actuales, estas drogas constituyen la mitad de todos los psicofármacos consumidos en el mundo, a pesar de que producen un síndrome de abstinencia muy grave.

En dosis mayores funcionan como hipnóticos o inductores del sueño; también algunos se usan como relajantes musculares. Producen letargia, estupor y coma, con relativa facilidad. En caso de adicción pueden inducir a la aparición de alteraciones hemáticas. Al abandonar su consumo pueden aparecer episodios depresivos, desasosiego o insomnio, que suelen ser muy duraderos.

### **Somníferos o barbitúricos**

Estas sustancias se popularizaron cuando en Estados Unidos aparecieron las primeras leyes que prohibían el alcohol, el opio y la morfina. Su uso puede provocar lesiones en el hígado o en los riñones, producir erupciones cutáneas, dolores articulares, neuralgias, hipotensión, estreñimiento y tendencia al colapso circulatorio. La intoxicación aguda puede llegar a provocar la muerte, que sobreviene por lesión del cerebro debida a la falta de oxígeno y a otras complicaciones derivadas de la depresión respiratoria. La dependencia física se genera entre las cuatro y las seis semanas. Con frecuencia, el síndrome de abstinencia suscita cuadros de delirium tremens.

### **Grandes narcóticos**

Existen varias sustancias usadas en anestesia general que merecen estar incluidas en este grupo por su capacidad de producir sopor o estupefacción, mayor que la de cualquier estupefaciente en sentido estricto. En dosis leves produce una primera fase de excitación cordial, como el alcohol, y luego sedación y sopor.

También generan tolerancia y en consecuencia, adicción, pudiendo ocasionar intoxicaciones agudas, e incluso la muerte.

El fentanil, dentro del grupo de los grandes narcóticos, posee cuarenta veces más potencia que la heroína y es el más usado actualmente en las intervenciones quirúrgicas, debido a su bajo índice de toxicidad para el corazón y para el sistema nervioso.

### **Opio y sus derivados**

Con el nombre popular de adormidera o amapola se conoce el fruto del cual se obtiene el opio y

sus derivados. Es un polvo de color tostado. Se extrae de los granos que contiene el fruto y entre sus usos medicinales se encuentran la supresión del dolor, el control de los espasmos y el uso como antitusígeno.

Este narcótico produce un estado de euforia y ensoñación; una sensación de éxtasis que se acorta rápidamente a causa de la tolerancia. Al poco tiempo de uso, los adictos experimentan síntomas de abstinencia entre una y otra toma, que se caracterizan por presentar un cuadro pseudo-gripal en el curso de las primeras 12 horas: estornudos, sudoración, lagrimeo, bostezos y dolores musculares.

Luego de 36 horas de abstinencia los síntomas se intensifican. Aparecen escalofríos, sofocos, insomnio, diarrea, incremento del ritmo cardíaco y de la presión sanguínea. Si no se repite la toma, los síntomas declinan en los diez días subsiguientes.

**El opio** produce adicción, tolerancia y dependencia física y psíquica. La intensidad del síndrome de abstinencia, y su gravedad, depende de varios factores: tipo de droga, tiempo de uso, personalidad del consumidor, etcétera. Los primeros síntomas comienzan a aparecer ocho horas después de la última dosis con lagrimeo, sudoración, bostezos y sueño agitado.

A continuación los síntomas se agudizan gradualmente y aparecen: irritabilidad, insomnio, pérdida del apetito, debilidad y depresión. Le sigue un cuadro gastrointestinal severo con náuseas y vómitos, dolores, cólicos y diarreas, lo cual provoca una deshidratación importante. Le siguen flashes de frío y calor, contracturas musculares y dolores óseos en la espalda, los brazos y las piernas.

Este período intenso dura alrededor de diez días aunque existe un efecto residual más largo que provoca alteraciones en la conducta que inducen a una recaída.

### **Alucinógenas**

Las drogas conocidas como alucinógenos son fármacos que provocan alteraciones psíquicas que afectan a la percepción. La palabra “alucinógeno” hace referencia a una distorsión en la percepción de visiones, audiciones y una generación de sensaciones irreales. La alucinación es un síntoma grave de la psicosis de la mente y su aparición distorsiona el conocimiento y la voluntad. Los Alucinógenos se consideran productos psicodélicos que inhiben los mecanismos

de defensa del yo, y facilitan la distribución de la sensibilidad así como la aparición de imágenes desconcertantes.

### **LSD (ácido lisérgico)**

El LSD es una sustancia semisintética, derivado del ergot, extracto éste del cornezuelo del centeno, usado en medicina al final de la Edad Media. También fue muy utilizado en obstetricia para evitar hemorragias puerperales y promover la contracción del útero.

En un principio fue utilizado con fines terapéuticos en alcohólicos, cancerosos y otros enfermos terminales para ayudarles a superar el trance. Posteriormente fue abandonada la práctica al comprobarse los resultados adversos, tales como suicidios a causa de las engañosas imágenes y terroríficas visualizaciones. También se comprobó que podía desencadenar esquizofrenia y deterioros mentales variados.

Descubierto en 1938, se considera al ácido lisérgico como el alucinógeno más poderoso, aunque no el más nocivo. Como fenómenos físicos hay que citar la midriasis, temblores, e hiperreflexia, también pueden aparecer náuseas, palidez, sudoración, taquicardia y lipotimia. Los fenómenos psíquicos se caracterizan en lo referente al estado de ánimo por fluctuaciones del humor, variando entre distintas displacenteras, euforia expansiva tales como verborrea y risa irrefrenable. La exaltación mística es tal que algunos autores denominan esta drogas como misticomiméticos.

A la experiencia con esta droga le llaman “un viaje”, el cual puede tener una duración hasta de 12 horas. Pero muchas veces éste resulta ser una pesadilla. Algunos usuarios experimentan pensamientos y visiones aterradoras que crean en ellos tal pánico que muchos han saltado al vacío provocando su propia muerte para huir de estas sensaciones que identifican como un peligro real.

### **Éxtasis o MDMA**

La metilendioximetanfetamina (MDMA), normalmente conocida como “éxtasis”, “ectasi” o “X-

TC”, es una droga sintética psicoactiva con propiedades alucinógenas de gran potencial emotivo y perturbador psicológico, con propiedades similares a las anfetaminas. Su estructura química (3,4-metilendioxi metanfetamina) se asemeja a la estructura de la metilendioxi anfetamina (MDA) y de la metanfetamina, otros tipos de drogas sintéticas causantes de daños cerebrales.

Entre los síntomas físicos pueden citarse: anorexia, tensión y trastornos musculares similares a los presentes en la enfermedad de Parkinson, bruxismo, náuseas, visión borrosa, desmayos, escalofríos y sudoración excesiva (este último signo es característico durante la intoxicación). El aumento de la frecuencia cardíaca y la tensión arterial, crea riesgos de trastornos circulatorios o cardíacos. Informes forenses indican que en personas con deficiencias cardiorespiratorias puede producir muerte súbita. Esta droga drena el cerebro de una importante sustancia química conocida como serotonina, lo cual ocasiona cambios en el estado de ánimo, en las funciones sexuales y la sensibilidad al dolor.

### **Metanfetamina**

La persona que usa “Ice” piensa que la droga le proporciona energía instantánea. La realidad es que la droga acelera el sistema nervioso, haciendo que el cuerpo utilice la energía acumulada. Al no descansar lo suficiente y dejar de alimentarse—por la pérdida del apetito—el “Ice” causa daño permanente a la salud.

Los efectos que causa al cuerpo varían de acuerdo a la cantidad de droga utilizada. Entre los síntomas observados se encuentran los siguientes: lesión nasal cuando la droga es inhalada; sequedad y picor en la piel; acné; irritación o inflamación; aceleración de la respiración y la presión arterial; lesiones del hígado, pulmones y riñones; extenuación cuando se acaban los efectos de la droga (necesidad de dormir por varios días); movimientos bruscos e incontrolados de la cara, cuello, brazos y manos; pérdida del apetito; depresión aguda cuando desaparecen los efectos de la droga.

La MDMGA, el fármaco de origen de la MDMA, es una droga similar a la anfetamina que también ha sido objeto de abuso, presentando efectos psico-físicos similares a los de la MDMA. Las investigaciones han mostrado que la MDA destruye las neuronas productoras de serotonina, que regulan directamente la agresión, el estado de ánimo, la actividad sexual, el sueño y la sensibilidad al dolor. Es probable que esta acción sobre el sistema productor de serotonina sea el

origen de las propiedades síquicas. La MDMA también guarda relación en su estructura y sus efectos con la metanfetamina, la cual ha demostrado ser causante de la degeneración de las neuronas que contienen la sustancia neurotransmisora dopamina. Recientes descubrimientos hechos mediante varios sistemas de diagnóstico por imágenes indican una relación directa de medios-origen-consecuencia entre MDA y MDMA-dopamina-esquizofrenia.

