

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua -UNAN León

Facultad de Ciencias Médicas



Tesis: Para Optar al Título de Médico y Cirujano

Conocimientos, actitudes y prácticas en adolescentes

Consumidores de sustancias psicoactivas, en la ciudad de León.

''Tragedia Social''

Autores:

*Salvador Ernesto González Pichardo.
Adriana María Villarreal Espinoza.*

Tutor:

*Dr. Andrés Herrera Rodríguez Ph.D
Profesor titular Facultad de Ciencias Médicas
UNAN León*

León, 17 de octubre de 2011

INDICE

1. AGRADECIMIENTO	
2. RESUMEN	
3. INTRODUCCIÓN	1-2
4. ANTECEDENTES	3-8
5. JUSTIFICACIÓN	9
6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
7. OBJETIVOS	11
7.1 General	11
7.2 Especifico.....	11
8. MARCO TEÓRICO	12-39
8.1 Generalidades.....	12-13
8.2 Factores de riesgo para el consumo de SPA.....	13-19
8.2.1 Factores determinantes	13-16
8.2.2 Factores influyentes.....	17-19
8.3 Clasificación de las sustancias psicoactivas (SPA).....	20-28
8.3.1 Depresores del sistema nervioso central	20-24
8.3.2 Estimulantes del sistema nervioso central	24-29
8.4 Deterioro de las áreas funcionales	29-32
8.4.1 Familiar	29
8.4.2 Laboral.....	30
8.4.3 Económica	30
8.4.4 Psicológica.....	31
8.4.5 Física	31
8.4.6 Sexual.....	31

8.4.7 Espiritual	32
8.5 Órganos más afectados por el consumo de SPA.....	32-36
8.6 Algunos signos presentes en los consumidores habituales	37-39
8.6.1 Signos sociales	37
8.6.2 Signos psicológicos	37-38
8.6.3 Signos fisiológicos	38-39
9. DISEÑO METODOLÓGICO	40-43
9.1 Diseño de estudio	40
9.2 Área de estudio	40
9.3 Población de estudio	40
9.4 Muestra de estudio.....	41
9.5 Fuente de información.....	41
9.6 Procedimiento de recolección de la información	42
9.7 Aspectos éticos	42
9.8 Plan de análisis	43
10. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	44-55
10.1 Datos generales	44
10.2 Datos sociales.....	45
10.3 Factores que propician consumo de SPA	46
10.4 Conocimientos, actitudes y prácticas	47-52
10.5 Repercusiones psicosociales	53-55
11. DISCUSIÓN	56-58
12. CONCLUSIÓN	59-63

13. RECOMENDACIONES	64-66
13.1 A nivel personal.....	64
13.2 A nivel familiar	64-65
13.3 A nivel comunitario	65-66
14. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	67-69
15. ANEXOS	70-77

AGRADECIMIENTO

- ♥ *Agradecemos primeramente a Dios, nuestro señor por la sabiduría, motivación y la fortaleza que nos ha dado para la realización de nuestro trabajo.*

 - ♥ *A nuestros padres, por el apoyo incondicional que nos han brindado a lo largo de nuestra tan preciada carrera.*

 - ♥ *A nuestro tutor, Dr. Andrés Herrera que con sabiduría, paciencia e interés nos brindó su apoyo, tiempo y conocimientos para la realización de nuestro trabajo.*

 - ♥ *A los adolescentes, que nos brindaran información, tiempo y respeto, pues sin su colaboración no habríamos llevado a cabo nuestro trabajo.*
-

RESUMEN

El consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes es un problema de repercusión psicosocial, que inestabiliza moral, económica y socialmente, así como la salud del individuo en sí y de quienes le rodean.

Este estudio tuvo como objetivos identificar las razones que propician el consumo de sustancias psicoactivas, y describir los conocimientos, actitudes y prácticas en relación a estas, de igual manera identificar las repercusiones psicosociales en adolescentes de la ciudad de León.

Nuestro estudio fue cualitativo, la fuente de información fueron *10 Entrevistas en Profundidad* que es una conversación directa, abierta e informal entre el investigador y los entrevistados.

Entre otros datos, el sexo *masculino* fue el más predominante, la edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas es entre los *7 y 12 años*, los factores que propician el consumo, en su mayoría son los problemas en el hogar. La droga lícita e ilícita con mayor frecuencia de consumo son el cigarro y la marihuana, respectivamente. En cuanto a los *resultados lo más importante* expresado por los adolescentes es querer dejar de consumir drogas, agregando que no era fácil, que necesitaban ayuda y que les gustaría recibirla mediante programas de rehabilitación y recreación así como charlas educativas para adolescentes con estos problemas.

En conclusión: se encontró muy común *policonsumo* que la describen como la mezcla de drogas al mismo tiempo y que se conoce con el nombre popular en el mundo de la droga como "*Bañado*", entre los síntomas encontramos: "*Dolor de cabeza, vómitos, mareo, furia, alegría, hambre y sueño entre otros*".

Palabras claves: *consumo de sustancias psicoactivas, adolescentes, estudio cualitativo, problema psicosocial.*

INTRODUCCIÓN

En este mundo globalizado, las drogas no tienen fronteras. No se restringen a ninguna clase social y no son exclusivas de ninguna región. Son un problema global con asombrosos costos económicos y sociales. Las inmensas sumas de dinero generadas por el tráfico de drogas hacen crecer una cultura de corrupción y violencia que desgarran el tejido de la sociedad.¹

El consumo de sustancias psicoactivas (SPA) ha sido un fenómeno universal y constante en la historia de la humanidad, hoy plantea desafíos, producto de factores como la globalización, la tecnificación y la comunicación que han desplazado el uso tradicional de sustancias, regulado normativamente con clara significación cultural, y han impuesto nuevos patrones de consumo caracterizados por sustancias, métodos cada vez más accesibles y potentes.²

El abuso de sustancias psicoactivas es un problema social que afecta la salud y el desarrollo de las personas, entre ellos: niños, adolescentes y jóvenes, de todos los sectores sociales y económicos. Un problema grave es que la edad de iniciación es cada vez menor.³

Aunque se podría argumentar que el origen del consumo de drogas se sitúa en la infancia temprana, la iniciación real en el consumo comienza normalmente, para la mayoría de los individuos, en la adolescencia temprana, y avanza a partir de aquí, según una secuencia bastante bien definida, a lo largo de la adolescencia media. En sus primeras etapas, el consumo de drogas es infrecuente, se limita a una única sustancia y a situaciones sociales determinadas.

A medida que aumenta la implicación, el consumo se incrementa tanto en frecuencia como en cantidad y progresa hacia el consumo posterior de sustancias ilícitas.⁴

La violencia es otra faceta del tráfico de drogas: la violencia contra las autoridades, entre traficantes de distintas bandas, crímenes cometidos por adictos para sustentar su vicio, y la violencia en el hogar mientras la familia se desintegra. Sobre todo, existe violencia del adicto contra él mismo: la destrucción de su cuerpo y de su alma. Porque,

en esencia, el abuso de drogas sigue siendo una tragedia personal. Afecta la salud y el bienestar de la persona, y destruye su capacidad para hacer una contribución significativa a la sociedad.²

Estudios realizados en Canadá sobre el consumo de sustancias psicoactivas, dieron como resultado que es común el consumo de tabaco, alcohol y que el cannabis es la droga ilícita más ampliamente usada tanto en estudiantes como en la población en general.⁵

Investigaciones en el mundo y América-Latina, revelan que el problema aumenta en la población día a día, por tanto, constituye un tema de relevancia de la salud pública y de la salud internacional.⁶

Estudios realizados en Centroamérica en países como Costa Rica, Honduras, revelan en el primero un alto porcentaje de consumo de tabaco y alcohol en la población en general y el consumo de estimulantes en el segundo.^{6,7}

ANTECEDENTES

El consumo de sustancias psicoactivas es uno de los principales problemas de salud pública del país, que hasta la actualidad no se le ha dado la importancia que se requiere.

Según datos de la **OPS /OMS** en el 2002 y otras organizaciones sobre la salud en el mundo indicaba que 8,9% del peso global de enfermedades resulta del consumo de sustancias psicoactivas. Ese mismo informe reveló que el consumo de tabaco estaba presente en 4,1%, el alcohol en 4% y las drogas ilícitas en 0,8% del peso global de las enfermedades. Parte de esa carga, relacionada al consumo de sustancias y las dependencias químicas, resulta de problemas de origen sanitario y social.⁸

Existen algunos estudios de la **OMS** sobre sustancias psicoactivas el cual menciona que el porcentaje mundial de las personas afectadas con VIH/SIDA el 5% también, se inyectan sustancias psicoactivas esto es 2,1 millones en más de 100 países. También ha publicado informes acerca de la farmacodependencia, las adicciones, dimensión, impacto y perspectivas.⁹

Según la Oficina de las Naciones Unidas para la Droga y el Delito (ONUDD) hay cerca de 200 millones de personas que consumen alguna sustancia ilícita como la cocaína, heroína, cannabis, etc. En una encuesta reciente del National Institute on Drug Abuse (NIDA) se demostró que el 37% de la población consume una o más sustancias ilícitas a lo largo de la vida, durante el año 2007.¹⁰

En Ontario (Canadá) se realizaron dos estudios sobre abuso de drogas: uno, de estudiantes de escuelas intermedias, secundarias y otro de adultos de la población en general. Revelaron que es común el consumo de tabaco y alcohol, y que Cannabis es la droga ilícita más ampliamente usada tanto por los estudiantes como por los adultos (15,9%, y 9,5%) respectivamente.⁵

En Brasil, Gilson Muza y Colaboradores, realizaron un estudio sobre el consumo de SPA ilícitas y lícitas por estudiantes secundarios entre 13 y 19 años siendo la

distribución equivalente entre varones y mujeres la prevalencia, el consumo de alcohol y tabaco se encuentra en primer lugar, seguido de los medicamentos, marihuana y los solventes este orden se modifica cuando se relacionan las prevalencias de frecuencias de uso según edad y sexo, así por ejemplo: los jóvenes comprendidos entre los 13 a 15 años, prevalece en segundo lugar, el consumo de drogas ilícitas sobre el tabaco, en tanto de 16 a 17 años, el consumo de tabaco prevalece sobre drogas ilícitas.¹¹

Según el informe anual de la **ONU** sobre Drogas (UNODD), reveló que en Argentina y Uruguay el incremento de cocaína tuvo un mayor auge. En el caso de la Argentina, el uso de tal droga alcanzó 2,6% de la población entre 15 y 64 años, otro estudio realizado en el 2006, con respecto al realizado en 1999 que fue de 1,9%. En el Uruguay, el incremento fue de 0,7% a 1,4%. Así mismo el consumo de éxtasis está aumentando en América del Sur y Central, con una prevalencia de entre 0,9% y 0,5%” por país. El Perú figura como el mayor consumidor de esta droga sintética producida en los Estados Unidos y Europa, mientras El Salvador es el mayor usuario en Centroamérica y República Dominicana se destaca entre los países caribeños, señaló el informe.¹²

En Argentina en el 2007 Según la tercera encuesta nacional sobre el diagnóstico de uso indebido de sustancias psicoactivas, Indica que en la población general adulta (15-64 años) el consumo de drogas ilícitas, tiene una mayor prevalencia para hombres que para mujeres, excepto en el caso de cocaína que no hay diferencia entre sexos. Específicamente, el 8,4% de los varones adultos ha consumido alguna droga ilícita y el 6,5% de mujeres. La droga ilícita más consumida es el cannabis (6,8% - 8,8% para varones y 5,4% para mujeres-) seguida de la cocaína (2,1% para varones y mujeres) y éxtasis (0,4%). Para el resto de sustancias ilícitas no se obtuvieron datos comparativos y representativos.¹⁰

Por otra parte, el alcohol es la sustancia que presenta las mayores prevalencias de consumo representado por un 63,6% de la población. El consumo masculino es marcadamente mayor. Comparando los niveles de consumo entre los países de la región, se observa que Argentina se ubica entre los países con mayor consumo de

tabaco (Venezuela, Argentina, Panamá y Cuba) pero no entre los de mayor consumo de cocaína y cannabis. Respecto al alcohol, todos los países tienen prevalencias similares y grandes diferencias por sexo ¹⁰

Por otro lado, en el caso de la población de estudiantes de enseñanza media, los últimos resultados oficiales para las declaraciones de consumo en el último año de alguna droga ilícita indican para todos los casos una mayor prevalencia para hombres que para mujeres. El 8,2% de los varones ha consumido alguna droga ilícita y el 6,1% de mujeres. El cannabis es la droga ilícita más consumida (5,4%), seguida de la cocaína (2,1%).¹⁰

Respecto a la distribución porcentual de consumidores en el último año según el número de drogas consumidas, el 63,7% de los estudiantes usaron una sola droga ilícita, el 16,7% dos drogas, el 11,6% tres drogas y el 8,1% cuatro y más drogas. Estos datos indican un alto grado de policonsumo. ¹⁰

Finalmente, la encuesta se realizó a estudiantes universitarios revelando que el consumo en el último año de alguna droga ilícita indica una prevalencia del 11%. El cannabis presenta mayor proporción de uso, seguido de cocaína, le siguen éxtasis y opiáceos.

Con respecto al estudio en los tres grupos podemos observar que la mayor prevalencia de consumo se da en el sexo masculino y que la droga ilícita más consumida es el cannabis. ¹⁰

En Colombia en el año 2004 se realizó la Encuesta Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en jóvenes escolares entre 12 y 17 años , en la cual se encontró que el alcohol con 61.9% y tabaco 30.6% indicaron los mayores porcentajes. Referente a las sustancias ilegales sobresalió en primer lugar la marihuana, con una prevalencia de consumo en algún momento de la vida del 7.6% y en el último año de 6.6%.¹³

En otro estudio, realizado en **Colombia** el consumo alguna vez en la vida de cualquier sustancia ilegal, marihuana, cocaína, bazucó, heroína, fue del 5.9%. Estimado en más

de un millón cien mil hombres (11.4%), y caso 300 mil mujeres (1.9%). Existe un incremento sostenido del consumo de todas estas sustancias con el aumento de escolaridad, alcanzando en el valor más alto en el nivel universitario incompleto (13.8%). Entre los residentes de la zona con mayor nivel de urbanización, existen los niveles más altos de consumo (10.1%). El consumo de marihuana al menos una vez en la vida es de (5.3%), el de cocaína, similar al de bazuco se estima en (1.5%), y el de heroína (0.04%).¹⁴

El departamento de Antioquia a través de la Empresa Social del Estado Carisma, realizó investigación comparativa en los años 2003 – 2007 acerca de la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes escolarizados.¹³

Respecto a las sustancias legales el 71.6 % de los jóvenes manifestó haber consumido alguna vez en la vida alcohol y en el último año fue reportado por el 60%. El 35.7% cigarrillo, es decir, uno de cada tres jóvenes y el 20.5% lo han hecho en el último año.¹³

Respecto a las sustancias ilegales como la marihuana se encontró en esta investigación que el 9.3% de los jóvenes encuestados han consumido alguna vez en la vida y el 6.1% lo han realizado en el último además se encuentra que los principales motivos para iniciar el consumo de sustancias psicoactivas en los jóvenes escolarizados, tienen que ver con la curiosidad, la búsqueda de diversión y de nuevas sensaciones.

Otro estudio realizado en la ciudad de **Bogotá** llevado a cabo por Marín y colaboradores reveló que una de las variables de mayor valor predictivo sobre el uso ilegal de fármacos entre jóvenes universitarios es que los padres consuman cigarrillos y bebidas alcohólicas.¹⁵

Un estudio realizado reveló, América del Sur, América Central, incluyendo el Caribe, son los terceros consumidores de cocaína. El mercado alcanza el 16% del mercado

mundial y la tasa media de prevalencia anual alcanza la cifra de 0,77% para la población de 15 a 64 años.¹⁰

El Instituto Hondureño para la Prevención del Alcoholismo Drogadicción y Farmacodependencia, reportó que 25% de la población de universitarios usan algún tipo de droga. El estudio fue realizado en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, entre otras drogas se encontró que los estudiante 3,8% reportó el uso de estimulantes en la vida o pastillas para no dormir. Del total de estudiantes, en la actualidad el 2.2% continúan consumiendo estimulantes.⁶

En un estudio realizado en **Costa Rica** por Obando P y Sáenz R, sobre el consumo de sustancias psicoactivas, se muestra una relación altamente significativa entre la edad y el consumo de tabaco, a mayor edad mayor es la probabilidad de consumo. En este caso, el 92,8% de los niños entre 12 y 14 años de edad han consumido tabaco, contrarrestado al 7,2% entre los 9 y 11 años de edad. Para el caso del consumo de alcohol, no se observa tal significancia, sin embargo, los porcentajes de consumo en los grupos de edad de los 9 - 11 años (12,5%) y de los 12 - 14 años (87,5%) discrepan lo suficiente como para mostrar una tendencia de mayor consumo a mayor edad.⁷

En Nicaragua durante los meses de marzo 2003 a febrero 2004, el Ministerio de Salud con la ayuda de la Organización Panamericana de la Salud y el Centro de Prevención y Control de Enfermedades de los Estados Unidos, implementó el sistema de vigilancia epidemiológica de lesiones de causas externas en cinco hospitales de Nicaragua (HEODRA-León, Lenin Fonseca y Vélez Paiz – Managua, Regional Santiago- Carazo y Victoria Motta- Jinotega). En este período se registraron 900 mujeres que sufrieron lesiones debido a violencia. También se encontró que el uso de alcohol es un factor importante en la producción de lesiones por violencia al comparar el consumo de alcohol durante ocurren los actos violentos, en el sexo masculino el uso es del 35% y en el sexo femenino es del 13% en estos casos las víctimas se encontraban bajo los efectos del alcohol y generalmente estaban bebiendo con el agresor en el caso de la violencia intrafamiliar.¹⁶

Otro estudio realizado acerca de las sustancias psicoactivas (SPA) por la Dra. Olivas en enero de 1994, estima que las dos terceras partes de los jóvenes entre 18 y 25 años de edad han usado algún tipo de drogas y el 35% continuaba empleándola. ¹⁷

JUSTIFICACIÓN

El consumo de sustancias psicoactivas es un problema de salud pública muy frecuente y plantea enormes retos para las sociedades actuales, independientemente del grado de desarrollo alcanzado por ellas, pues, las consecuencias individuales y sociales derivadas del mismo, hacen tambalear el desarrollo social y económico de un país al afectar de manera directa e indirecta el capital social, el capital humano, la salud pública, el bienestar y la seguridad de un número cada vez mayor de niños, niñas, jóvenes y adultos cuyo futuro se compromete seriamente por cuenta de la producción, el tráfico, el comercio y el consumo. El panorama es aún más complejo, si se tiene en cuenta que el consumo adquiere cada vez más dimensiones inimaginables hasta hace pocas décadas.

Por las razones ya mencionadas, consideramos necesario realizar esta investigación, que nos ayudó en la identificación de los factores que propician dicha situación, cuales son los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los consumidores con respecto a las drogas, Y conocer cuál es la relación que tienen con su familia y personas que le rodean con la finalidad de proponer alternativas que puedan mejorar su calidad de vida.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

No cabe duda que el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas es uno de los comportamientos más problemáticos de los jóvenes en la actualidad; no en vano la adolescencia constituye la etapa de mayor riesgo para el inicio de conductas de consumo. Este hecho se encuentra favorecido por determinadas características distintivas de este periodo evolutivo, tales como la búsqueda de autonomía e identidad personal, la necesidad de experimentar sensaciones nuevas y la importancia otorgada al grupo de iguales. La mayor parte de los jóvenes consumidores de sustancias psicoactivas se caracterizan por presentar un perfil de policonsumo.

Por falta de conocimiento y capacitación, esta enfermedad ha sido invisibilizada dentro de la atracción de los servicios de salud, sin embargo, dada la situación nacional actual, es de urgencia que esta problemática sea abordada integralmente y así mejorar la salud mental de la población. Debido a esta situación es que se investigó.

¿Cuáles son los conocimientos actitudes y práctica que tienen los adolescentes en la ciudad de León, frente al consumo de sustancias psicoactivas en el periodo comprendido de agosto –octubre 2009?

OBJETIVOS

General:

Determinar los conocimientos actitudes y práctica en adolescentes consumidores de sustancias Psicoactivas en la ciudad de León, marzo-octubre 2009.

Específicos:

- Caracterizar la población de adolescentes consumidores de sustancias Psicoactivas.
- Identificar los factores que propician el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de la ciudad de León.
- Describir los conocimientos, actitudes y prácticas en relación al consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de la ciudad de León.
- Identificar las repercusiones psicosociales que estos adolescentes tienen frente al consumo de sustancias psicoactivas.

MARCO TEÓRICO

1. Generalidades.

La **adicción** es un estado de alteración, a veces de intoxicación, provocado por la ingestión de una o varias drogas o por un comportamiento repetitivo que el individuo es incapaz de controlar. ¹⁸

Una **droga** es cualquier sustancia química, natural o sintética, que una vez ingerida altera la conducta, la percepción, modifica el estado de ánimo, aumenta o disminuye el rendimiento físico o psíquico. ¹⁸

La adicción a las drogas es la intoxicación causada por distintos agentes como el alcohol, el tabaco y los alcaloides que perturban la vida y pueden llegar en casos extremos a destruirla. Su característica más importante es que, hay un deseo irreprimible de repetir su uso, porque confieren una sensación de bienestar; sin embargo, es necesario tener en cuenta que la mayoría de las cosas a las que las personas son adictas, no son las sustancias en sí mismas. ¹⁸

Se denominan sustancias psicoactivas (SPA) aquellas que actúan sobre los mecanismos del sistema nervioso central, jugando un papel importante en los procesos de síntesis, almacenamiento, liberación, unión de receptores, y destrucción de los neurotransmisores. ¹⁹

La adicción a las sustancias psicoactivas es solo una de las muchas formas de adicción que existen, entre las que podemos mencionar el juego patológico, tricotilomanía, desorden explosivo intermitente, piromanía, la cleptomanía y la compra compulsiva. ¹⁸

Otro término para designar la adicción a sustancias psicoactivas es toxicomanía, que reenvía más a una dimensión farmacológica. La **toxicomanía** puede ser definida como una conducta de intoxicación voluntaria. El término de **intoxicación** debe ser tomado

en el sentido más general de absorción de una sustancia que no es un alimento. Los motivos reales de su conducta pueden escapar completamente al sujeto.²⁰

Es necesario precisar que, desde el punto de vista de su desarrollo temporal, esta conducta de intoxicación voluntaria puede ser algunas veces única, algunas veces episódica y algunas veces repetitiva; desde el punto de vista de sus implicaciones Sociales puede ser solitaria o colectiva.¹⁸

2. Factores de riesgo para el consumo de sustancia psicoactivas (SPA). (Ver fig.1)

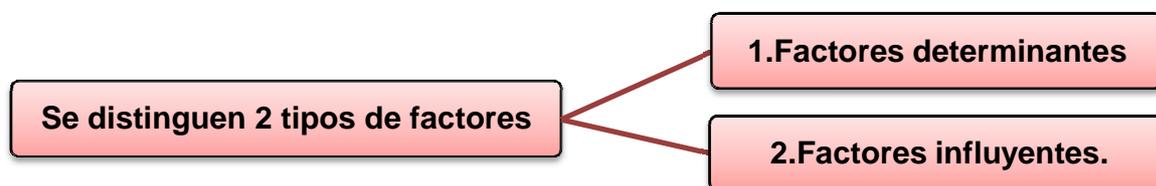


Figura 1. Clasificación factores de riesgo para consumo de SPA

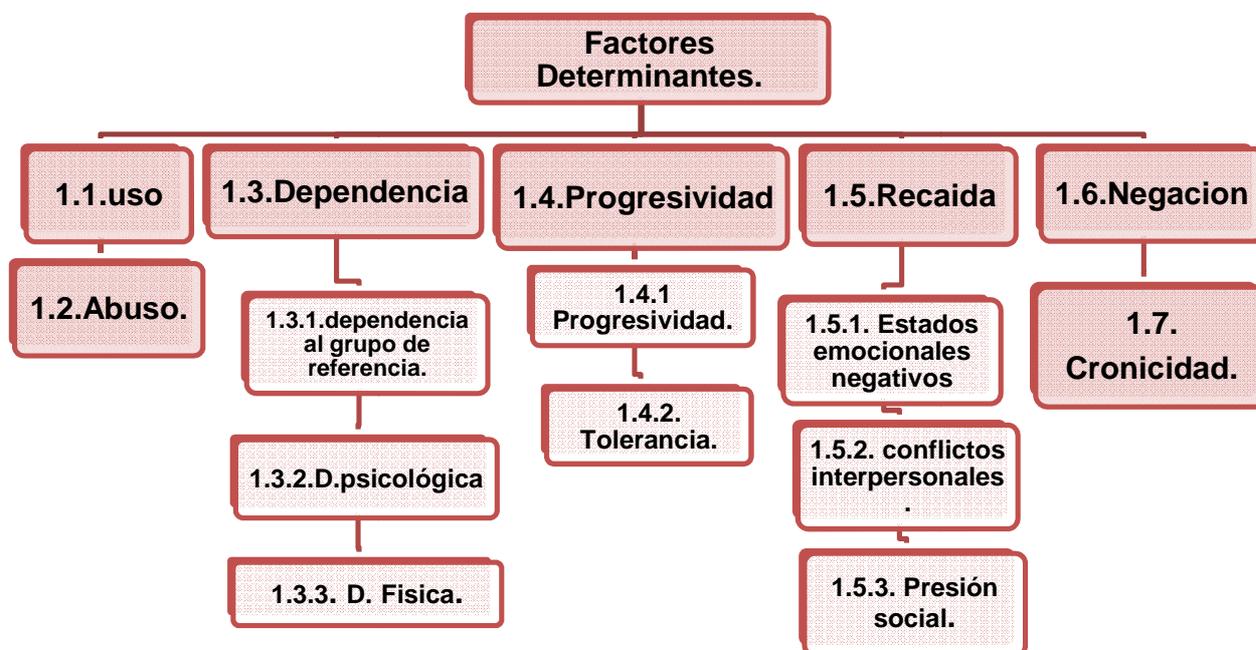


Figura 2.Factores determinantes.

1. Factores determinantes

Los factores determinantes son siete: el uso, el abuso de sustancias, la dependencia, la progresividad, la recaída, la negación y la cronicidad.²¹ (ver figura 2)

1.1. Uso:

El desarrollo de la enfermedad tiene su inicio en el momento en que el individuo realiza el acto de darse permiso para usar la primera dosis de la sustancia psicotrópica elegida. En ocasiones, esta acción se realiza para estar a la moda, para experimentar, por presión del grupo de referencia e imitar patrones locales y foráneos. Si el uso se mantiene en forma sutil o manifiesta, el consumidor pasa a la etapa del abuso.²¹

1.2 Abuso

Consiste en un patrón desadaptativo de consumo de sustancias, manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionadas con el consumo repetitivo de sustancias. Puede darse el incumplimiento de obligaciones importantes, consumo repetido en situaciones en que hacerlo es físicamente peligroso, problemas legales múltiples y problemas sociales e interpersonales recurrentes.²¹

1.3 Dependencia.

Con el uso y el abuso, el consumidor inicia la dependencia, que se lleva a cabo en tres actos relevantes: dependencia del grupo de referencia, dependencia psicológica y dependencia física.²¹

1.3.1 Dependencia al grupo de referencia.

El grupo logra que cada miembro cumpla con el mandato de usar la sustancia en forma experimental, sin saber que, un porcentaje considerable, pasa al abuso y dependencia de la droga.²¹

1.3.2 Dependencia psicológica. Es la condición en la cual una droga produce sentimientos de satisfacción y motivación psíquica, que requiere de una administración periódica o continua de la droga para producir placer o para evadir el malestar".²¹

Un porcentaje considerable de los miembros del grupo pasa sin darse cuenta, a establecer el consumo, como el eje central de su existencia: ¿cómo, cuándo y dónde voy a consumir? Las demás acciones de su vida como las relaciones interpersonales, familiares, económicas, de trabajo y otras, giran alrededor de esta idea central.

1.3.3 Dependencia física

La enfermedad psicoactiva es un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos, que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella.