En experimentos de laboratorio, una sola exposición a la MDMA en dosis elevadas o el uso prolongado en dosis bajas destruye hasta un 50% de las células cerebrales. Aunque este daño tal vez no sea aparente de inmediato, con el envejecimiento o la exposición a otros agentes tóxicos pueden aparecer síntomas de la enfermedad de Parkinson con el tiempo. Estos comienzan con falta de coordinación y temblores, y a la larga pueden causar una forma de parálisis.

### **Cannabis sativa – Hachis – Marihuana**

El Cannabis sativa es un arbusto silvestre que crece en zonas templadas y tropicales, pudiendo llegar a una altura de seis metros, extrayéndose de su resina el hachís.

Su componente psicoactivo más relevante es el delta-9-tetrahidrocannabinol (delta-9-THC), conteniendo la planta más de sesenta componentes relacionados. Se consume preferentemente fumada, aunque pueden realizarse infusiones, con efectos distintos. Un cigarrillo de marihuana puede llegar a contener 150 mg. de THC, y llegar hasta el doble si contiene aceite de hachís, lo cual según algunos autores puede llevar al síndrome de abstinencia si se consume entre 10 y 20 días.

La tolerancia está acreditada, siendo cruzada cuando se consume conjuntamente con opiáceos y alcohol. Respecto a la dependencia, se considera primordialmente psíquica. Los síntomas característicos de la intoxicación son: ansiedad, irritabilidad, temblores, insomnios, muy similares a los de las benzodiazepinas.

Puede presentarse en distintas modalidades de consumo, sea en hojas que se fuman directamente, en resina del arbusto o en aceite desprendido de éste último. El color de la hoja va del verde amarillento al marrón oscuro según el lugar de procedencia. De la modalidad en que se presente la droga dependerá su denominación: “marihuana” es el nombre de las hojas del cáñamo desmenuzadas, que después de secarse y ser tratadas producen su efecto es aproximadamente cinco veces menor que el del hachís.

El nombre hachís (también conocido como “hashis”) deriva de los terribles asesinos (hashiscins) árabes, que combatieran en las cruzadas entre los años 1090 y 1256.

El hachís se obtiene de la inflorescencia del cáñamo hembra, sustancia resinosa que se presenta en forma de láminas compactas con un característico olor. La marihuana es la forma más frecuente, conteniendo de 0,3 a 3 % de delta THC; la concentración de THC llega al 10 % en el hachís, siendo su efecto diverso según factores como la velocidad con la que se fuma, la duración de la inhalación, cantidad inhalada, tiempo que el consumidor retiene la respiración después de inhalar y el estado anímico del sujeto. El consumo oral, tanto de marihuana como de hachís, implica efectos psicológicos similares a los expresados en la forma fumada pero de mayor intensidad y duración y con efectos nocivos potenciados.

La marihuana común contiene un promedio de 3 % de THC, pudiendo alcanzar el 5,5 %. La resina tiene desde 7.5 %, llegando hasta 24 %. El hachís (resina gomosa de las flores de las plantas hembras) tiene un promedio de 3.6 %, pero puede llegar a tener hasta 28 %. El aceite de hachís, un líquido resinoso y espeso que se destila del hachís, tiene un promedio de 16 % de THC, pero puede llegar a tener hasta 43 %.

El THC afecta a las células del cerebro encargadas de la memoria. Eso hace que la persona tenga dificultad en recordar eventos recientes (como lo que sucedió hace algunos minutos), y hace difícil que pueda aprender mientras se encuentra bajo la influencia de la droga. Para que una persona pueda aprender y desempeñar tareas que requieren de más de dos pasos, es necesario que tenga una capacidad normal de memoria a corto plazo. Estudios recientes demuestran que la marihuana crea disfunciones mentales y disminución de la capacidad intelectual en las personas que la fuman mucho y por muchos años.

En un grupo de fumadores crónicos en Costa Rica, se encontró que los sujetos tenían mucha dificultad en recordar una corta lista de palabras (que es una prueba básica de memoria). Las personas en el estudio también tuvieron gran dificultad en prestar atención a las pruebas que se les presentaron.

Es posible que la marihuana destruya las células de ciertas regiones especializadas del cerebro. Los científicos han observado que cuando se dieron altas dosis de THC a las ratas de laboratorio,

presentaron pérdida de células cerebrales similares a las que se encuentran entre los animales ancianos. Los cerebros de ratas de entre 11 y 12 meses de edad (aproximadamente la mitad de sus vidas) tenían las características los de animales ya viejos.

Existen serias preocupaciones por sus efectos a largo plazo sobre la salud. Por ejemplo, un grupo de científicos de California examinó el estado de salud de 450 fumadores cotidianos (diarios) de marihuana (que no fumaban tabaco). En comparación con otras personas no fumadoras, estas personas tenían más ausencias de trabajo por enfermedad y más visitas médicas por problemas respiratorios y otras enfermedades. Los resultados indican que el uso regular de la marihuana o del THC son factores que provocan cáncer y problemas en los sistemas respiratorio, inmunológico y reproductivo.

## **5. Estimulantes**

Tradicionalmente usados para combatir la fatiga, el hambre y el desánimo, los estimulantes provocan una mayor resistencia física transitoria gracias a la activación directa del sistema nervioso central.

Estimulantes vegetales

**El café, el té, el mate, la cola, el cacao, el betel** y la coca son plantas que crecen en muchas partes del mundo. A pesar de que algunas de estas plantas suelen consumirse repetidas veces al día durante buena parte de la vida, son sustancias tóxicas que poseen efectos secundarios.

Los efectos de la intoxicación crónica se pueden observar en los catadores de té. Tanto los catadores británicos como los hindúes padecen cirrosis, agitación, angustia, temblores, insomnio, náuseas y vómito.

**El cacao** era consumido por los aztecas debido a su contenido de cafeína y de teobromina. Sin embargo, los chocolates actuales no suelen contener estos alcaloides.

El consumo abusivo de café puede causar hipertensión y gastritis, sin contar con que también contiene alquitranes cancerígenos. Aunque los estimulantes vegetales son considerados inocuos, conviene moderar su consumo ya que se trata de sustancias tóxicas susceptibles de producir efectos secundarios nocivos.

**La coca**, hoja del arbusto indígena americano «Erythroxylon coca», pertenece al grupo de los

estimulantes. Su consumo es ancestral en ciertas partes de Latinoamérica, donde es una práctica habitual mascar las hojas, siendo una gran mayoría de los consumidores de las zonas donde se cultiva. Su efecto sobre el sistema nervioso central es menor que los de la cocaína, dado que para extraer un gramo de esta sustancia se necesitan 160 hojas de coca. La coca es consumida mascándola con algún polvo alcalino como cenizas de vegetales o cal. También es fumada tanto sola como mezclada con tabaco y marihuana. La masticación de coca fue objeto de estudio por determinados facultativos, como CHOPRA (1958), comprobando síntomas de abstinencia, depresión, fatiga, toxicidad y alucinaciones, seguidos por NEGRETE (1967), BRUCK (1968) quienes recogían lesiones cerebrales también en masticadores que la consumían frecuentemente.

### **Estimulantes químicos**

**La cocaína** En los casos de intoxicación aguda, sus efectos, que consisten en la hiperestimulación, el aumento de la presión sanguínea y la aceleración del ritmo cardíaco, seguidos de una subestimulación, con parálisis muscular y dificultades respiratorias, puede terminar en un colapso cardiocirculatorio.

La pasta base de la coca mezclada con bicarbonato sódico es conocida con el nombre de crack, que es mucho más tóxico que el clorhidrato de cocaína. Aunque no se dispone todavía de estudios sobre su uso, efectos secundarios y contraindicaciones, se sabe que existen numerosas víctimas mortales por sobredosis de esta sustancia. La cocaína es un alcaloide contenido en las hojas del arbusto «*Erythroxylon coca*» siendo químicamente un derivado de la latropina.