Existe un patrón de repetida auto administración que, a menudo, lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia” como se ha señalado en el concepto de enfermedad adictiva, el consumo de sustancias psicoactivos conduce a la dependencia física.²¹

1.4 Progresividad

1.4.1 progresividad

Se trata de una condición fisiológica definida en términos de adaptación de los sistemas de la economía corporal, ante la presencia e interacción constante de un psicotrópico. Este fenómeno se caracteriza por la instauración de mecanismos compensatorios, que permiten el funcionamiento relativamente normal de los órganos y sistemas corporales, aún en presencia de altas concentraciones plasmáticas de diversas sustancias.²¹

1.4.2 Tolerancia

Es el estado en el que, la administración repetida de la sustancia conduce a un menor efecto”. La tolerancia se expresa a nivel clínico como una disminución de los síntomas producidos por la intoxicación, que demanda el incremento de las dosis para producir efectos semejantes. Cuando la tolerancia disminuye, la intensidad del reforzamiento producido por la sustancia psicoactiva, como ocurre en muchos casos, la dependencia

psicológica llega a ser el factor dominante de la conducta de búsqueda y mantenimiento del consumo del psicotrópico.

1.5 Recaída

Es cualquier violación discreta de una regla autoimpuesta o de un grupo de reglas, que gobiernan la tasa o patrón de cierto comportamiento (DSM IV, 1995). En la recaída existen situaciones de alto riesgo que el consumidor y su familia deben tener presentes para poder controlarlas. Algunas de estas situaciones.

1.5.1 Estados emocionales negativos: frustraciones, ira, ansiedad, depresión y aburrimiento.

1.5.2 Conflictos interpersonales: en el matrimonio, con las amistades, con otros miembros de la familia, disputas y confrontaciones interpersonales.

1.5.3 Presión social: situaciones en las que el individuo responde a la influencia de otra persona o grupo de personas, que ejercen presión para involucrarla en el comportamiento proscrito.

1.6. Negación

Invaldar una parte desagradable o no deseada de la información o de la experiencia vital como si no existiera. Se infiere cuando un individuo se comporta como si no se diera cuenta de algo que, razonablemente, debe conocer

1.7. Cronicidad.

La palabra crónico proviene del griego *Khronos*, que significa tiempo.

La cronicidad se expresa en la permanencia de una determinada condición en la persona, por ejemplo la enfermedad. En materia de adicciones, por razones de cronicidad, la dependencia es un fenómeno permanente, cuya máxima manifestación es la pérdida de control sobre el consumo habitual de sustancias (dependencia física).

2. Factores influyentes

Es necesario recalcar que los factores descritos en este apartado no son determinantes en la carrera adictiva, sino que influyen en sus manifestaciones y desarrollo: (ver figura 1)

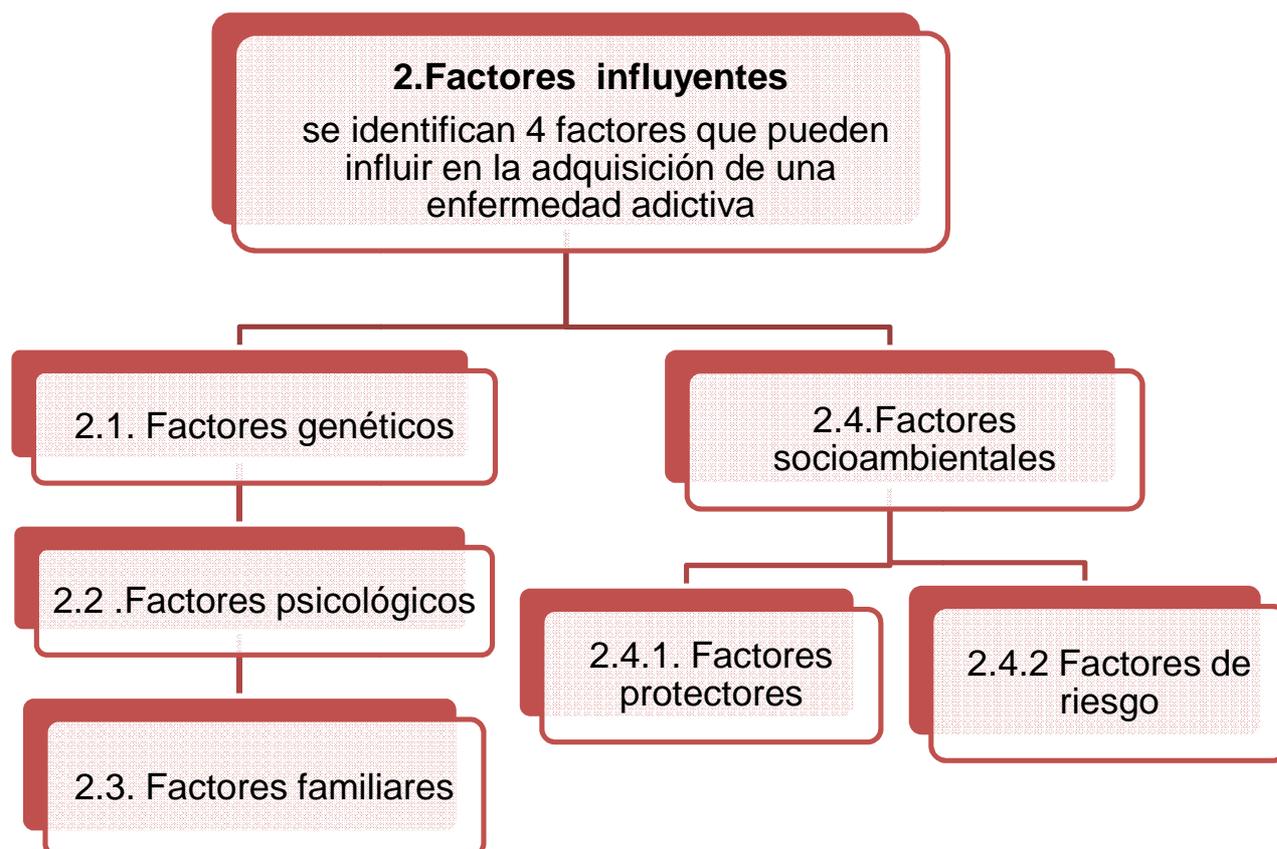


Figura 3. Factores influyentes

2.1. Factores genéticos

Investigaciones recientes sugieren que el factor hereditario está involucrado en el uso y el abuso del alcohol, la cocaína y otras drogas lícitas e ilícitas.²¹

2.2. Factores psicológicos

Según la experiencia clínica de expertos, es riesgoso hablar de una personalidad adictiva, ya que algunos de los rasgos que caracterizan a un adicto, como la dependencia, la inseguridad, la ansiedad, la poca tolerancia a la frustración y la inmadurez, entre otros, también los pueden presentar otros grupos que no son consumidores de sustancias psicoactivas. Sin embargo, estos rasgos caracterológicos mencionados al inicio respecto del uso y abuso de las drogas, se convierten en un terreno propicio para el establecimiento de una carrera adictiva²¹.

La teoría psicoanalítica puede representar un importante papel para enriquecer y aumentar la información sobre el tratamiento de abuso de sustancias y mejorar la relación terapéutica.

2.3. Factores familiares

La familia ha sido tradicionalmente la comunidad básica en el contexto social y cultural de la humanidad, insustituible y necesaria, que impone en forma indeleble el molde sociocultural y el nivel de la salud mental en las generaciones sucesivas.

El abuso de las drogas suele originarse en la adolescencia. Está asociado con el proceso normal, aunque difícil, del crecimiento, la experimentación de nuevas conductas, la autoafirmación, el desarrollo de relaciones íntimas con gente ajena a la familia y el abandono del hogar.²¹

2.4. Factores socio-ambientales

Según la experiencia clínica de expertos consultados, en la comunidad existen factores *protectores* y *factores de riesgo*.²¹ (ver tabla 1)

2.4.1 Los factores protectores

Se refiere a estilo de vida saludable, que evitan el incremento de consumidores potenciales y experimentales.²¹

2.4.2. Tabla 1. Factores de riesgo.

Alcoholismo en los padres de familia.	Desorganización funcional, estructural en la comunidad.
Uso familiar episódico intenso de alcohol o psicotrópicos.	Confusión y pérdida de valores.
Historia familiar de alcoholismo.	Desempleo.
Historia familiar de conducta antisocial.	Conducta antisocial.
Antecedentes de abuso infantil, intrafamiliar o extrafamiliar.	Escaso rendimiento laboral y frecuentes ausencias por enfermedad.
Familiares con escasas habilidades paternofiliales.	Conductas sexuales precoces.
Dificultades en las relaciones familiares, sensaciones, la insensibilidad al castigo.	Problemas emocionales y de conducta en los hijos.
Uso de psicotrópicos en los hermanos, en la familia o los amigos cercanos.	Uso de alcohol y experimentación con psicotrópicos a edades tempranas.
Deficiente o escaso aprovechamiento escolar.	Violencia familiar.
Enajenación y rebeldía.	Baja o nula religiosidad.
Psicopatología, especialmente depresión.	Accidentes de tránsito.
Alteraciones conductuales como la vagancia, la baja empatía hacia los demás, la poca tolerancia a la frustración, la búsqueda constante de nuevas experiencias.	Problemas legales, básicamente por alteración del orden público y delitos menores, pero también fraude, delitos sexuales y violentos (incluso asesinato).

3. Tabla 2. Clasificación de las sustancias psicoactivas.

Existen muchas clasificaciones de las sustancias psicoactivas; la más generalizada y aceptada es la siguiente:¹⁸

Depresores del sistema nervioso central	Estimulantes del sistema nervioso central	Alucinógenos
Alcohol	Anfetaminas	LSD
Opiáceos	Tabaco	Hongos
Barbitúricos	Cocaína	Inhalantes
Benzodiazepinas	Cafeína	Marihuana
	Bazuco	

3.1 Depresores del sistema nervioso central

3.1.1 Alcohol

El alcohol es una droga legal, y se puede decir que su consumo es bastante habitual. Las bebidas alcohólicas no se digieren. El alcohol pasa por los vasos digestivos a los vasos sanguíneos y en poco tiempo se expande por todo el cuerpo. Sólo el tiempo ayuda a eliminar el alcohol del cuerpo.¹⁸

Para eliminar una dosis de alcohol se necesita una hora, por lo que, cuanto más alcohol, más tiempo para eliminarlo. En un primer momento el alcohol tranquiliza y desinhibe. Luego, en cambio, esa situación pasa y se pueden producir situaciones graves. Todas las personas no reaccionan de la misma manera ante el alcohol. El cuerpo de cada persona y la situación física y psíquica influyen en todo ello. Pero una sola dosis, aunque sea muy pequeña, produce efectos negativos inmediatos.

Las consecuencias del alcohol son las siguientes:

- Interfiere en el desarrollo psíquico.
- Disminuye el rendimiento físico e intelectual.
- Se pueden producir situaciones de riesgo social. (Accidentes de tráfico y trabajo, situaciones de violencia y se pueden sufrir agresiones).
- Riesgo de tener enfermedades en el futuro²²

Entre los alcohólicos crónicos es bastante común la presencia del síndrome de Korsakoff, este síndrome se presenta especialmente en aquellas personas que se encuentran desnutridas y tienen una deficiencia de vitaminas B, especialmente de la tiamina. Una de las principales características del síndrome de Korsakoff es que se pierde la memoria de los acontecimientos recientes; si el síndrome de Korsakoff no es tratado de forma correcta y rápida puede ser mortal.²³

3.1.2 Opiáceos

El término **opiáceo** se refiere a los alcaloides presentes en el opio, un extracto de la exudación lechosa y blanca obtenida de la incisión de la cápsula de la amapola o adormidera (*Papaversomniferum* L.). También se ha utilizado tradicionalmente para referirse a los derivados naturales y semi-sintéticos de la morfina. Este término es con frecuencia usado incorrectamente para referirse a todas las drogas con acción farmacológica similar al opio o a la morfina. Éstas pueden clasificarse más apropiadamente bajo el término opioide.

Un **opioide** es cualquier agente que se une a receptores opioides situados principalmente en el sistema nervioso central y en el tracto gastrointestinal. Hay cuatro grandes clases de opioides: péptidos opioides endógenos, producidos en el cuerpo; alcaloides del opio, tales como morfina (el opioide prototípico) y codeína; opioides semi-sintéticos, tales como heroína y oxicodona; y opioides completamente sintéticos, tales

como petidina y metadona, que tienen una estructura no relacionada con los alcaloides del opio.²⁴



Papaversomniferum L.



Opio crudo, de donde derivan la mayoría de los opioides.

Efectos fisiológicos y comportamentales.

Efectos sobre el SNC.

En dosis pequeñas o moderadas dosis (5-10 mg) los principales efectos subjetivos de la morfina son el adormecimiento, decremento de la sensibilidad a estímulos externos e internos, baja de la ansiedad e inhibición, relajación muscular, disminución del dolor, alguna depresión respiratoria y su efecto es frecuentemente seguido de un sueño placentero.²⁴

En altas dosis se puede desarrollar un estado de euforia. La literatura inglesa lo refiere frecuentemente como una "patada", "explosión"; un "corrientazo" o "rush" que el adicto a la morfina siente inmediatamente después de la inyección de morfina o heroína en la vena.²⁴

3.1.4 Barbitúricos

Son drogas que actúan como sedantes del sistema nervioso central y, por virtud, producen un amplio esquema de efectos, desde sedación suave hasta anestesia. En forma endovenosa el Pentotal ha sido el más utilizado para la inducción de la anestesia aunque en los últimos años está siendo desplazado por el propofol, de vida media más corta. Los barbitúricos son derivados del ácido barbitúrico.²⁵

1. Status legal.

Son drogas legales, de prescripción controlada con acción medicamentosa y con efectos adictivos a largo plazo (un año). Su consumo produce tolerancia y al dejar el consumo se presenta Síndrome de Supresión.

2. Efectos

Todos los barbitúricos son depresores del SNC; sin embargo, existen distintas variedades (larga, media y corta duración) que difieren de forma significativa en lo referente a sus efectos, vida media y toxicidad.

Se prescriben para tratar el insomnio nervioso severo, algunas formas de epilepsia, ciertos cuadros convulsivos y determinados desórdenes psicológicos. Las dosis bajas provocan sensaciones de tranquilidad y ayudan a conciliar el sueño.

Cantidades más elevadas disminuyen los reflejos y provocan enlentecimiento respiratorio que puede llevar hasta el coma y la muerte. Tras un consumo prolongado aparecen trastornos físicos como anemias, hepatitis, depresión, descoordinación motora y entorpecimiento del habla, etc.

El consumo continuado facilita la instauración de tolerancia y dependencia, por lo que si se disminuye o suprime la dosis habitual sobreviene un peligroso síndrome de abstinencia (convulsiones, confusión, riesgo vital serio).²⁵

3.1.5 Benzodiazepinas

Las **benzodiazepinas (BZD)** son medicamentos psicotrópicos que actúan sobre el SNC, con efectos sedantes e hipnóticos, ansiolíticos, anticonvulsivos, amnésicos y miorelajantes (relajantes musculares). Es por ello que las benzodiazepinas son usados en medicina para la terapia de la ansiedad, insomnio y otros estados afectivos, así como las epilepsias, abstinencia alcohólica y espasmos musculares. Son también

usados en ciertos procedimientos invasivos como la endoscopía o dentales cuando el paciente presenta ansiedad o para inducir sedación y anestesia.

Los individuos que abusan de drogas estimulantes con frecuencia se administran benzodiazepinas para calmar su estado anímico. A menudo se usan benzodiazepinas para tratar los estados de pánico causados en las intoxicaciones por alucinógenos.²⁶

Tabla 3. Los efectos secundarios con el uso o administración de benzodiazepinas incluyen:

Somnolencia	Temblor
Vertigo	Debilidad
Malestar estomacal	Amnesia anterograda
Vision borrosa	Efecto resaca
Dolor de cabeza	Tolerancia cruzada
Confusion	Pesadillas
Depresion	Dolor de pecho
Trastornos de la coordinacion	Ictericia
Trastornos del ritmo cardiaco	Reacciones paradogicas.

3.2 Estimulantes del sistema nervioso central

3.2.1 Anfetamina

Los efectos son muy similares a la cocaína. Puede tener síndromes psicóticos con alucinaciones e ilusiones auditivas, visuales o táctiles e ideación paranoide. En el

síndrome de abstinencia, produce depresión que puede acompañarse de ideas suicidas. La depresión post-anfetamínica puede persistir de 3 a 6 meses.¹⁸

En general, se sabe que las anfetaminas aumenta el estado de alerta y la iniciativa, hay falta de sueño, disminuye la sensación de fatiga, mejora el ánimo, la confianza y la habilidad para concentrarse. Suele haber euforia y verborrea.

También, se incrementa la capacidad física en dosis bajas o medias; las altas pueden provocar efectos opuestos, depresión mental y fatiga. A partir de pruebas psicométricas se ha demostrado que dosis bajas de anfetamina aumentan el coeficiente de inteligencia en una proporción media de ocho puntos.²⁷

A nivel físico, las dosis bajas provocan aumento en la actividad espontánea, intranquilidad, agitación, estimulación del centro respiratorio, resequedad bucal, sabor metálico, pérdida de apetito, aceleración del ritmo cardiaco, elevación de la presión sanguínea y dilatación de pupilas.

Dosis altas pueden producir náuseas, sudoración, dolores de cabeza y visión borrosa. Aceleran y descincronizan el electroencefalograma; aumentan la incidencia de ondas de alta frecuencia y reducen la amplitud y duración de las ondas delta que se presentan después de un periodo prolongado de insomnio.

El uso prolongado de anfetamina puede ocasionar anorexia, desnutrición, problemas cardiacos y pulmonares, así como serios problemas renales y hepáticos. También se le atribuye la llamada psicosis anfetamínica que conduce a la comisión de actos irracionales y de violencia repentina acompañados de paranoia y delirios.

3.2.2 Tabaco

Las sustancias tóxicas presentes en el tabaco son: la nicotina, el alquitrán, el monóxido de carbono.

El síndrome de abstinencia, un condicionamiento psicológico y el refuerzo social, estos tres aspectos, además de la frecuente asociación de la adicción a la nicotina con otros

trastornos emocionales o mentales, como estrés emocional, distimia, ansiedad, depresión y otras, deben enfrentarse, en diversos grados, durante el periodo de desintoxicación y el abandono definitivo del tabaco. Esto explica el porqué, aun cuando el 80% de los fumadores desea dejar de fumar, solo el 5% logra hacerlo permanentemente, sin ayuda y el 40% lo ha intentado al menos 4 veces.

Por la cantidad de componentes cancerígenos, el tabaco se relaciona con una tercera parte de todos los tipos de cáncer y con el 85% de los tumores del pulmón.

Causa cáncer de vías respiratorias superiores, páncreas, vejiga, esófago, estomago, riñón, hígado, labio, nariz, nasofaringe y sangre, entre otras.²¹

3.2.3 Cocaína

Los efectos son en general inmediatos pero breves (de 30 a 60 min) necesitando repetir la dosis para conseguir los mismos efectos. La intoxicación produce euforia, aumento de la sociabilidad, la hiperactividad psicomotora, conductas potencialmente peligrosas y violentas, delirium, trastornos perceptivos, reacciones psicopáticas paranoides y síndromes maníacos.

En la abstinencia por un período entre 18 horas y 7 días a veces se da una reaparición de los síntomas tras una mejoría inicial. En todo caso, lo más usual es que el estado psicopático desaparezca luego de la suspensión de la ingestión de la cocaína en un período que varía entre tres días y tres semanas; eventualmente los trastornos psicóticos se mantienen durante varios meses y algunos autores consideran que pueden incluso llegar a ser permanentes.¹⁸

3.2.4 Cafeína

La Cafeína contenida en la planta del café , del té , en la cola y en otros productos como el chocolate y los analgésicos .Es un estimulante suave que crea dependencia .Genera insomnio , inquietud , excitación y con su abuso , tensión muscular , taquicardia , extrasístoles , respiración acelerada y a veces hasta delirios y perturbaciones sensoriales.

3.2.5 Bazuco

La pasta de coca llamada también "Pasta Básica" "Bazuca", "Droga Seductora" "Crack", según los países. Es un subproducto o producto intermedio en el proceso de refinación del clorhidrato de cocaína, producto impuro, muy tóxico, que se obtiene de tratar la hoja de la coca por una serie de sustancias químicas. Es una pasta de olor fuerte característico y desagradable, que se fuma mezclada con otras drogas que son el tabaco y la marihuana.

3.3 Alucinógenos

Los primeros síntomas de la intoxicación aparecen a los minutos o pocas horas del consumo inicial. Los efectos máximos ocurren a las 2 ó 3 horas del consumo y terminan en pocas horas o días.

Se produce ansiedad, euforia o depresión marcada, un miedo a perder el control y crisis de pánico, alteraciones perceptivas diversas: percepciones muy intensas, enlentecimiento del tiempo vivido, desdoblamiento de la imagen corporal, alucinaciones (sobre todo visuales), trastorno perceptivo persistente conocido como flashback, consistente en una reexperimentación de síntomas perceptivos, la reminiscencia de intoxicaciones previas, permaneciendo intacto el sentido de la realidad.

Esto ocurre entre el 15 y el 50 % de los consumidores de alucinógenos tras el abandono del consumo y pueden perdurar por años.¹⁸

3.3.1 LSD

El Acido Lisérgico o L.S.D. o simplemente "Acido", derivada del hongo que ataca a los granos del cornezuelo de centeno y el trigo.

3.3.2 Inhalantes

Producen beligerancia, violencia, euforia, sensación de grandiosidad, apatía, deterioro del juicio y desorientación temporoespacial. Pueden presentarse trastornos perceptivos e ideas delirantes que pueden llevar a conductas delirantes. En caso de consumo

sostenido puede ocasionar depresión grave, retraimiento e importante deterioro sociolaboral.

3.3.3 Marihuana

El cannabis o marihuana es la droga ilegal que más se consume en nuestra sociedad. Su consumo está muy extendido, y mucha gente lo vive como algo legal y habitual. No hay que olvidar, en cambio, que su consumo puede resultar peligroso para nuestra salud. Por ellos, es importante tener información sobre esta droga.²⁸

El cannabis es una planta, de la que se aprovecha sus hojas, flores y tallo. De esa planta se extraen distintas drogas, que se consumen y presentan de diferente manera. Las sustancias que se sacan del cannabis son el hachís, la marihuana y aceite.

Hachís: esta sustancia está compuesta con la resina prensada de la planta del cannabis. Se presenta en forma de lámina y se fuma mezclado con tabaco. En muchas ocasiones, se suelen mezclar otras sustancias al hachís.²⁸

Marihuana: esta sustancia está compuesta con las hojas, flores y tallos secos del cannabis. Se suele fumar en forma de cigarrillo mezclado con tabaco.²⁸

Aceite: se trata de la sustancia que concentrada mayor cantidad de principios activos. Su consumo no es muy grande y se fuma en pipa.²⁸

Las consecuencias de esas sustancias pueden variar. Todo depende de la situación física y psíquica de la persona que lo consume y de la cantidad. En la mayoría de los casos produce una sensación de placer y tranquilidad, pero también puede tener otras consecuencias. Son las siguientes:

- Aumento del ritmo cardíaco (palpitaciones).
- Reducción de la saliva (boca seca).
- Dilatación de los vasos sanguíneos (ojos rojos).
- Puede producir sensación de asco.

- Dificultad de concentración.
- Dependencia psicótica.
- Puede producir situaciones de riesgo social.
- En algunas personas puede producir alucinaciones, doble personalidad.²⁸

4. Deterioro de las áreas funcionales.

En este recorrido el individuo deteriora, en forma secuencial, las diferentes áreas funcionales de su diario vivir: familiar, laboral, económica, psicológica, física, sexual y espiritual.²¹

4.1. Área familiar

El consumo de sustancias psicoactivas afecta profundamente la dinámica familiar. Esta disfunción afecta con menor o mayor intensidad a cada miembro de la familia. La ansiedad, la depresión y otros elementos como el cambio de roles, el dolor, la desintegración, el caos y la falta de conciencia, son los que llevarán a los miembros hacia la disfunción familiar.²¹

1. Impacto en la dinámica familiar

1.1. La ansiedad, surge como primer elemento. Cada miembro de la familia la experimenta en forma individual, sin manifestarla ante los demás; cuando lo hace es porque está viviendo la etapa de la depresión.

1.2. La depresión, episodio que sirve para que cada uno asuma un rol identificado como:

- la indiferencia al problema o por el contrario el enfrentamiento al problema buscando ayuda para el enfermo,
- Otra posición del grupo familiar es la aparición de los trastornos de aprendizaje, y de conducta. Si el esposo es el adicto, la esposa toma el poder para tratar de retardar un poco el caos en que se convierte la dinámica familiar.

Con los elementos descritos, el grupo familiar es el terreno propicio para la desintegración, se pierden las normas, los principios y la disciplina y se incuban el resentimiento y el dolor, lo que les impide la concientización del deterioro alcanzado e impide así el inicio de la recuperación individual y grupal.

4.2. Área laboral

Mentiras, justificaciones, llegadas tardías, ausencias, incapacidades médicas, suspensiones y en la mayoría de los casos la pérdida del trabajo, es el panorama del trabajador adulto adicto.²¹

4.2.1. Actores que participan.

- La esposa, por temor a la pérdida del trabajo de su pareja se monta en el carrusel de las mentiras, sin saber que al apoyar esta conducta favorece la ingesta.²¹
- El médico, en muchas ocasiones extiende una incapacidad (los lunes se multiplican) por gastritis agudas, hematemesis, diarreas, contusiones, fracturas y más, sin especificar en el expediente clínico la causa original de la patología diagnosticada, la cual se debe relacionar con el consumo de drogas.²¹
- El jefe inmediato, por falta de conocimiento, por omisión o por complicidad, difícilmente previene el proceso y no es sino hasta que el problema trasciende a la jefatura superior, que toma cartas en el asunto.²¹

4.3. Área económica

En cualquier edad del adicto, el déficit económico es relevante, la familia sufre las consecuencias inmediatas debido a que el presupuesto familiar es lo primero que se afecta. Otra consecuencia en el hogar es el robo de los valores con que cuentan, incluso no importa la situación económica, pues se gasta proporcionalmente a lo que se tenga, si no hay flujo en efectivo se inicia el proceso de los préstamos, los cuales no se pueden cancelar y se presentan las amenazas y agresiones de los facilitadores del dinero o la droga.²¹

4.4. Área psicológica

De las pocas situaciones que el consumidor se percata en su carrera adictiva, es del cambio progresivo en su conducta, que lo lleva a tornarse aislado, sensible, irritable, ansioso y deprimido, sintomatología que le impide mantener un comportamiento adecuado.²¹

4.5 Área física

Las adicciones, a mediano o largo plazo, producen deterioro en los diferentes sistemas del organismo, los primeros en afectarse son el sistema digestivo, el sistema nervioso central, el sistema cardiopulmonar y luego los demás sistemas.²²

4.6 Área sexual

En este apartado es necesario revisar varios aspectos del deterioro en ambos sexos.²¹ En determinado momento de la carrera adictiva, se presenta disfunción sexual en dos campos importantes: la eyaculación precoz y tardía y la alteración en la erección. La presencia de esta sintomatología durante la actividad adictiva es irrelevante, pero se convierte en una fuente de angustia cuando el adicto inicia el proceso de recuperación. La angustia disminuye cuando se le aclara que, conforme avanza la rehabilitación, la disfunción sexual disminuye.

En el género femenino hay que tomar en cuenta tres situaciones importantes en el área sexual: la mujer adicta, la pareja del adicto y la celotipia.

4.6.1. La mujer adicta

Se ha creído que es proclive a la promiscuidad sexual, lo que es un mito; en ella la pérdida de interés por el sexo se instaura paulatinamente, hasta que llega a la frigidez franca. Este grupo frecuentemente practica el sexo con el único de obtener la droga o el dinero para comprarla.²¹

4.6.2 La pareja del adicto Si algún actor en el escenario de la carrera adictiva es agredido, es la pareja del adicto, se le obliga a mantener relaciones sexuales en un

ambiente donde reina el caos y el dolor, lo que da como resultado un estado de frigidéz y resentimientos difíciles de resolver, que se mantienen incluso en el período de recuperación.