Es un estimulante cerebral extremadamente potente, de efectos similares a las anfetaminas. Además, es un enérgico vasoconstrictor y anestésico local, siendo absorbido por las mucosas nasales cuando se la aspira, se metaboliza en el hígado y se elimina por la orina. Fue usada inicialmente para el tratamiento de trastornos respiratorios y depresivos. Por su efecto analgésico, se usó en intervenciones quirúrgicas. Posteriormente se empleó con fines militares por su efecto vigorizante y el componente de agresividad que otorga. A comienzos del Siglo XX comienza a consumirse por aspiración nasal. En esta época, eran prácticamente desconocidos sus

efectos perjudiciales por lo que estaba presente en las fórmulas de bebidas, jarabe contra la tos, lociones capilares, y hasta cigarrillos.

La cocaína estimula el sistema nervioso central, actuando directamente sobre el cerebro. Sus efectos fisiológicos inmediatos son: sudoración, aumento en la potencia muscular, midriasis, incremento de actividad cardíaca y presión sanguínea, dilatación de los vasos sanguíneos periféricos, convulsiones, aumento en el ritmo respiratorio y de la temperatura corporal. Estos síntomas pueden provocar la muerte por paro cardíaco o fallas respiratorias. Además se presentan irritaciones y úlceras en la mucosa nasal. Comúnmente causa congestión nasal, que puede presentarse o no con secreción líquida. El uso por vía inyectable expone al adicto a infecciones de SIDA, hepatitis B y C, y otras enfermedades infectocontagiosas.

La cocaína es una droga extremadamente adictiva, cuyos efectos se perciben en un lapso de 10 segundos y duran alrededor de 20 minutos. Actúa directamente sobre los centros cerebrales encargados de las sensaciones del placer. Dada su alta capacidad de producir daños y hasta destrucción celular, las sensaciones que eran placenteras en sujetos recién iniciados se convierten en efectos desagradables como agitación, llanto, irritabilidad, alucinaciones visuales auditivas y táctiles, delirio paranoide, amnesia, confusión, fobias o terror desmedido, ansiedad, estupor, depresión grave y tendencias suicidas.

Los efectos psíquicos reconocidos por la mayoría de los autores y recogidos en publicaciones recientes incluyen euforia, inestabilidad, aumento de la comunicación verbal y de la seguridad en uno mismo, inquietud, anorexia, insomnio e hipomanía. El adicto experimenta pérdida de interés e imposibilidad de sentir placer ante la falta de la sustancia. Así, la cocaína se convierte en el único objetivo y motivo en la vida del adicto, desplazando todo tipo de sentimientos. La relación con los fenómenos criminales son expresamente citados por los autores, asociándose su consumo a la predisposición al delito.

La adicción a la cocaína posee condicionantes que la desencadenan, que pueden ser el reforzamiento de una personalidad insegura, que recibe un apoyo en el estímulo del tóxico.

En lugar de tratar este déficit patológico con antidepresivos o fármacos estabilizadores del estado de ánimo se recurre a una vía aparentemente rápida. Dado que los efectos de la cocaína sobrepasan su punto álgido a los treinta minutos, el individuo precisa varias dosis durante el día para alcanzar cierta estabilidad emocional y evitar el efecto disfórico que la propia droga ocasiona luego de varias horas desde la ingesta.

#### Cocaína y desarrollo embrio-fetal

El uso de cocaína es altamente susceptible de producir daños irreparables en recién nacidos, cuyas madres mantuvieron su adicción durante el embarazo. Esto último hizo que algunos Estados de los Estados Unidos de América obliguen a las adictas embarazadas a realizarse tratamientos forzosos con privación de libertad mientras dura el embarazo. Aún se desconoce la total extensión de los efectos de la exposición prenatal a la cocaína, pero los estudios científicos indican que estos bebés nacen prematuramente e insuficientemente desarrollados: con menor peso, diámetro craneal inferior y menor longitud. La determinación exacta de las consecuencias para el recién nacido es compleja, y varía de acuerdo a la droga que fue consumida por la madre. Sumado a ello, se sabe estadísticamente que las madres adictas a la cocaína abusan de otra u otras sustancias.

La cocaína estimula el sistema nervioso central. Sus efectos inmediatos incluyen:

- dilatación de las pupilas
- aumento de la presión sanguínea,
- del ritmo cardíaco y respiratorio
- aumento en la temperatura del cuerpo
- Su uso ocasional puede producir... congestión o drenaje de la nariz
- ulceración de la membrana mucosa de la nariz
- La inyección de cocaína con equipo contaminado puede producir SIDA, hepatitis y otras enfermedades.

El uso crónico de esta droga causa los siguientes síntomas en el organismo en adición a los efectos arriba mencionados:

- dolor abdominal
- nauseasvómitos

- respiración irregular
- convulsiones
- paro cardíaco

La mezcla de cocaína con heroína, conocida como “speedball”, puede causar la muerte. La cocaína es una de las drogas más adictivas que hay, ya que su efecto, aunque fuerte, es de corta duración. El Crack es extremadamente adictivo.

### **Crack**

También denominado “cocaína del pobre”, acarrea un grave riesgo social y sanitario, por la dependencia que provoca y los efectos nocivos que ocasiona en el organismo. Se obtiene de la maceración de hojas de coca con kerosene y compuestos sulfurados, que lavada posteriormente con ciertos elementos volátiles, se convierte en el clorhidrato de cocaína. La denominada base es un tóxico de mayor potencial nocivo que la cocaína, posee impurezas que impiden su administración endovenosa. Se ingiere por inhalación, lo que conlleva lesiones en la mucosa nasal y en el aparato digestivo. También se consume fumada en cigarrillos o pipas diseñadas al efecto.

La intoxicación por esta sustancia implica cuadros delirantes seguidos de procesos depresivos intensos. Sus consecuencias nocivas sobre el organismo son equiparables a las de las anfetaminas administradas por vía endovenosa, desestructurando la personalidad, y colocándola en una adicción compulsiva. Las lesiones orgánicas son evidentes e irreversibles. Usualmente, los adictos crónicos o aquellos que llevan varios meses con ingestas de relevante cantidad y de forma continuada, sufren patologías mentales graves y crónicas como demencia o paranoia. Las lesiones en el cerebro son irreversibles.

### **Las anfetaminas**

Fueron sintetizadas por primera vez entre la última década del siglo XIX y la primera del siglo XX. Los primeros experimentos clínicos se iniciaron hacia 1930, y desde 1935 se comercializó con gran difusión en el Reino Unido, Francia y Alemania. Durante la Segunda Guerra Mundial fue utilizada indiscriminadamente por todos los bandos, dado el carácter euforizante que contiene la sustancia y la agresividad otorga. Las anfetaminas fueron utilizadas como estimulantes, luego en forma de inhalaciones para el

tratamiento de catarros y congestiones nasales, más tarde como píldoras contra el mareo y para disminuir el apetito en el tratamiento de la obesidad y, finalmente, como antidepresivos.

Presentan una elevada tolerancia, que produce habituación y necesidad de dosis progresivamente más elevadas.

El consumo de este excitante está ampliamente extendido y distribuido por todas las clases sociales. A diferencia de lo que sucede con la cocaína que la consumen preferentemente los sectores medios y altos, las anfetaminas son consumidas tanto por ejecutivos que pretenden sobreexcitación como por amas de casa que buscan un anoréxico para sus dietas o por estudiantes que preparan exámenes. Al incidir en el sistema ortosimpático causan hipertensión, taquicardia, hiperglucemia, midriasis, vasodilatación periférica, hiperpnea, hiporexia, etc. El estado de ánimo del adicto oscila entre la distrofia y la hipomanía, así como ansiedad, insomnio, cefalea, temblores y vértigo. Pueden aparecer cuadros depresivos y síndromes paranoides anfetamínicos.

A dosis normales, sus efectos varían de acuerdo al individuo y las condiciones de ingesta. Pueden producir efectos placenteros, hiperactividad y sensación desbordante de energía, pero también causan temblor, ansiedad irritable, ira inmotivada y repentina y trastornos amnésicos e incoherentes. En la última fase se describen depresión, cuadros paranoides y delirios paranoides, alucinaciones y trastornos de conducta. El consumo de anfetaminas puede conducir a actuaciones agresivas, al igual que los barbitúricos y el alcohol, por su gran efecto euforizante, unido a un descontrol en los instintos inhibitorios.