4.6.3 Celotipia

El enfermo adicto es disfuncional en el área sexual, por lo que inicia una serie de fantasías extramatrimoniales de su pareja, situación que produce una agresión permanente.²¹

4.7. Área espiritual

No por abordarla de último carece de importancia El individuo adicto en su trayecto abandona todo lo relacionado con la creencia de un Ser Superior, tan importante para sensibilizarlo en el camino hacia la recuperación.²¹

5.Órganos más afectados por el consumo de sustancia psicoactivas (SPA).

El uso y consumo continuo y aun escalonado de SPA, tiende a presentar diferentes manifestaciones clínicas así como signos dentro y fuera del organismo, dichas manifestaciones por lo tanto pueden ser observadas a simple vista en algunos casos mientras que en otros solo podremos saber si se ha manifestado mediante el empleo de determinadas equipos médicos y herramientas psicológicas especializadas (por lo menos en sus primeras etapas).²⁹

Crear que uno o dos órganos internos serán los únicos afectados por consumir S.P.A. es estar plenamente equivocado, lamentablemente los órganos afectados no serán los mismos ni siquiera en aquellas personas que consuman la misma sustancia y por el mismo tiempo. Entre los órganos, sistemas y otros componentes de nuestro organismo que se encuentran entre los más propensos a sufrir daños podemos encontrar a los siguientes:

5.1. Cerebelo: El cerebelo anatómicamente se encuentra ubicado en la parte posterior del cráneo, por debajo de los hemisferios cerebrales.

Funcionalmente:

-Es el encargado de secuenciar las diferentes actividades motoras que realiza el cuerpo humano (actividades que pueden ir desde tomar con la mano una naranja hasta bailar los ritmos de moda).

-Así también tiene bajo su responsabilidad la vigilancia y la realización de las diferentes adaptaciones correctoras de las actividades motoras del cuerpo, según se lleven a cabo para que puedan estar en coordinación con las señales motoras provenientes de la corteza cerebral.

-Así mismo el cerebelo se encuentra recibiendo información de forma permanente tanto de la corteza cerebral como las terminaciones nerviosas periféricas, información que le permitirá corregir de forma casi instantánea el error existente.

En el caso de los adictos crónicos, tienden a experimentar como algunos síntomas observables del deterioro que se encuentra sufriendo este órgano se tienen a los temblores, presencia de movimientos torpes y pérdida del equilibrio lo cual da la sensación de que se encontraran ebrios buena parte del tiempo.²⁹

5.2. Corazón:

Entre las múltiples consecuencias de consumir sustancias psicoactivas podemos encontrar a la arterosclerosis, la cardiopatía isquémica, aumento de la presión arterial, diferentes tipos de arritmias, y en casos de sobredosis paros cardiacos los que en este caso muchas veces terminan siendo mortales, así también en los casos en que existen antecedentes familiares de problemas cardiacos el riesgo de sufrir un infarto se eleva considerablemente.²⁹

5.3. Médula ósea:

El consumo de sustancias psicoactivas permite que nuestro sistema inmunológico se vea debilitado, lo que a su vez se convierte en una gran puerta para el ingreso de diversos microorganismos capaces de causarnos mucho daño y en especial a nuestra

medula ósea, la cual al verse afectada permitirá la aparición de la anemia lo cual puede convertirse en una gran molestia y generar problemas y accidentes que pueden terminar en la muerte del consumidor.

5.4. Nervios craneales, ópticos y acústicos:

Las sustancias psicoactivas (SPA) pueden generar alteraciones en el sistema nervioso central SNC, así como su muerte prematura; esta muerte neuronal en definitiva es sumamente perjudicial para el ser humano, ya que gracias a ello se pueden observar diversos problemas neurológicos como el mal de Alzheimer, el de Parkinson, y otros tipos de demencias, así como la presencia de alteraciones en el proceso de percepción de estímulos como el oír, oler, sentir con el tacto, esta alteración puede ser pasajera o permanente esto dependerá más que nada del tipo de S.P.A. consumida así como del tiempo, , la edad, el organismo del consumidor y su género. ²⁹

5.5. Sangre:

Las sustancias psicoactivas consumidas son capaces de bloquear la capacidad de transporte de oxígeno, debido a esto es que se produce un proceso de envejecimiento más acelerado, dando como resultado que el consumidor aparente más edad de la que en realidad tiene, además de los daños que sufren sus arterias, venas corazón, pulmones y demás órganos relacionados. Cabe resaltar que este problema puede agudizar de gran manera problemas ya existentes en el organismo del toxicómano, los mismos que pueden terminar en la muerte del adicto. ²⁹

5.6. Sistema respiratorio:

Este es otro de los sistemas más afectados, ya que muchas sustancias sobre todo las inhalables, son capaces de producir trastornos en la gran mayoría de ocasiones irreversibles, tales como el cáncer de pulmón, laringe, faringe, etc.; muchos adictos piensan que el consumo de alcohol u otras sustancias no inhalables no les generaran daños en el sistema respiratorio, esta creencia es totalmente errónea, ya que se ha demostrado que por ejemplo el alcohol es capaz de producir daños en este sistema, y

esto se debe a que cada sustancia que ingresa a nuestro organismo por regla general primero entra a la sangre y de ahí a cada parte de nuestro cuerpo, de esta forma se explica cómo se desarrollan diferentes patologías en apariencia no relacionadas con la forma de consumo.²⁹

5.7. Sistema reproductor:

El consumo de sustancias psicoactivas es capaz de generar trastornos en este sistema los cuales pueden ir desde, una esterilidad "momentánea" hasta una definitiva, además claro esta de las diferentes alteraciones que produce tanto en los espermatozoides como en los óvulos.

Un hecho que es ejercido y conocido por muchos consumidores es la aplicación directa de sustancias psicoactivas a los órganos genitales, sin tomar en cuenta el riesgo que tal práctica conlleva., este tipo de acción era realizada por aquellos que deseaban prolongar el acto coital, ahora es practicado por jóvenes que no desean que dar indicadores de consumo, como el aliento o marcas en la piel, pero que si desean experimentar los efectos en su organismo. Esta nueva forma de consumo es llevada a cabo de preferencia por adolescentes.

Mas cabe saber que no se debe tomar muy a la ligera los efectos del consumo de sustancias psicoactivas ya que buena parte de ellos en buen número de ocasiones, el que sufra las consecuencias del consumo será el hijo del consumidor.²⁹

5.8. Sistema óseo:

El sistema óseo es otro de los sistemas afectados por el consumo de sustancias psicoactivas, ya que está demostrado que el consumo de sustancias toxicas es capaz de generar descalcificación de los huesos de forma directa e indirecta.

Existen sustancias capaces de producir un efecto de descalcificación, entre estas encontraremos a las sustancias que tienen un efecto directo, sin embargo como ya hemos visto el adicto desarrolla una dependencia crónica de la sustancia que consume lo cual lo conlleva a que no tenga más interés en la vida que consumir su sustancia

favorita, de esta manera, la alimentación pasa a un plano muy secundario, lo que en otras palabras significa, que como no se alimenta bien o de forma adecuada, su cuerpo no recibe los nutrientes necesarios para mantener un buen funcionamiento. La pérdida de calcio en el organismo se dará a notar cuando el adicto empiece a sufrir de osteoporosis, y por ende tendrá muchas dificultades para que sus huesos se vuelvan a unir en caso de una fractura. ²⁹

5.9. El hígado:

El hígado es también uno de los órganos que más se ve afectado por la ingesta de sustancias psicoactivas., el trastorno de preferencia con lo que respecta al hígado es la cirrosis la cual no es más que la destrucción de las células del hígado y de la formación de tejido fibroso; este conjunto de alteraciones muchas veces terminan con la muerte del paciente debido a que el hígado no puede desempeñar sus funciones de forma adecuada.

Un hígado dañado por el alcohol es menos capaz de eliminar del cuerpo las sustancias tóxicas, lo que puede causar un coma hepático. Una persona en coma está embotada, somnolienta, estuporosa y confusa y generalmente presenta un temblor extraño en las manos, como aleteo. El coma hepático incluye peligro de muerte y necesita tratamiento médico inmediato. ²⁹

5.10. El cerebro:

El cerebro es también otro de los órganos que más sufre, ya que debido al consumo de sustancias psicoactivas experimenta la muerte de un sin número de neuronas, este hecho tal vez no sería tan serio si no fuera porque las neuronas son incapaces de reproducirse, de esta manera a mayor cantidad de una sustancia consumida mayor muerte neuronal, esta muerte prematura de las neuronas muchas veces se da a conocer mediante diferentes tipos de demencias, aparición de trastornos psiquiátricos sin razón aparente, pérdida de la capacidad motora, dificultad para percibir lo que ocurre alrededor de forma adecuada, dificultad para comunicarse, cambios abruptos de la personalidad del sujeto, et. ²⁹

6. Algunos signos presentes en los consumidores habituales:

No todos los consumidores tienden a presentar los mismos síntomas o signos cuando consumen una determinada sustancia ya que en gran parte los signos y síntomas de consumo tendrán a variar debido que ningún ser humano es idéntico a otro, y por ende aunque nuestro organismo es similar al de todos los demás seres humanos, existirán marcadas diferencias, estas diferencias son las que determinaran en los consumidores crónicos y principiantes la manifestación de signos y síntomas diferentes sin embargo siempre se a tratado de establecer una línea de comparación con signos más bien comunes, que permitirán reconocer si alguien consume o no determinadas S.P., y poder tener idea de cuánto tiempo lleva consumiendo.³⁰

6.1. Signos sociales:

Entre los principales signos sociales que podemos encontrar tenemos a los siguientes:

- Hiperactividad de aparición de espontánea.
 - Cambios en las amistades, pertenencia a un nuevo grupo, con el cual no existe relación aparente.
 - Períodos prolongados e inexplicados fuera de casa.
 - Salidas nocturnas de preferencia.
 - Robo o extraña desaparición de pequeños objetos así como de dinero.
 - Desinterés por interrelacionarse con otras personas.
 - Pertenencia o participación en pandillas.
 - Problemas con la ley.

6.2. Signos psicológicos:

Entre los principales signos psicológicos tenemos a los siguientes:

- Desinterés por interrelacionarse con los miembros de su familia.
- Aparición o empleo de mentiras.
- Deterioro de relación con los demás miembros de la familia.
- Desinterés por que lo que ocurre en el hogar.

- Despreocupación por los estudios y/o el trabajo.
- Descuido de su apariencia personal.
- Carácter agresivo y violento.
- Empleo de términos soeces, aun cuando no se acostumbraba a decirlos.
- Cambios agudos en el estado de ánimo.
- Sentimiento de persecución.
- Alucinaciones visuales, auditivas, olfatorias y táctiles.
- Creencia de que se es mejor que los demás.
- Perdida de interés en eventos u objeto que anteriormente llamaban su atención.
- Presencia de cuadros psiquiátricos o comportamientos psicóticos.
- Hiperactividad.
- Depresión aguda o injustificada.
- Ataques de pánico.
- Problemas para pronunciar o vocalizar de forma adecuada.
- Movimientos incoordinados.
- Ansiedad.
- Depresión.
- Disminución de apetito.
- Aumento del apetito.
- Dificultad para concentrarse.

6.3. Signos fisiológicos:

Entre los principales signos Fisiológicos tenemos a los siguientes:

- Ebriedad.
- Aumento o disminución de la presión arterial.
- Piel enrojecida.
- Pupilas contraídas.
- Somnolencia.
- Frecuencia cardiaca alterada, dependiendo de la sustancia será rápida o lenta.

- Respiración alterada al igual que con la frecuencia cardiaca esta puede ser agitada o suave.
- Horripilación (carne de gallina).
- Dolores musculares.
- Disminución la capacidad para sentir el dolor.
- Diarrea.
- La musculatura alrededor del codo es reemplazada por tejido cicatricial, esto se da en caso de que se empleen agujas para consumir la sustancia.
- Problemas respiratorios.
- SIDA.
- Meningitis y abscesos cerebrales.
- Dificultad para descansar de adecuadamente.
- Alteración de la percepción.
- Perdida aguda del apetito.

Diseño Metodológico

Diseño de estudio: Estudio Cualitativo por que se investigó los conocimientos, actitudes y prácticas que estos adolescentes tenían frente al consumo de sustancias Psicoactivas. Y la técnica que se usó para obtención de la información fue la entrevista en profundidad.

Área de estudio: algunos barrios y repartos de la ciudad de León (Adiac, Walter Ferrey, 1 de Mayo, Rubén Darío)

Población de estudio: se entrevistó a adolescentes entre diez a catorce años de edad, que habitan en los repartos arriba señalados, esta selección fue hecha por conveniencia ya que se usó una lista del CIDS de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas y los investigadores seleccionamos la edad y los repartos, en cuanto a la cantidad de adolescentes por reparto varia de dos a tres. Cabe aclarar que existen otras edades en dicha lista, pero ese estudio lo hizo otro grupo, (Ver figura 4).

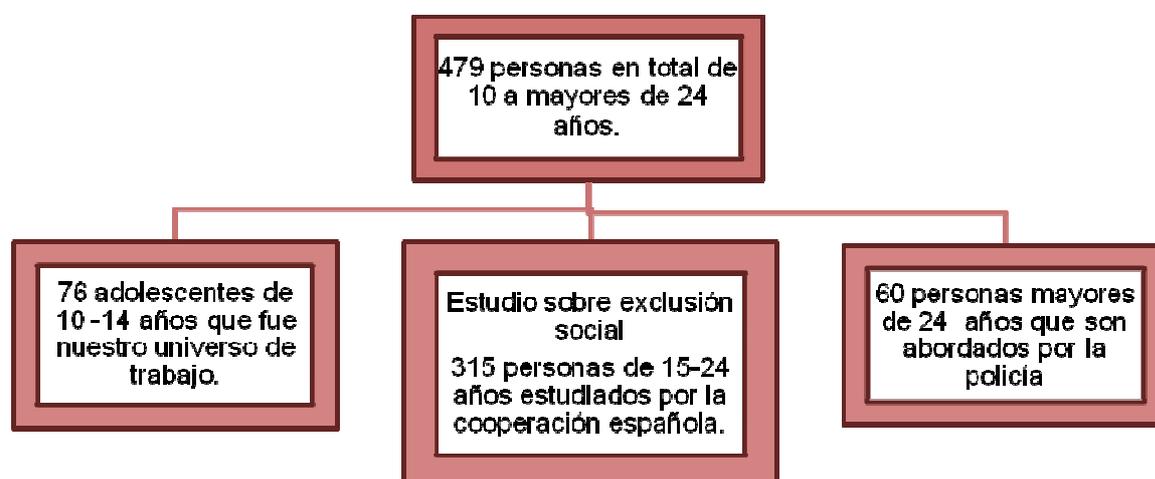


Figura 4. Población de estudio.

Tabla 4. Muestra de estudio

Lugar	Nº de entrevista a profundidad
Rubén Darío	2
Walter Ferrety	3
Adiac	3
Primero de mayo	2
Total	10

Fuente de información: fue primaria, obtenida directamente de los entrevistados, a través de una metodología:

1. *La entrevista en profundidad.*

Es una conversación directa, abierta e informal entre el investigador y los entrevistados. Permitió llegar a explorar e identificar los sentimientos más íntimos de estos.

Técnica que nos brindó información cualitativa (privada) diversa y profunda sobre las opiniones, actitudes, creencias y tendencias de los consumidores de sustancias psicoactivas.

Es directa porque la entrevista se realizó de manera personal, cara a cara, entre el investigador y el investigado. No se usaron medios que se interpongan entre uno y otro, como el teléfono, el intercomunicador, las cartas o el correo electrónico.

Es abierta porque se utilizó una guía de preguntas que permitió conducir la entrevista y formular preguntas espontáneas no necesariamente planificadas, que surgieron en ese momento y que fueron de utilidad para la investigación. Esta dinámica abierta de la entrevista, nos brindó cierta informalidad, lo cual es conveniente para obtener una mayor riqueza de información, porque se generó un ambiente de confianza, entre el entrevistador y el entrevistado.

Procedimiento de recolección de la información:

Se procedió a localizar a los participantes según la lista, nos presentamos e informamos sobre la investigación, el objetivo de esta y la valiosa importancia de su participación, se hizo uso de un consentimiento informado y de esta manera se fijó lugar, fecha y hora para proceder a la recolección de la información, esta se llevó a cabo en una ocasión en un salón en el CIDS (Centro de Investigación Demografía y Salud) y en otra ocasión en la casona, en el Walter Ferrey, se aplicó la entrevista persona por persona, esta tuvo una duración de 1-2 horas.

Antes de hacer las entrevistas se realizó una prueba piloto de la guía de preguntas para comprobar su operatividad y hacer los cambios necesarios para luego ser aplicado a un número mayor de informantes.

Aspectos éticos

De acuerdo con la declaración de HELSINKI y los principios básicos ahí planteados para las investigaciones biomédicas, tuvimos muy en cuenta que:

Siempre debe respetarse el derecho del participante en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse todas las precauciones del caso para respetar la vida privada del participante y para reducir al mínimo el impacto del estudio en la integridad física y mental del participante y en su personalidad.

Se dio a cada participante suficiente información sobre los objetivos, métodos, beneficios previstos y posibles peligros del estudio y las molestias que puede acarrear. Se le informó que era libre de abstenerse de participar en el estudio y que era libre de revocar en cualquier momento el consentimiento que ha otorgado para participar y permitir que sean grabadas o filmadas las conversaciones. Se solicitó permiso a tutores de los encuestados, de los cuales dos de ellos dieron su aprobación para dicha entrevista, el resto se encontraron en las calles sin responsable alguno.

Plan de análisis:

Se grabaron las entrevistas realizadas para tener un registro fiel de la información brindada, siempre y cuando el entrevistado lo permitió. Luego se realizó una transcripción textual de esta en el programa Microsoft Word y el análisis se hizo a través de temas o contenido en la entrevista. La técnica de análisis por tema a través de los discursos de los entrevistados, se busca temas de interés según el objetivo del estudio que puedan agruparse en sentido propio según los fines.

El análisis de contenido en un sentido amplio, que es como lo vamos a entender en este trabajo, es una técnica de interpretación de textos, ya sean escritos, grabados, pintados, filmados..., u otra forma diferente donde puedan existir toda clase de registros de datos, transcripción de entrevistas, discursos, protocolos de observación, documentos, videos,... el denominador común de todos estos materiales es su capacidad para albergar un contenido que leído e interpretado adecuadamente nos abre las puertas al conocimientos de diversos aspectos y fenómenos de la vida social.

El análisis de contenido se basa en la lectura (textual o visual) como instrumento de recogida de información, lectura que a diferencia de la lectura común debe realizarse siguiendo el método científico, es decir, debe ser, sistemática, objetiva, replicable, y valida. En ese sentido es semejante es su problemática y metodología, salvo algunas características específicas, al de cualquier otra técnica de recolección de datos de investigación social, observación, experimento, encuestas, entrevistas, etc. No obstante, lo característico del análisis de contenido y que le distingue de otras técnicas de investigación sociológica, es que se trata de una técnica que combina intrínsecamente, y de ahí su complejidad, la observación y producción de los datos, y la interpretación o análisis de los datos

Criterios de inclusión:

- Ciudadano de León
- Consumidores de SPA.
- Ambos sexos.
- Edad comprendida de diez a catorce años.
- Si estaban en la lista del CIDS.
- Si estuvieron de acuerdo con el consentimiento informado

Análisis de Resultados

I. Datos generales de los participantes

Se estudió a un total de diez adolescentes de los cuales nueve eran hombres, y una era mujer. La entrevista dio inicio con una conversación informal seguida por las siguientes preguntas:

¿Qué edad tienes actualmente?

En relación a la edad que tenían al momento de la entrevista nueve adolescentes tenían entre diez y trece años, una tenía catorce años.

¿Qué edad tenía cuando empezó a consumir droga?

En su mayoría la edad de inicio de consumo oscila entre los siete y doce años, exceptuando uno que inicio a los cinco años.

¿Qué nivel de escolaridad tiene?

Si hablamos del nivel de escolaridad, todos los adolescentes dijeron no haber terminado primaria, pues iniciaron a consumir drogas y no pudieron culminar sus estudios, es tan lamentable ver como se destruye el futuro de estos adolescentes.

¿Tiene algún trabajo actualmente?

Podemos ver en el siguiente diagrama el tipo de trabajo que ejercían.

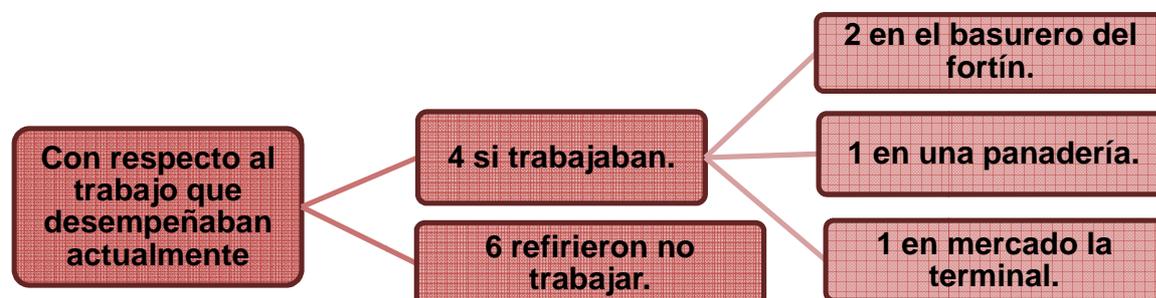


Figura5.trabajo actual

Es alarmante que adolescentes en vez de estar en un salón de clases, preparándose para ser el futuro, estén en un basurero, en un mercado, en una panadería, trabajando que puede interferir en su futuro de desarrollo, pero es aún más difícil que en lugar de trabajar vayan a robar agrediendo moral y físicamente a gente inocente tan solo para satisfacer su adicción.

II. Datos sociales

En este acápite se abordó información sobre la tutela de los adolescentes, la situación con la familia y la comunidad.

¿Quiénes son los responsables de su tutela?

En lo que respecta a esta pregunta la mayoría de los adolescentes refieren que sus responsables son uno de sus padres, y dos de ellos manifiestan, el primero estar bajo la responsabilidad de tíos maternos, y el segundo de su abuela materna, es curioso ver que estos adolescentes estando con sus padres o algún familiar hayan caído en el mundo de la drogadicción, por tal razón cabe preguntarse ¿qué está pasando con los valores que se promueven en la familia, con el amor y la educación que los padres deben brindar a sus hijos?

Cuéntame, ¿Cómo es la situación con tu familia?

De acuerdo a la situación familiar, encontramos que todos los adolescentes entrevistados, coinciden en que la situación en su familia es difícil, hablan de *“maltrato físico y verbal, de abandono por parte de uno de sus padres y de problemas de drogadicción”*

Podría describirme detalladamente ¿cómo es la relación de tu familia con vos?

Al hablar de la relación familiar todos los adolescentes dicen que la relación con sus familiares *“es mala, que no hay comunicación, respeto, mucho menos amor, excepto uno que manifiesta que gracias al apoyo de su familia se está alejado de las drogas.”*, *“Refiere que su mamá le dice que lo quiere, y desea un mejor futuro para él, y que se aleje de las drogas”*

Dígame con toda confianza ¿cómo es tu relación con la comunidad o barrio donde vives?

Con respecto a su relación con la comunidad, los adolescentes coinciden en que es *“mala debido a ser drogadictos”*, además dicen que dicha comunidad se los manifiesta con *“desprecio, miedo, desconfianza, agresiones verbales y algunos con lastima”*, llama la atención que sean muy pocos los que se compadecen de la situación de estos adolescentes.

III. Factores que propician el consumo de sustancias psicoactivas.

En este acápite se identificó las razones por la que los entrevistados inician el consumo de sustancias psicoactivas y las circunstancias por las que continuaban consumiendo.

¿Cuál fue el motivo por los que consumió por primera vez?

Como se puede apreciar en el enunciado abajo la mayoría coinciden en sus respuestas:

- Ocho adolescentes manifestaron que su motivo fue querer escapar de los problemas en sus casas (*“violencia, alcoholismo, dificultades económicas”*), por lo que se iban a la calle y sus “amigos” les indujeron a consumir drogas para olvidarse de su situación, utilizando frases como *“ponete en onda”*.
- Dos adolescentes refirieron haberlo hecho por *“curiosidad”* y haber continuado *“por placer”*.

Qué lamentable que estos adolescentes, tengan que sufrir las consecuencias de la inmadurez e inconsciencia de sus padres, quienes no se detienen a reflexionar del daño que hacen a sus hijos y de forma indirecta, los inducen al mundo de la drogadicción.

¿Cuénteme cuales circunstancias lo motiva a seguir consumiendo drogas?

Con respecto a esta pregunta los adolescentes, en su mayoría manifestaron frases como:

- *“Me hace sentir en onda y sin problemas”*
- *“Me siento tuani”*

➤ **“Me siento eléctrico”**

Si analizando las expresiones, nos damos cuenta de la necesidad que tiene de la paz y la alegría que perdieron en su hogar, y encontraron en las drogas, situación que los motiva a seguir consumiendo, por miedo a enfrentar su realidad y cabe señalar que su miedo es justificable, pues tan solo son adolescentes.

Cuando se profundizó esta situación se encontró otras circunstancias como:

- Falta de apoyo por parte de sus padres.
- Carencia de compasión y solidaridad por parte de la comunidad donde viven.
- Falta de apoyo por organismos en pro de la niñez.
- Un ambiente favorable para la proliferación estos problemas

IV. Conocimientos, actitudes y prácticas en relación al consumo de sustancias psicoactivas.

En este acápite se describe el conocimiento que tenían los entrevistados acerca de los tipos de drogas; legales e ilegales, los síntomas que están causando; en cuanto a las actitudes se identificó la reacción de la familia, de la comunidad, los cambios de personalidad del entrevistado frente al consumo; con respecto a las prácticas se habló sobre cantidad de drogas consumidas al día, frecuencia, realización de mezclas

A. Conocimiento

¿Qué conocimiento tenía usted acerca de las drogas antes de consumirla por primera vez?

En cuanto a esta pregunta se encontró que:

- siete adolescentes conocían el licor, la pega y el cigarro
- tres adolescentes conocían el licor, la pega, el cigarro y la marihuana.

Cabe destacar que al hablar de conocimientos, se referían a algunas nociones transmitidas en la escuela o por la gente.

¿Sobre cual droga usted tenía un mayor conocimiento? Cuando se preguntó cuál era la droga que más conocían, la mayoría respondió que *“el guaro y el cigarro”*, por lo

tanto, llama la atención que sean las drogas de menor conocimiento y más peligrosas las que más consumen, nuevamente nos damos cuenta que por ser adolescentes no piensan en el daño que se hacen solo quieren huir a su triste realidad.

¿Cuáles cree usted son los síntomas que causan las drogas al consumirlas?

Con respecto a los síntomas causados por las drogas refirieron:

-“Dolor de cabeza, vómitos, mareo, furia, alegría, hambre sueño entre otros”.

Podemos observar que los síntomas que refirieron, fueron solamente los que ha experimentado con las drogas que han consumido, pero que no tienen un conocimiento pleno de todos los síntomas que en su diversidad ,las drogas pueden causar.

¿Cuénteme que sabe sobre las drogas legales e ilegales en Nicaragua?

Al preguntarles si conocían las drogas legales e ilegales en Nicaragua, algunos no entendían con estos términos, entonces procedimos a plantearles que si sabían por cuales drogas los podían echar presos al consumirlas y por cuales no y de esta manera comprendieron.

Refiriendo 7 adolescentes conocer como:

- legales :el cigarro y el guaro
- y como ilegales: marihuana, piedra, pega
- 3 adolescentes refirieron que podían consumir cualquiera y no tener problemas.

Vale la pena señalar que aunque estos adolescentes sean consumidores activos no tienen el conocimiento suficiente y por tanto no son responsables de sus actos, también es fácil para ellos confundir lo legal e ilegal.

B. Actitudes

¿Me podría describir cómo reacciono la comunidad cuando supo que consumías drogas? Al preguntarles a los adolescentes de cómo reaccionó su comunidad cuando supo que consumían drogas, éstos dijeron:

- *“Con desprecio”*
- *“Con agresión verbal”*
- *“Con temor a que le robaran”*

Muy pocas personas reaccionaron con lastima, esto nos muestra que aun existen personas que se preocupan por estos adolescentes desamparados y denigrados por la sociedad.