Tales situaciones se producen cuando las dosis suministradas, generalmente por vía endovenosa, superan los 2 gr. Está demostrado un mayor potencial en las anfetaminas que en la cocaína, tanto en su punto más álgido como en la duración de los efectos. Reacciones muy graves se producen al consumirlas con barbitúricos en el conocido fenómeno de la pluritoxicomanía. Tomadas en dosis importantes son causantes de confusión, tensión, ansiedad aguda y miedo. También pueden precipitar psicosis paranoide en sujetos no psicóticos. La psicosis anfetamínica desarrollada por el sujeto se asemeja a la psicosis paranoica y a la esquizofrenia paranoica.

El consumo de anfetaminas produce en el cuerpo los siguientes síntomas:

- acelera el ritmo cardíaco y pulmonar

- dilata las pupilas
- reduce el apetito
- produce sequedad en la boca
- sudores dolores de cabeza
- pérdida de visión
- mareos insomnio
- ansiedad

A largo plazo y/o usadas en dosis elevadas, ocasionan:

- temblores
- pérdida de coordinación
- colapso físico
- daño a riñones y tejidos
- depresión
- malnutrición
- aumento repentino de presión sanguínea que puede producir la muerte por ataque,
- fiebre muy alta o insuficiencia cardiaca.

Es adictiva porque el organismo la asimila y crea tolerancia a la droga, lo que ocasiona que el usuario necesite cada vez mayor cantidad para lograr la misma nota estimulante.

## **6. Consecuencias sociales, legales y económicas del uso de drogas**

El consumo de drogas, legales e ilegales, constituye un problema de salud pública muy importante. Los riesgos y daños asociados al consumo varían para cada sustancia.

Además, es necesario tener en cuenta las variables personales como el grado de conocimiento o experiencia del usuario, su motivación, etc. y las propiedades específicas de cada droga así como la influencia de los elementos adulterantes.

Estas consecuencias son muy diversas y pueden subdividirse en:

Sociales

Los adictos a drogas, con frecuencia se ven envueltos en agresiones, desorden público, conflictos raciales, marginación,...

Cuando se comienza a necesitar más a las drogas que a las otras personas pueden arruinarse o destruirse las relaciones íntimas y perderse las amistades. Se puede dejar de participar en el mundo, abandonar metas y planes, dejar de crecer como persona, no intentar resolver constructivamente los problemas y recurrir a más drogas como “solución”.

El abuso de las drogas puede también perjudicar a otros, por ejemplo: el dinero con que son pagadas las drogas puede privar a la familia de satisfacciones vitales como comida o ropa. El discutir los problemas y situaciones de la adicción puede generar conflictos familiares. Las reacciones violentas a las drogas pueden llevar al usuario a cometer asaltos e incluso asesinatos. Si una mujer embarazada toma drogas sin control médico puede ocasionar malformaciones genéticas en el nuevo ser que está en gestión.

#### Legales

Abusar de las drogas es contra la ley. Los ofensores (tanto los que experimentan como los que se dedican al consumo de drogas) corren el riesgo de tener que pagar multas y/o ser encarcelados. Un arresto puede significar vergüenza, interrupción de los planes de vida, antecedentes penales. Ciertas drogas pueden desencadenar una violencia incontrolable y conducir al usuario a crímenes que son severamente punibles por la ley.

#### Económicas

Dado el ingente volumen de dinero que mueve el mercado de las drogas y el narcotráfico, tanto los consumidores como los países contraen importantes deudas; se crean bandas organizadas; se produce desestabilización económica nacional, etc. El uso continuo de drogas puede ser muy caro, ya que sus costos se elevan a cientos y, en ocasiones, a miles de dólares por año. Para sostener su hábito muchos usuarios recurren al crimen. ( Cuevas, Arturo. Rodríguez Neyla )

### **Clasificación Farmacológica de los Psicotrópicos de Abuso:**

**Adicción:** La OMS (1994), citado por Alemán et al (2013, p.19) define la adicción como el consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto), se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia/s preferida/s, tiene una enorme dificultad para interrumpir

voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio. (Alemán et al 2013, p.19).

Por lo general, se acompaña de tolerancia y de un síndrome de abstinencia que ocurre frecuentemente cuando se interrumpe el consumo. (DSM IV, 2002 p.118-121)

**Definición de factor de riesgo:** Se entiende por factor de riesgo “un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad de uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento)”. (Sánchez, 2013 p.12)

**En los factores relacionados al contexto sociofamiliar:**

a. Entre los factores socioculturales Sánchez menciona: Disfuncionalidad, uso de drogas por parte de los padres o miembros de la familia, ruptura familiar, bajas expectativas familiares, valores distorsionados, delincuencia, incluyendo tráfico de drogas.

b. Factores relacionados a los “pares” (a los iguales, a los compañeros): Amigos que usan sustancias, amigos que presionan para el consumo, conductas antisociales de grupos, involucramiento en “subgrupos” de riesgo o alto riesgo (pandillas por ejemplo), búsqueda de sensaciones (como grupo)

c. Factores relacionados a la escuela: Escuelas violentas, desorganización escolar, falta de reglas y normas claras, trato impersonal de los profesores respecto a los alumnos (Inefectividad), profesores modelos inadecuados (incitan a tomar alcohol a los alumnos por ejemplo), fracaso escolar, deserción escolar.

d. Factores Comunitarios: Normas permisivas en la comunidad respecto al uso de sustancias psicoactivas especialmente drogas ilegales, lazos comunitarios débiles, deprivación social y económica, abundancia y distorsión de valores, disponibilidad de drogas, accesibilidad hacia la droga (buen sistema de distribución y precios accesibles). (Sánchez, 2013 p.16-23).

Diferentes trabajos coinciden en que las relaciones familiares, el apoyo y el estrés social son aspectos importantes en el pronóstico. Casi todos los estudios concluyen que la criminalidad asociada al consumo de drogas es de mal pronóstico. (Espina 1993 p.194 y 199)

### **Variables familiares y drogodependencia:**

La influencia de los componentes de la emoción expresada:

La Emoción Expresada (EE) es un constructo que evalúa la comunicación que los familiares del paciente mantienen con este último. Los componentes que han mostrado mayor relevancia dentro de este constructo han sido los de Criticismo, Hostilidad y Sobreimplicación Emocional.

Lloret (2001) citado por Becerra (2008, p. 1) define que los procesos de socialización familiar son importantes al constituir la base de predisponentes como son las actitudes, la personalidad, el autoconcepto, los valores, y las habilidades de comunicación.

En los diferentes estudios podemos ver que las variables del ámbito familiar que con más frecuencia se han vinculado a la existencia de consumo abusivo de drogas por parte de un miembro familiar son:

**Clima familiar negativo:** desorganización familiar y estrés, negatividad y rechazo, psicopatología del familiar.

**Conflicto familiar excesivo:** abusos verbales y físicos, críticas al enfermo, hostilidad generalizada.

**Falta de comunicación adecuada entre miembros de la familia:** incomunicación entre miembros familiares, falta de cohesión familiar, escasez de tareas compartidas y de tiempo juntos, interacciones disfuncionales entre miembros de la familia.

**Estilos educativos inadecuados (por parte de los padres):** ambigüedad en las normas familiares, exceso de protección, falta de reconocimiento y una organización familiar rígida. Uso de drogas y las actitudes favorables hacia estas por los familiares relevantes (como por ejemplo los padres). (Becerra, 2008 p. 4)

### **La secuencia habitual de las adicciones psicológicas es la siguiente:**

- a) La conducta es placentera para la persona.
- b) Hay un aumento de los pensamientos referidos a dicha conducta en los momentos en que la persona no está implicada en ella.
- c) La conducta tiende a hacerse cada vez más frecuente.

- d) El sujeto tiende a quitar importancia al interés suscitado en él por la conducta (mecanismo psicológico de negación).
- e) Se experimenta un deseo intenso de llevar a cabo la conducta, con expectativas muy altas.
- f) La conducta se mantiene a pesar de las consecuencias negativas crecientes. Hay una para justificación personal y un intento de convencimiento a los demás por medio de una distorsión acentuada de la realidad.
- g) A medida que los efectos adversos de la conducta aumentan, el adicto comienza a tomar conciencia de la realidad y realiza intentos de controlar la conducta por sí mismo.
- h) Lo que mantiene ahora la conducta no es el efecto placentero sino el alivio del malestar. Este alivio es cada vez de menor intensidad y de más corta duración.
- i) El sujeto muestra una capacidad de aguante cada vez menor ante las emociones negativas y las frustraciones cotidianas. Las estrategias de afrontamiento se debilitan debido a la falta de uso, el comportamiento adictivo se convierte en la única vía para hacer frente al estrés. (Maria Jose P, Rosario Ruiz O., 2010).