¿Cuénteme, cómo reacciona su familia cuando usted consume drogas?

En este acápite se les preguntó a los adolescentes, sobre la reacción que tuvo su familia cuando consumía droga, de los cuales algunos adolescentes manifiestan que sus padres reaccionan con: *“Tristeza”, desprecio y violencia”*

Es bueno destacar que no existe comprensión, ni apoyo por parte de sus padres, esto indica que si sus propios padres los rechazan, como lo verán las demás personas que los rodean. *“Es controversial esto verdad”*

¿Cuénteme, cree usted puede dejar de consumir drogas y como lo haría?

Cuando se les preguntó que si creían poder dejar de consumir drogas y como lo harían?

La mayoría manifestó *“querer dejar de consumirla, agregando que no era fácil , que necesitaban ayuda y que les gustaría recibirla mediante programas de rehabilitación y recreación así como charlas educativas para niños con estos problemas una minoría refiere no querer dejar de consumir, porque no quieren saber de los problemas y dicen que ya para que”*.

¿Cuénteme que cambios de personalidad tiene usted cuando consume drogas?

Con respecto a si tenían cambios de personalidad los adolescentes en su totalidad respondieron: *“Alegría, ganas de robar, violencia tristeza, o lloraban” (ver figura 6)*

Es evidente que estos cambios de personalidad son efectos propios de las drogas que consumen, que después de darles placer provoca trastornos en la personalidad.

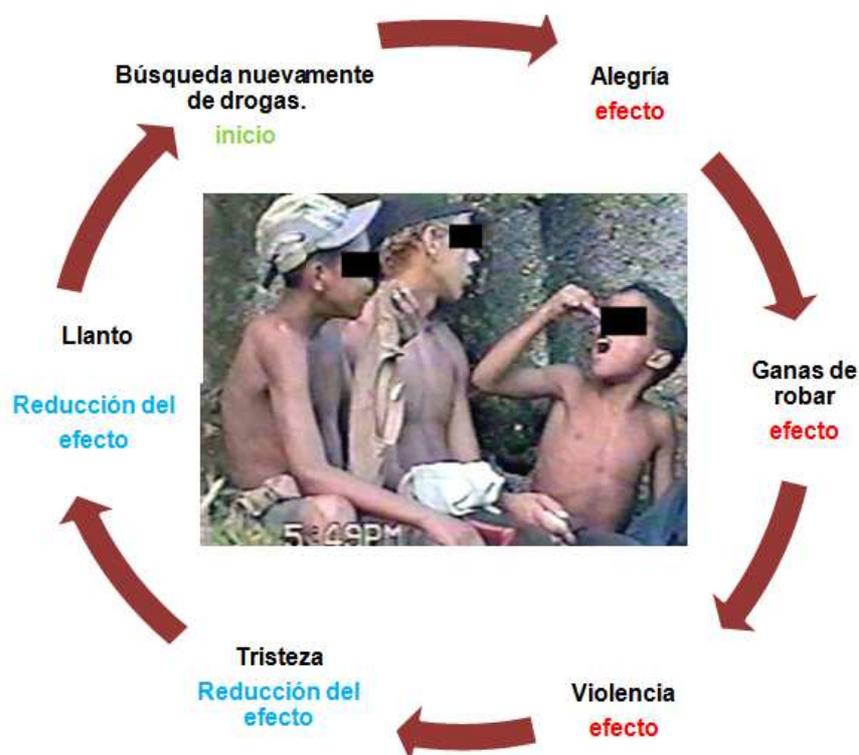


Figura 6. Exposición al consumo de drogas.

C. Prácticas

¿Con que frecuencia consume drogas y cuantas consume?

Se les preguntó a los adolescentes la frecuencia de consumo y la cantidad de drogas consumidas. En su totalidad respondieron que consumen diario de 2 a 3 drogas. Llama la atención que estos adolescentes consuman diariamente y que no sea una droga sino hasta tres, lo que nos hace pensar en lo difícil que es para ellos dejar esta adicción. Este tipo de consumo es conocido como **poli-consumo simultáneo de drogas**, cuya intención final es potenciar el efecto, pero sus daños son incalculables para la salud del que la consume, sobre todo que los participantes son adolescentes en pleno periodo de desarrollo.

¿Cuénteme, de qué manera hace sus mezclas y que drogas utiliza?

También, se les pregunto a los adolescentes que si hacían mezclas y de qué manera las hacían?

Cuatro adolescentes respondieron que si hacían mezclas y resultó que todos hacían la misma mezcla, en la que utilizaban piedra de *crack* y *marihuana*, conocido como "*Bañado*"; *“esta la realizan cortando un pedazo de papel, y en el papel le ponen la piedra y la marihuana, luego lo enrollan, le prenden fuego, y lo fuman como el cigarro”*.

Cabe mencionar que estas mezclas no las realizan a diario quizá una vez a la semana

¿Cuénteme, consume diferentes drogas a lo largo del día, sin mezclarlas y cuáles son?

Además, se les preguntó qué drogas consumía a lo largo del día sin mezclarlas

En su totalidad todos respondieron consumir marihuana sin mezclar a diario, también refieren consumir:

- Siete de ellos cigarro y pega.
- Los tres restantes cigarros y guaro.

Es importante mencionar que aunque estas son las drogas que frecuentemente consumen a diario, de una a dos veces por semana consumen piedra o cocaína, refieren que es debido al costo de estas y que no pueden consumirla a diario.

¿Qué se siente consumir droga?

Al preguntarles a los adolescentes que se siente consumir drogas, en su mayoría manifestaron:

- *“Sentirse tuani, relajados, en onda, salvaje”*.
- Pero también agregaron que cuando *“se les ha pasado el alucin se sienten, tristes y solos”*.

Si, se analiza el sentir de estos adolescentes nos damos cuenta que moralmente no hay posibilidad alguna de sentirse bien, que la satisfacción momentánea que proporcionan las drogas no llenan el vacío que hay en sus vidas y que a pesar de las penosas circunstancias de su vida no deja de ser simplemente unos adolescentes.

¿Cuénteme, que repercusiones ha tenido en su vida cuando consume drogas?

Al referirnos a las repercusiones, que consumir drogas les ha causado en su vida, los adolescentes manifiestan, en su mayoría: (ver figura 7)

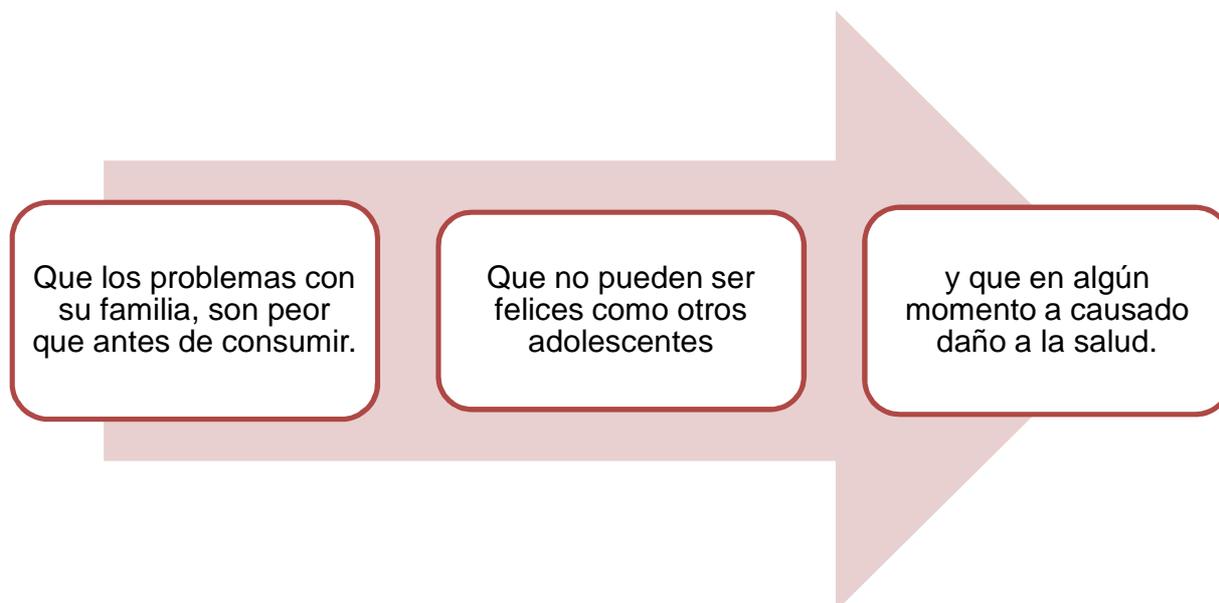


Figura 7. Repercusiones sobre consumo de drogas.

Llama la atención que en su situación y aún siendo adolescentes son capaces de reconocer el daño que la drogadicción está causando en sus vidas, pero también es triste que no sean capaces de alejarse de esta, quizá es comprensible que sin apoyo es difícil.

¿Cómo consiguen las drogas?

Al preguntarles de que manera consiguen las drogas, cuatro adolescentes respondieron que las compran con lo que ganaban trabajando, los seis restantes refirieron que:

- *“Robando y empeñando o vendiendo las cosas de sus padres”*. Es notorio ver hasta qué punto llegan estos adolescentes para satisfacer el consumo, sin tener consciencia del daño que se hacen y hacen a otras personas.

V. Repercusiones psicosociales

En este acápite, se aborda sobre visitas a psicólogo, problemas con la policía, afectación de la salud, planes futuros entre otros.

¿Ha visitado a un psicólogo alguna vez, cual fue el motivo?

Preguntamos si alguna vez habían visitado a un psicólogo y 9 adolescentes respondieron que nunca lo habían hecho: *“Porque no los habían llevado, porque les daba pena y otros que para que iban a ir”*

Solamente, uno refiere haber hablado con uno en el colegio cuando aún no consumía drogas, fue porque su maestra conocía algunos problemas de su familia.

Es importante saber que estos adolescentes no han contado con ayuda psicológica lo que les hace más difícil dejar la drogadicción ya que no tienen ningún tipo de consejería.

¿Ha estado en una estación de policía alguna vez y por qué?

Se les preguntó si alguna vez estuvieron en una estación de policía ¿por qué?

Seis de los adolescentes refiere haber estado preso por: *“robo, por haber empeñado o vendido cosas de sus padres”*. Y los cuatro adolescentes restantes refieren *“nunca haber estado en una estación de policía”*

Si, se analiza nos damos cuenta que solamente los adolescentes que no trabajan son los que han estado en una estación de policía quizá no presos, pero si los han llevado como una forma de reprenderlos aún siendo adolescentes y es triste saber que son sus mismos padres quienes los hechan presos cuando deberían brindarles ayuda ya que son ellos los principales causantes de su situación.

Cuénteme, ¿cuántas veces por intoxicación u otros motivos ha asistido al hospital?

Con respecto a si alguna vez por intoxicación u otros motivos han asistido al hospital, solamente tres adolescentes refirieron haber asistido a dicha unidad intoxicados debido al policonsumo-simultaneo de drogas.

Si, sé analiza este acápite, aunque solamente tres adolescentes hayan referido asistir al hospital y representen a la minoría, este dato es alarmante, puesto que adolescentes de esta edad no tendrían porque asistir a un hospital por sobredosis de drogas.

Se les preguntó si en algún momento habían perdido el conocimiento y como sucedió?.

Dos de los adolescentes refiere haber quedado tirado en la calle, por haber perdido el conocimiento en dos ocasiones debido al consumo de pega, y uno por sobredosis marihuana, los siete adolescentes restantes manifestaron no haber perdido el conocimiento.

El hecho de que tres adolescentes hayan perdido el conocimiento, es también un dato preocupante.

¿Alguna vez ha experimentado alucinaciones? Explíquenos

Preguntamos si alguna vez habían experimentado alucinaciones, de los cuales ocho adolescentes si habían tenido, expresándolo así:

- *“veo mujeres desnudas a mi alrededor”*
- *“veo al diablo amenazándome”*
- *“veo monstruos siguiéndome”*

Dos de los adolescentes restantes, refirieron no haber experimentado alucinaciones con ninguna sustancia. Es importante destacar que estos adolescentes experimentaban las alucinaciones, con las diferentes sustancias que consumían (pega, marihuana, crack).

Qué triste es ver a estos adolescentes, experimentar alucinaciones, cuando pudieran estar imaginándose cosas bonitas, propias de su edad.

Tienes algunos planes para el futuro, puedes decirme que tipo de planes tienes?

Al preguntarles a los adolescentes si tenían planes para el futuro, ocho de ellos manifestaron tener planes, entre los que se encuentran:

- *“Dejar las drogas, terminar de estudiar y formar un hogar”*

En cambio de los otros dos restantes, manifestaron no tener planes para el futuro. Es conmovedor ver que en la mayoría de estos adolescentes, aún existe la esperanza de tener una vida diferente a la que llevan, en cambio es triste ver que dos de ellos, aun siendo adolescentes no tienen el espíritu, ni las ilusiones de querer ser diferente ,y poder forjar planes para su futuro.

¿Qué tipo de programas te gustaría que se implementen o hagan para adolescentes con problemas como vos?

Al preguntarles a los adolescentes sobre los programas que le gustaría que se implementaran con problemas de drogadicción, 8 de ellos expresaron:

- *“Programas deportivos, charlas educativas para padres e hijos y dos de los restantes no manifestaron ningún interés por algún programa”*. Es interesante ver como la mayoría de los adolescentes, aún tienen la esperanza de salir adelante y alejarse de la drogadicción, en cambio es triste ver que dos de ellos, no piensan en nada más que consumir droga.

Discusión

✚ En relación al sexo, se encontró, que es el masculino el que prevalece en cuanto al consumo de sustancias ilícitas, dato que coincide con un estudio realizado en Argentina en el 2007 Según la tercera encuesta nacional sobre el diagnóstico de uso indebido de sustancias psicoactivas, el cual indica que en la población general adulta (15-64 años) el consumo de drogas ilícitas, tiene una *mayor prevalencia para hombres* que para mujeres¹⁰, cabe destacar que los grupos de estudios con respecto a la edad son diferentes.