Algunas investigaciones han mostrado una fuerte relación entre las variables familiares y el posterior uso y abuso de sustancias psicoactivas, por ejemplo: una estructura familiar poco sólida (padres solteros, padres separados o viudos) está relacionada con el comienzo de consumo de alcohol, posiblemente porque los adolescentes pueden ser impulsados a realizarlo debido a que se encuentran en situaciones de prematura autonomía. (Acero., 2012).

La presión del grupo de amigos, constituye un elemento facilitador para comenzar a consumir (SPA) sustancias psicoactivas, aunque la fuerza de la influencia varía de acuerdo con la etapa evolutiva. (Acero., 2012).

## VII. MATERIALES Y MÉTODOS

**Tipo de Estudio:** Descriptivo de corte transversal analítico.

**Área de Estudio:** Se realizó en el Recinto Universitario de una Universidad Privada de Estelí. Ubicada al sur este de la ciudad fundada en 1997 por la Fundación Bautista, tiene disponible una matrícula de 500 estudiantes de la modalidad regular.

**Población en estudio, Muestra y muestreo:** Se seleccionó a 142 estudiantes que representa el cien por ciento de los estudiantes de nuevo ingreso y de último año de las diferentes carreras estudiantes Se tomó el 100% de la población en estudio por tal razón no se calculó muestra ni muestreo

### **Criterios de Inclusión:**

Que acepte participar en el estudio.

Que sea estudiante activo de la universidad

De ambos sexos.

**Fuente de información:** Primaria mediante encuestas

### **Instrumento de recolección**

Las fuentes de recolección de información fueron primarias. Para la recolección de los datos se hará un cuestionario auto-administrado, con 74 preguntas abiertas y cerradas.

Dividido en seis secciones:

Sección 1: Aspecto socio demográfica,

Sección 2: Información sobre sustancias psicoactivas,

Sección 3: Experiencias sociales,

Sección 4: Consumo en los últimos 12 meses.

Sección 5: Apgar familiar, test psicométrico, el cual hace referencia a la funcionabilidad familiar.

Sección 6: Test psicométrico. Distress psicológico de KESSLER. Valora los sentimientos experimentados por los individuos en los últimos 30 días.

Escala de Kessler -10 donde se miden los niveles de Distres Psicológico, en la cual se tomarán valores que van de 10-50 y se clasificara según sus valores de la siguiente manera: Bajo (10-15) - Moderado (16-21) - Severo (22-29) - Muy severo (30-50)

Previo a la aplicación del instrumento se realizará un período de entrenamiento y adaptación al instrumento. El equipo de encuestadores estará conformado por 1 maestrantes de la tercera cohorte en Salud Mental y Adicciones, cuya formación académica es Licenciada en Enfermería.

El APGAR familiar es un cuestionario de cinco preguntas, que buscan evidenciar el estado funcional de la familia, funcionando como una escala en la cual el entrevistado coloca su opinión al respecto del funcionamiento de la familia para algunos temas clave considerados marcadores de las principales funciones de la familia.

- Puntuación de 17 – 20: Sugiere una Función Familiar Normal
- Puntuación de 16 – 13: Sugiere una Difusión familiar leve
- Puntuación de 12 – 10: Sugiere una Difusión familiar Moderada
- Puntuación de 9 o menos: Sugiere una Difusión familiar Severa

### **Recolección y procesamiento de la información**

Se realizó en los salones de clase en ausencia del profesor responsable del curso, y bajo la conducción del investigador principal, con el fin de garantizar la participación de forma anónima, la confidencialidad y seguridad de los documentos.

**Plan de Análisis:** Los datos obtenidos del cuestionario se introdujeron en la base de datos en el programa SPSS versión 21. Se utilizó estadística descriptiva a través de tablas de frecuencia absoluta y porcentajes (prevalencia de poli-consumo y nivel de stress). Las variables cuantitativas fueron evaluadas mediante medidas de tendencia central (media) y de dispersión

(desviación estándar, rango, valor mínimo y máximo) Para determinada asociación entre las variables bajo estudio se empleó la prueba de Chi cuadrado con un nivel de significancia del valor de P menor o igual a 0.05

**Variables: Para el Objetivo No. 1:** Caracterizar demográficamente la población de estudio:

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Religión/Creencias
- Carrera
- Tipo de estudiante
- Tipo de Trabajo
- Lugar donde viven

**Para el Objetivo No. 2:** Determinar la prevalencia del consumo y policonsumo de sustancia psicoactiva en la población de estudio.

- Prevalencia de consumo de alguna vez
- Prevalencia de consumo de los últimos doce meses
- Prevalencia de consumo del último mes
- Tasa de Prevalencia

**Para el Objetivo No. 3:** Describir los factores socio-culturales que influyen en el incremento de la población que consume sustancias psicoactivas.

- Sentirse mejor por depresión
- Para relajarse
- Para acompañar amigos
- Presión social
- aburrimiento

**Para el Objetivo No. 4:** Identificar la funcionalidad familiar y su relación con el distress psicológico y consumo de sustancias.

- Apgar Familiar
- Distress Psicológico

### **Consideración Ética**

El presente estudio investigativo tuvo como pilares fundamentales el respeto a la dignidad y el bienestar de cada uno de los individuos participantes, los cuales serán tomados en cuenta sin ningún acto obligatorio y sin intención de dañar su identidad como persona y como profesional de la salud. Somos conscientes que para fines académicos está en manos de nuestro equipo investigativo el cumplir con las normas de confidencialidad y privacidad referente a cada uno de los datos recolectados en este proceso.

Se ha de incluir con el propósito de no comprometer a ninguno de los miembros de nuestro estudio un consentimiento informado o carta en la cual acepta o no de manera voluntaria formar parte de nuestro universo a evaluar.

## VIII. RESULTADOS

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Los análisis se realizaron en base a 142 estudiantes matriculados, encontrando que la edad media corresponde a 20 años, con una desviación típica de 3 años, edad mínima y máxima de 17 y 38 años respectivamente, el grupo edad que más prevaleció fue el de 20 a 25 años con el 52.1%, seguido de los de 17 a 19 años con el 42.3%. El sexo que más prevaleció en los estudiantes fue el femenino 57%. Ver tabla 1

**Tabla 1. Datos sociodemográficos de los participantes en estudio.**

<b>Variables</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Grupo Edad</b>		
Media		20 años
Desviación típica.		3.1 años
Mínimo		17 años
Máximo		38 años
17 a 19 años	60	42.3
20 a 25 años	<b>74</b>	<b>52.1</b>
26 a 30 años	5	3.5
30 a más años	3	2.1
Total	142	100.0
<b>Sexo</b>		
Hombre	61	43.0
Mujer	<b>81</b>	<b>57.0</b>
Total	142	100.0

**Fuente: Encuesta**

El 85.9% de los participantes son solteros, 5.6% tiene un estatus de casado y unión de hecho estable, para un total de 11.2% y el 69% consideran muy importantes sus creencias religiosas seguido de 24.6 % que la consideran importantes. Ver tabla 2

**Tabla 2. Estado civil de los participantes en estudio.**

<b>Variables</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Estado civil</b>		
Casado (a)	8	5.6
Unión libre/convivencia	8	5.6
Separado (a) / Divorciado (a)	4	2.8
Soltero (a)	122	85.9
Total	142	100.0
<b>Religión/ creencias</b>		
Muy importante	98	69.0
Importante	35	24.6
Poco importante	7	4.9
No es importante	2	1.4

**Fuente: Encuesta**

La tabla 3 identifica que el 74.6% de los estudiantes no trabajan, 22.5% trabajan tiempo parcial. 62.7% expresan viven con la familia 12.7% que viven con otro familiar, 7.0% viven en alejamiento fuera de la universidad. Ver tabla 3

**Tabla 3. Tipo de trabajo y lugar donde viven los participantes en estudio**

<b>Variables</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Trabaja usted actualmente</b>		
Trabaja tiempo completo	4	2.8
Trabaja tiempo parcial	32	22.5
No trabaja	106	74.6
Total	142	100.0
<b>Lugar donde viven</b>		
En una casa de alojamiento en la escuela	2	1.4
En casa con la familia	89	62.7
Con otros familiares	18	12.7
Fuera del alojamiento de la escuela	8	5.6
Fuera del alojamiento de la escuela, sólo	10	7.0
Otros	14	9.9
S/R	1	.7
Total	142	100.0

**Fuente: Encuesta**

### **CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**

Los análisis se realizaron en base a 142 estudiantes matriculados, encontrando que el consumo alguna vez en sus vidas fue del 69% y 54.9% consumió en los últimos 12 mes y 29.5% con continúan haciendo en los últimos 30 días. La edad media corresponde a 14 años, con una desviación típica de 3.5 años, edad mínima y máxima de 4 y 29 años respectivamente. Ver tabla 4.

Además se determinó que las sustancias más consumida en los últimos 12 meses, encontrando el alcohol 50.0% tabaco 34.7% en menor frecuencia el cannabis con 7.1%, en relación al tipo de sustancia consumida los últimos 30 días fue el alcohol con 46.2%, tabaco con 29.5% y cannabis en menor porción con 3.8%. Ver tabla 4

**Tabla 4. Alguna vez en su vida usted ha usado alguna sustancia psicoactiva en los participantes en estudio.**

Variables	Alguna vez en vida		últimos 12 meses		últimos 30 días	
	N	%	N	%	N	%
Sí	98	<b>69</b>	78	<b>54.9</b>	42	<b>29.5</b>
No	44	31	20	45.1	36	70.5
Total	142	100	98	100.0	78	100.0

**Medidas de tendencias centrales según edad de debut de consumo alguna vez en su vida.**

Medidas de TC		Sustancias N=78	N	%	N	%
Media	14 años	Cannabis	7	7.1	3	3.8
Moda	15 años	Tabaco	34	34.7	23	29.5
Desv. típ.	3.5 años	<b>Alcohol</b>	<b>49</b>	<b>50.0</b>	<b>36</b>	<b>46.2</b>
Mínimo	4 años	Cocaína	1	1.0	1	1.3
Máximo	29 años	Crack	1	1.0	-	-

**Fuente: Encuesta**

## **POLICONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**

Se determinó que el 35.7% realizaron Policonsumo en los últimos 12 meses y 20.4% continúan teniendo Policonsumo en los últimos 30 días. Las combinaciones más usadas en el Policonsumo es alcohol más tabaco 37.1% seguido del alcohol más mariguana con 5.7%. Ver tabla 5

La edad media de Policonsumo corresponde a 15 años, con una desviación típica de 2.1 años, edad mínima y máxima de 10 y 22 años, la combinación más frecuente es alcohol más tabaco 37.1 seguido de alcohol, más marihuana 5.7. Ver tabla 5

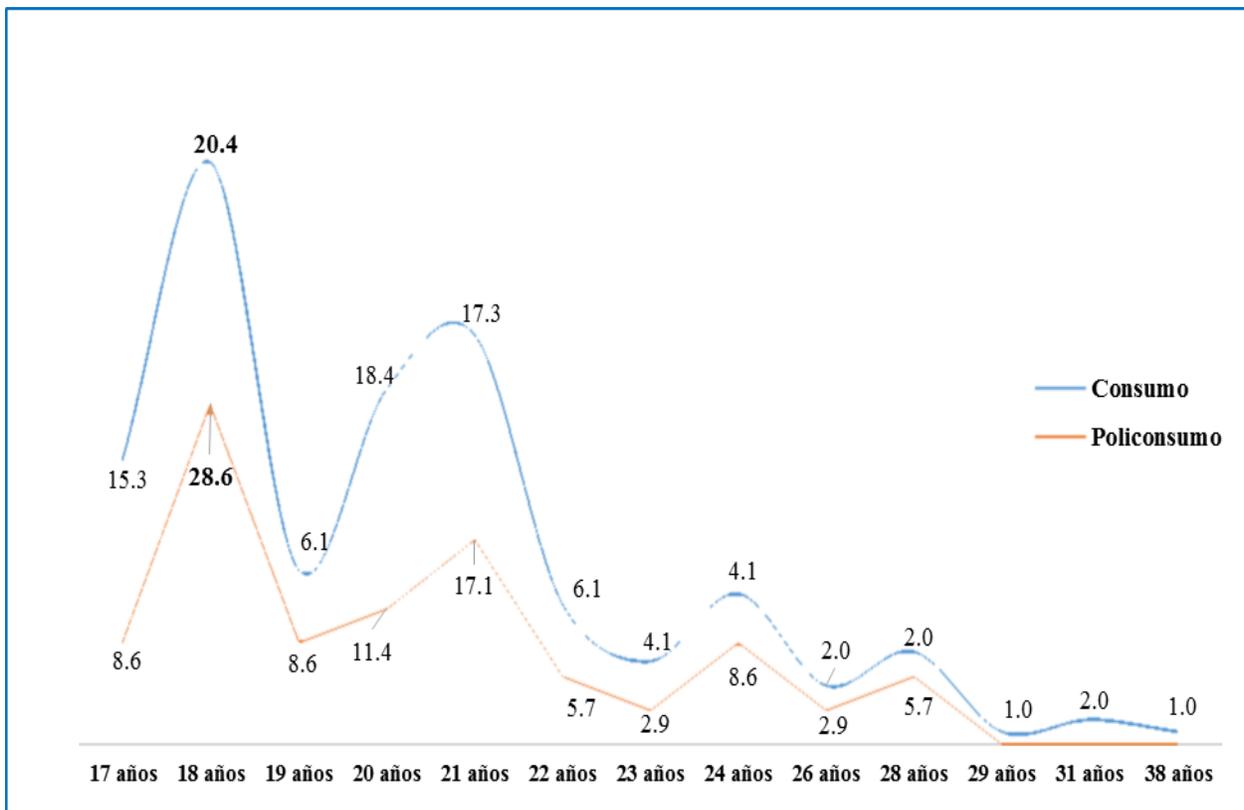
**Tabla 5. Policonsumo participantes en estudio.**

<b>Variab</b> les	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Policonsumo</b>	<b>Ultimo 12 meses</b>		<b>Ultimo 30 días</b>	
Sí	35	<b>35.7</b>	20	<b>20.4</b>
No	63	64.3	78	
Total	98	100.0	98	100.0
<b>Combinaciones de Sustancia, n=35</b>				
Alcohol y marihuana	2	5.7	-	-
Alcohol y cocaína	1	2.9	-	-
Cigarrillo y marihuana	1	2.9	-	-
Alcohol, cocaína y cigarrillo	1	2.9	-	-
Marihuana y cocaína	1	2.9	-	-
Alcohol y tabaco	13	<b>37.1</b>	-	-
Marihuana y crack	-	-	1	2.9
Cigarrillo y drogas prescritas	-	-	1	2.9
<b>Años que tenía usted cuando comenzó a usar más de una sustancia</b>				
Media	<b>15 años</b>			
Moda	16 años			
Desv. típ.	2.1 años			
Mínimo	10 años			
Máximo	22 años			

**Fuente: Encuesta**

La gráfica 1 analiza el comportamiento del consumo y policonsumo según la edad de los estudiantes participantes en el estudio, encontrando que: las edades que más hacen consumo y Policonsumo son las de 18 años con el 20.4% y 28.6% respectivamente, seguido de las edades de 20 años con el 17.3% y 17.1%, se observa consumo en frecuencia altas a edades tempranas y disminución del consumo y Policonsumo según avanza las edades. Ver gráfico 1.

**Gráfica 1. Consumo y Policonsumo de sustancias psicoactivas según edad de los estudiantes.**



La forma de como aprendió sobre las combinaciones, el 40.0% manifestó que a través de un amigo, 25.7% por sí mismos, 17.1% no respondió, 8.6% por otra persona y 2.9% por un familiar y por medio masivos de comunicación respectivamente. Ver tabla 6

**Tabla 6. Como aprendió sobre combinaciones**

<b>Variables</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Por medio de un amigo	<b>14</b>	<b>40.0</b>
Por medio de mi novio/novia	1	2.9
Por mí mismo	9	25.7
Por medio de un miembro de la familia	1	2.9
Por medio de otra persona	3	8.6
Por medios masivos de comunicación	1	2.9
S/R	6	17.1
Total	35	100.0

**Fuente: Encuesta**

De los estudiantes que manifestaron Policonsumo, el 11.1% lo consumen cuando están deprimidos están aburridos, 12% lo consumen para relajarse, disfrutar de compañía de los amigos, 15.7% por la presión social y 20% cuando esta aburrido. Ver tabla 7

**Tabla 7. Factores asociados al Policonsumo.**

<b>Factores</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Ch<sup>2</sup></b>
Para sentirse mejor cuando está deprimido.	2	11.1	0.03
Para ayudar a relajarse.	3	12	0.03
Disfrutar la compañía de sus amigos.	3	12	0.05
Debido a la presión social.	3	15.7	0.05
Cuando está aburrido.	2	20	0.04

**Fuente: Encuesta**

La tabla 8 describe la funcionabilidad familiar encontrando 82.4% familias altamente funcionales, 15.5% moderada disfuncionalidad, 2.1% severamente disfuncional, por otra parte, el 67.6% de los estudiantes presentaron distrés muy severo, 22.5% prestaron distrés severo y 5.6% moderado. Ver tabla 8

La relación entre el consumo de sustancias en los últimos 12 meses y el Apgar familiar, encontrando que el 80.8% tiene familias altamente funcionales. En relación al distrés de los consumidores en los últimos 12 meses el 70.0% de ellos presenta distrés muy severo. Ver tabla 8

**Tabla 8. Relación entre consumos de sustancia psicoactivas y Apgar Familiar**

Variables	¿En los últimos 12 meses, ha usado sustancias psicoactivas					
	Total		Si		No	
	N	%	N	%	N	%
<b>APGAR Familiar*</b>						
Severamente Disfuncional	3	2.1	2	2.6	1	1.6
Moderadamente Disfuncional	22	15.5	13	16.7	9	14.1
Altamente Funcional	117	82.4	63	<b>80.8</b>	54	84.4
Total	142	100	78	100	64	100
<b>Distrés psicológico**</b>						
Bajo	4	6.3	2	2.6	6	4.2
Moderado	3	4.7	5	6.4	8	5.6
Severo	12	18.8	20	25.6	32	22.5
Muy severo	45	70.3	51	<b>65.4</b>	96	67.6
Total	64	100	78	100	142	100

**Fuente: Encuesta. \*P=0.82=, \*\*P=0.53**

En relación a las combinaciones de dogas relacionadas con las carreras se determinó, que el 50.0% de los estudiantes que consumen están en la carrera de administración turística y hotelera, seguido de las carreras de administración y contaduría pública y finanza con el 25.0%. (Ver tabla 12). En relación a la combinación de consumo de dogas relacionados con la carrera encontramos que el 29.5% que consumen son de las carreras de derecho, seguido del 23.1% de los estudiantes

de contaduría pública y finanza, 19.2% estudian Mercadotecnia, 15.4% son de administración de empresa y el 9% estudian administración turística y hotelera. Ver tabla 9.

**Tabla 9. Consumo y policonsumo de drogas psicoactivas al mismo tiempo por la carrera**

Carrera	Consumo*						Policonsumo**					
	Total		Si		No		Total		Si		No	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Administración	27	19	12	15.4	15	23.4	27	20.3	1	25	26	20.2
Derecho	28	19.7	<b>23</b>	<b>29.5</b>	5	7.8	28	21.1	-	-	28	21.7
Enfermería	29	20.4	3	3.8	26	40.6	28	21.1	-	-	28	21.7
ATH	11	7.7	7	9.0	4	6.3	11	8.3	<b>2</b>	<b>50</b>	9	7
CPF	25	17.6	<b>18</b>	<b>23.1</b>	7	10.9	23	17.3	1	25	22	17.1
MK	22	15.5	<b>15</b>	<b>19.2</b>	7	10.9	16	12	-	-	16	12.4
Total	142	100	78	100	64	100	133	100	4	100	129	100

**Fuente: Encuesta. \*P=0.001, \*\*P=0.01**

La tabla 10. Describe que de las personas que han hecho policonsumo en los último 12 mes es de 23.5 y 30 días el 23.5% y 30% respectivamente de ellas han pensado en quitarse la vida, 62.9% y 57.1% respectivamente pertenecen al sexo masculinos.

**Tabla 10. Relación entre Policonsumo y haber pensado en quitarse la vida en los últimos 12 meses, y el sexo de los participantes**

Variables	Policonsumo últimos 12 meses						Policonsumo últimos 30 días					
	Total		Si		No		Total		Si		No	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Pensado en quitarse la vida</b>												
<b>Sí</b>	14	10.1	8	<b>23.5<sup>a</sup></b>	99	94.3	14	10.1	6	<b>30<sup>b</sup></b>	8	6.7
<b>No</b>	125	89.9	26	76.5	6	5.7	125	89.9	14	70	111	93.3
<b>Total</b>	139	100	34	100	105	100	139	100	20	100	119	100
<b>Sexo de los participantes</b>												
<b>Hombre</b>	61	42	22	<b>62.9<sup>c</sup></b>	39	36.4	61	43	12	<b>57.1<sup>D</sup></b>	49	40.5
<b>Mujer</b>	81	57	13	37.1	68	63.6	81	57	9	42.9	72	59.5
<b>Total</b>	142	100	35	100	107	100	142	100	21	100	121	100

Fuente: Encuesta. P=0.003<sup>a</sup>. P=0.001<sup>b</sup> Fuente: Encuesta. P=0.006<sup>c</sup>. P=0.15<sup>D</sup>

La tabla 11 muestra el estatutos de los estudiantes y el policonsumo en los últimos 12 meses y 30 días encontrando que el 60% de los poli consumidores son de nuevo ingreso, y 40% de reingreso, en los últimos 30 días el policonsumo fue de 66.7% para nuevos ingreso y 33.3% de reingreso. Ver tabla 11.

**Tabla 11. Policonsumo de drogas psicoactivas al mismo tiempo según estatutos académico**

Estatus	Últimos 12 meses*						Últimos 30 días**					
	Total		Si		No		Total		Si		No	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nuevo Ingreso	79	55.6	21	60	58	54.2	79	55.6	14	66.7	65	53.7
Reingreso	63	44.4	14	40	49	45.8	63	44.4	7	33.3	56	46.3
Total	142	100	35	100	107	100	142	100	21	100	121	100

**Fuente: Encuesta. \*P=0.54, \*\*P=0.27**

## IX. DISCUSIÓN.

La investigación tuvo como objetivos determinar la prevalencia de consumo y policonsumo de consumos psicoactivas en estudiantes de primero y ultimo años de todas las carreras de la Universidad Politécnica de Nicaragua. La población en estudio se caracterizó por ser en su mayoría mujeres de 20 a 25 años, solteras, en su mayoría no trabajan, y consideran sus creencias religiosas cualquiera que sea muy importante.

El hallazgo de esta investigación determinó que el 69% de los alumnos han consumido sustancias psicoactivas alguna vez en su vida, de ellos el 54.9% lo han consumido en los últimos 12 meses y de ellos el 29.5% consumen en los último 30 días,

Estos resultados son mayores a los con lo publicado por Herrera A y colaboradores en el 2009 en estudiantes universitarios de los programas de atención de salud en una universidad, reportando que el 52.1% habían utilizado sustancias psicoactivas en su vida, y el 42.6% consumió en los últimos 12 meses.

Los datos coinciden con estudios realizados en Brasil donde reporte que el consumo de sustancias psicoactivas por lo jóvenes tiene una prevalencia superior al 60%, llegando hasta el 80%, y el consumo por los universitarios sobrepasa el de los escolares. La población de entre 18 y 24 años, incluidos los universitarios, presenta una alta prevalencia de consumo de drogas lícitas/ilícitas, índices que pueden ser mayores que los de la población en general.

También son similares con el Informe Mundial sobre las Drogas 2008, elaborado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), informa acerca del incremento del consumo de sustancias psicoactivas en el mundo y especialmente en América Latina. Se estima que 208 millones de personas usan sustancias psicoactivas, lo que equivale a un 4.9% de la población mundial; el rango de edad entre los consumidores se encuentra entre los 15 y 64 años. (ONUDD)

Otro de los objetivos fue determinar la prevalencia de policonsumo simultáneos en estudiantes de primero y último años de todas las carreras. Se determinó que el 35.7% realizaron Poli consumo en los últimos 12 meses y 20.4% continúan teniendo Poli consumo en los últimos 30 días. Siendo los estudiantes de nuevo ingreso los que reportan el 60 % y 40% del consumo en los últimos 12 meses y de 66.7 % y 33.33 % en el último mes

Las combinaciones más usadas en el Poli consumo es alcohol más tabaco 37.1% seguido del alcohol más marihuana con 5.7%. La edad media de Poli consumo corresponde a 15 años, la

Los resultados son similares a publicado por Espinoza en su artículo de Poli consumo de drogas de abuso en América Latina el poli consumo de drogas ilícitas alcanza al 31,8%, es decir cerca de un tercio de quienes consumieron drogas en el último año usaron más de una (sin 2 incluir tabaco o alcohol). La distribución del poli consumo es bastante pareja entre los distintos países, aunque existen algunas diferencias, tanto en la magnitud del poli consumo como en las drogas consumidas y sus combinaciones, siendo estos resultados muy similares a los reportado en esta investigación donde se determina el 35.7% de policonsumo en estudiantes universitarios.

Entre las principales combinaciones reflejadas en este estudio están: alcohol y tabaco y alcohol y marihuana, y esto lo está haciendo por influencia de amigos, novias por novios, familiares entre otras. Además, entre los principales factores de asociados al policonsumo están: el sentirse deprimidos, están aburridos, usarlo para relajarse, disfrutar de compañía de los amigos y por la presión social.

Estos factores son similares a los reportado por Rosibel Prieto Silva, Laura Simich, Karol Strike, Wrih, 2010 donde indican que el poli-consumo respondería a situaciones vividas por los estudiantes (problemas con la pareja, asistencia a fiestas) así como a las sensaciones que experimentan al combinar distintas sustancias. Sin embargo, Son factores protectores tener una religión y realizar actividades deportivas. Es importante considerar estos elementos a la hora de desarrollar estrategias para enfrentar el problema del consumo de sustancias en los estudiantes.

Los análisis realizados acerca de los diferentes factores asociados al policonsumo se determinó familias altamente funcionales, sin embargo, un elevado número de estudiantes presentaron distress psicológico muy severo, lo cual podría generar en los estudiantes bajo rendimiento académico, entre otras.

Investigaciones realizadas por Acero en 2012 han mostrado una fuerte relación entre las variables familiares y el posterior uso y abuso de sustancias psicoactivas,) está relacionada con el comienzo de consumo de alcohol, posiblemente porque los adolescentes pueden ser impulsados a realizarlo debido a que se encuentran en situaciones de prematura autonomía. (Acero., 2012). Además que la presión del grupo de amigos, constituye un elemento facilitador para comenzar a consumir (SPA) sustancias psicoactivas, aunque la fuerza de la influencia varía de acuerdo con la etapa evolutiva. (Acero., 2012).

En 2014 lo reporta por Jose Ramon Morales ,Andres Herrera, Ana Carolina, Edilaine Dasilva 2014, expresan que el uso de sustancias psicoactivas tiene consecuencias sociales indiscutibles y se asocia a una serie de factores complejos. La tecnificación y la comunicación han desplazado el uso tradicional de sustancias, regulado normativamente y con significado cultural, además han impuesto nuevos patrones de consumo caracterizados por sustancias y métodos cada vez más accesibles y potentes.

## **X. CONCLUSIONES.**

1. La población en estudio se caracterizó por ser mujeres entre 20 a 25 años de edad, de estado civil soltera, considerando muy importante la religión, no trabajaban, además los estudiantes participantes en el estudio pertenecían a las carreras de enfermería, derecho, administración de empresa, mercadotecnia, admiración turística y hotelera, contaduría pública y finanza.
2. Se determinó prevalencia de 69.0% de consumo alguna vez en su vida, y de 54.9% en los últimos 12 meses, siendo las drogas más usuales el alcohol, tabaco, y marihuana.
3. La prevalencia del policonsumo se presentó en los últimos 12 meses 35.7%, seguido del 20.4 % en el último mes, siendo las combinaciones más comunes, alcohol más tabaco y alcohol más marihuana. La mayoría de los consumidores son de nuevo ingreso.
4. En relación al APGAR familiar la mayoría de los estudiantes reportan tener familias altamente funcionales, sin embargo, presentan un nivel de estrés psicológico muy severo.
5. Los principales factores asociados al consumo de sustancia psicoactiva son: estar entre las edades de 20 a 25 años, además de estar deprimido, en usarla para sentirse relajado, para disfrutar compañía de sus amigos, y también está relacionado con la presión social.
6. Las carreras que más están consumiendo sustancia psicoactiva son: derecho, contaduría pública y mercadotecnia y para usar el policonsumo están más prevalente en la carrera de administración turística y hotelera.

## **XI. RECOMENDACIONES**

### **A LA UNIVERSIDAD.**

1. Divulgar los resultados de la investigación a las autoridades de la Universidad.
2. Realizar investigación ulterior en todos los grupos de las diferentes carreras
3. Elaborar un plan de prevención del consumo de sustancias psicoactivas en la Universidad
4. Designar personal para atender vida estudiantil
5. Continuar con las coordinaciones interinstitucionales de prevención

### **A DOCENTES Y PERSONAL ADMINISTRATIVOS**

1. Realizar acciones de sensibilización en las instalaciones de la universidad en función de la prevención el uso y abuso de drogas.
2. Es preciso que los Docentes estén capacitados en conocer los factores asociados al consumo para identificarlos y ayudar a los estudiantes.
3. Divulgar los efectos negativos del consumo de sustancias psicoactivas y el daño a la salud a todos los alumnos del Recinto

## XII. BIBLIOGRAFÍA

1. Alfaro R, Zanetti G, Donato G. (2014). *Estudios cualitativos sobre drogas en jóvenes de Nicaragua*. León : Unuversidad de León.
2. Cáceres D, Salazar I, Valera M, Tovar J. (2006). *Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relacion con el riesgo y protección y factores psicosociales*. Cali: Universidad Javeriana.
3. Caballero M, Maciá D. (2012). *Análisis de Psicología. Prevención de Drogodependencias, intervención educativa comportamental.*, 12.
4. Escohotado., A. (1999). *Conociendo de las Drogas*. México: ISBN.
5. Espinoza., A. (2013). *Prevalencia, razones de consumo de sustancias psicoactivas relacionadas a disfunción familiar, distrés psicológico en adolescentes de 10 mo y 11vo grado del Instituto Nacional de Occidente*. León
6. Gálligo, F. (2006). *Drogas conceptos Generales, epidemiologia y valoracion del consumo*. Grupo de Intervención en Drogas semFYC .
7. García del Castillo Rodríguez, J. A. (2003). Familia y drogas aspectos psicosociales. *Revista internacional de ciencias sociales y humanidades*, 22.
8. Herrera A, Simich, L, Strike C, Brands B, Giesbrecht N, (2009). *Policonsumo simultáneo de sustancias psicoactivas en estudiantes de pregrado del área de la salud,Leon-Nicaragua*.
9. Herrera A, Veloza M, Riquelme G. (2012). *Policonsumo simultáneo de drogas en estudiantes de Ciencias de la Salud en America Latina*. León ,Nicaragua: Florianopolis.
10. Hernandez O, Font S. (2015). *Policonsumo de drogas y su relación con el contexto familiar y social*. Girona: Adicciones.

11. Kuri P, Arriola M, Peñalosa, J, Cuevas O, *Encuesta Nacional del consumo de Drogas en Estudiantes de*. México: ENCODE.
12. Lucchese, M. (2012). *Consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes escolarizados de Córdoba*. Argentina.
13. Mejia J, Velasquez C. (2010). *Policonsumo de sustancias psicoactivas en los estudiantes de secundaria*. Medellín.
14. Mercedes, E. A. (2013). *Prevalencia de consumo de sustancias en adolescentes*. León – Nicaragua.
15. Nicaragua E, Valenzuela A, Videa I, Abigail Flores A. (2015). *Policonsumo de sustancias Psicoactivas en cinco centros de la ciudad de Esteli*. Estelí.
16. Paya B, (2013). *Consumo de Sustancias y factores de riesgo*. Argentina: Universidad Buenos Aires.
17. Pagüagüa, N. D. (2006). *Censo de Población y Vivienda*. Estelí: Cifras Oficiales.
18. Pereira G, Costa L, Castro N. (2010). *Uso de drogas entre estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas*. Nicaragua.
19. Prieto Silva R, Simich L, Strike K, Wrigh. (2010). Policonsumo Simultáneo de Sustancias Psicoactivas. *CAMH*, 156.
20. PRENSA. (2014). Nicaragua y el paso de drogas. *LA PRENSA* <http://www.laprensa.com.ni/>, 5.
21. Rodríguez AH, Simich L, Strike C, Brands B, Giesbrecht N, Khenti A. (2012). *Policonsumo de drogas en estudiantes de pregrado del área de la salud León-Nicaragua*. León: Centro en demografía y salud.
22. Smith, K. (2016). *Las drogas, el cerebro y el comportamiento*. Colombia: Servicios Humanos.

23. UNODC. (2008). *Alerta sobre los Peligros que Amenazan los Avances en la Fiscalización de Drogas* . Nueva York.
24. UNODC. (2015). *Informe Mundial Sobre Drogas* . Viena .
25. Wook, L. J. (s.f.). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactiva*. Ginebra: Organización mundial de la salud.