✚ En relación a la edad que los adolescentes tenían cuando empezaron a consumir drogas la mayoría de ellos oscilaban entre los 7 y 12 años, datos que coinciden con un estudio llevado a cabo en Perú por el departamento de consejería de CEDRO, el cual determinó que la edad promedio de consumo de drogas es de 12 años, y según la PNUFID determinó que la edad promedio de inicio fue a los 8 años.³⁰ Otro estudio llevado a cabo en Colombia reportó que la mayoría de los jóvenes escolarizados iniciaron el consumo de alcohol antes de los 14 años.¹³

✚ Con respecto al motivo por el que consumieron por primera vez drogas, 8 adolescentes manifestaron que su motivo fue querer escapar de los problemas en sus casas (*“violencia, alcoholismo, dificultades económicas”*), por lo que se iban a la calle y sus “amigos” les indujeron a consumir drogas para olvidarse de su situación, datos que no coinciden con un estudio llevado a cabo en Colombia en jóvenes escolarizados donde los principales motivos para iniciar el consumo de sustancias psicoactivas, tienen que ver con la curiosidad, la búsqueda de diversión y de nuevas sensaciones.¹³ Así mismo otra investigación llevada a cabo en Perú por CEDRO (1997) encontró que la población de 12 a 17, tiene como razón para el consumo de drogas, el dejarse llevar por la presión de grupo, seguida del sentimiento de curiosidad y diversión.³⁰

✚ Con respecto a si tenían cambios de personalidad, los adolescentes en su totalidad respondieron: *“Alegría, ganas de robar, tristeza, violencia, o lloraban”*, en

relación a esto, un estudio llevado a cabo en México reflejó que los cambios de personalidad o de conducta asociado tanto al consumo de marihuana como de alcohol se caracterizaban por poseer una actitud muy favorable hacia lo novedoso, destacándose además por un mayor nivel de extraversión que los no consumidores, datos que coinciden con nuestro estudio.

✚ En relación a la frecuencia y al número de drogas que consumían, en su totalidad respondieron que consumen a diario de dos a tres drogas, resultados que coinciden con un estudio llevado a cabo en Argentina el cual refleja que un gran porcentaje de la población estudiada consume de tres, cuatro y más drogas, datos que indican un alto grado de policonsumo¹⁰

✚ También se les pregunto a los adolescentes que si hacían mezclas Cuatro adolescentes respondieron que si, hacían mezclas y resulto que todos hacían la misma mezcla, en la que utilizaban piedra de crack y marihuana y que es conocido como "Bañado", datos que no coinciden con un estudio realizado en Colombia el cual revelo que, *el alcohol* es la sustancia psicoactiva de mayor utilización para el consumo en mezcla con otras sustancias, y que es preocupante ya que nuestros adolescentes están haciendo mezclas con sustancias más peligrosas. Al poli-consumo-simultaneo, debe ponerse más atención en término de abordaje y soluciones en salud pública.

✚ En relación a las drogas que consumían a lo largo del día los adolescentes en su totalidad respondieron consumir marihuana sin mezclar a diario, también refieren consumir:

- Siete de ellos *cigarro y pega*.
- Los tres restantes *cigarro y alcohol*.

En Ontario (Canadá) se realizaron dos estudios sobre abuso de drogas: Revelaron que es común el consumo de *tabaco y alcohol*, y que *Cannabis* es la droga ilícita más ampliamente usada tanto por los estudiantes como por los adultos.⁵

En el año 2004 se realizó la Encuesta Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en jóvenes escolarizados entre 12 y 17 años en Colombia, en la cual se encontró:

- Que el *alcohol* y el *tabaco* indicaron los mayores porcentajes.
- Referente a las sustancias ilegales sobresalió en primer lugar la *marihuana*.¹³

Al comparar dichos estudios, se observó que coinciden en cuanto a que el consumo de tabaco es el de mayor porcentaje, no así el alcohol que es sustituido por la pega y en cuanto a las drogas ilegales ambos estudios revelan que la de mayor consumo es la marihuana.

Por otro parte, los resultados de un estudio cualitativo realizado en Argentina demuestran que las sustancias de inicio, distintiva y más consumida son los "inhalante de pega" en edades de siete a catorce años, seguida del consumo de marihuana, datos que no coinciden con este estudio, el cual demuestra que la droga ilícita de inicio era la marihuana, seguido de la pega.¹⁰

Al realizar este estudio encontramos ventajas y desventajas entre ellas:

Ventajas.

- Que los adolescentes ya estaban captados por el CID
- La disposición de los adolescentes para cooperar con nuestro estudio.
- La veracidad de la información ya que se obtuvo directamente de ellos.
- Contamos con el apoyo de líderes comunitarios.

Desventajas.

- Para encontrar a los adolescentes, nos expusimos al peligro existente en los repartos
- El tiempo para buscar a los adolescentes era limitado, ya que teníamos que asistir a la universidad

Conclusiones

Al haber realizado nuestra investigación, en el grafico N°8 se resumen los resultados más relevantes. (Ver figura 8)

En relación al sexo encontramos que nueve eran masculino y uno femenino.

- En relación a la edad actual nueve adolescentes tienen entre diez y trece años, solo una adolescente tenía catorce años.
- En relación a la edad en que los adolescentes consumieron drogas por primera vez, encontramos que fue entre los siete y doce años.
- En lo que respecta al nivel de escolaridad la mayoría de ellos, refirieron no haber culminado la primaria.
- Con respecto a contar con un trabajo actual, cuatro de los adolescentes refirieron que si, los restantes no.
- Con respecto a los responsables de la tutela de los adolescentes en su mayoría es alguno de sus padres.
- Con respecto a la situación familiar, todos los adolescentes refirieron que era difícil, en cuanto a la relación familiar y con su comunidad manifestaron que era mala.
- En relación al motivo por los que consumieron drogas por primera, la mayoría de ellos, manifestaron *“hacerlo por querer escapar de los problemas en sus casas”* (violencia, alcoholismo, dificultades económicas)
- Con respecto a las circunstancias que lo motivan a seguir consumiendo drogas la mayoría de ellos, manifestaron hacerlo *porque “se sentían sin problemas, tuani, y en onda”*

- Encontramos que el licor, el cigarro y la pega eran las drogas de las que la mayoría de los adolescentes tenían algún conocimiento, antes de consumir por primera vez.
- En relación a la droga de mayor conocimiento se encontró el licor y el cigarro.
- Con respecto a los síntomas que causan las drogas al consumirla, la mayoría de ellos manifestaron sentir: *“dolor de cabeza, vómitos, mareos, furia, alegría, hambre, sueño”*.
- En relación al conocimiento sobre las drogas legales e ilegales la mayoría de los adolescentes, conocían como legales, *“el guaro y el cigarro, y como ilegales la marihuana, la piedra y la pega”*.
- Con respecto a la reacción que tuvo la comunidad al saber que consumían drogas la mayoría manifestaron ser tratados con *“desprecio, agresión verbal, y temor a que le robaran”*.
- En relación a la manera de cómo reaccionaba su familia al momento de consumir drogas la mayoría de ellos reaccionaban *“con tristeza, violencia, desprecio”*.
- Con respecto a que si podía dejar de consumir drogas y de qué manera la haría la mayoría de ellos expresó querer dejar de consumirla, agregando que no era fácil, que necesitaban ayuda y que les gustaría recibirla mediante programas de rehabilitación y recreación así como charlas educativas para adolescentes con estos problemas.

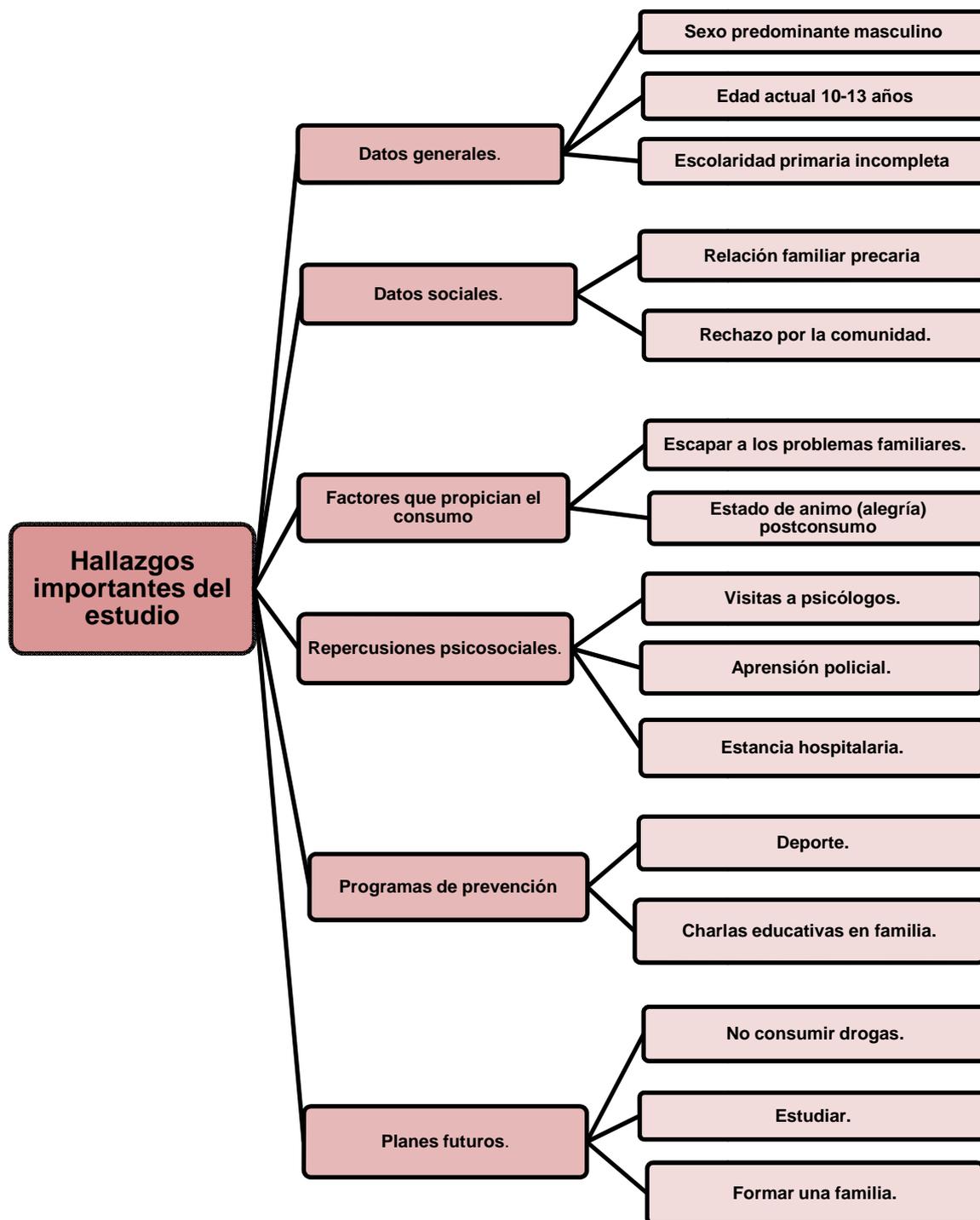


Figura 8. Hallazgos relevantes del estudio.

- En relación a los cambios de personalidad al momento de consumir drogas la mayoría de ellos reaccionaban con alegría, tristeza, violencia, e incluso hasta lloraban.
- Con respecto a la frecuencia de consumo de drogas y al número de drogas, la mayoría de ellos respondieron consumir diario, de dos a tres drogas.
- En relación a la forma de realizar sus mezclas y a las drogas que utilizaba, cuatro adolescentes realizaban mezclas y lo hacían con piedra y marihuana.
- En relación a que si consumían diferentes drogas al día, y sin mezclarlas, la mayoría respondió que si, y las drogas que más utilizaban era la marihuana, el cigarro, y la pega.
- En relación a las repercusiones que la droga ha causado en su vida, la mayoría manifestó:
 - *“Que los problemas con su familia, son peor que antes de consumir”.*
 - *“Que no pueden ser felices como otros adolescentes”.*
 - *“Que en algún momento a causado daño a la salud”.*
- Con respecto a la forma de conseguir las drogas, seis adolescentes expresaron que lo hacían robando, empeñando o vendiendo cosas de sus padres.
- En relación a si algunas ves visitaron un psicólogo, solamente un adolescente respondió que sí.
- Con respecto a si alguna vez visitaron una estación de policía, seis adolescentes manifestaron estar por robo, empeñar o vender cosas de sus padres.

- En relación a si alguna vez visito un hospital por intoxicación u otro motivo, tres refirieron haber estado en dicha unidad intoxicados por policonsumo-simultaneo de drogas.
- En relación a si alguna vez perdieron la consciencia a causa del consumo de droga, y de qué forma sucedió ,tres de ellos refirieron haberla perdido, dos por inhalar pega, y uno por sobredosis de marihuana.
- En relación a las alucinaciones, ocho adolescentes refirieron haber experimentado.
- En relación a los planes para el futuro, ocho de ellos manifestaron tener planes, como dejar las drogas, terminar de estudiar, y formar un hogar.
- En relación al los programas que le gustaría que se implementaran para adolescentes con problemas de drogadicción, ocho expresaron,
 - Programas deportivos
 - Charlas educativas para padres e hijos.

Recomendaciones

Como es bien conocida ya, la dificultad de abordar este tema en cuanto a prevención, nos parece interesante involucrar a una entidad de gran influencia social como es la educación.

✚ Recomendamos al CIDS, escuela de Psicología y Trabajo Social que por medio de sus programas de ayuda social y las organizaciones internacionales que brindan su apoyo, implementen programas de capacitación para los docentes de las escuelas , de la ciudad de León sobre la mejor manera de abordar el tema de las drogas y su prevención, para luego a través de las escuelas incidir a nivel

- Personal
- Familiar
- Comunitario

A nivel personal

Implementar charlas o actividades educativas, con el objetivo de:

- Fomentar la importancia de los valores morales, la autoestima y tener criterios personales, para discernir entre lo malo y lo bueno, y de esta manera evitar la persuasión por parte de los malos compañeros a caer en el consumo de drogas.
- Brindar información sobre las repercusiones que el uso y abuso de drogas tanto legales como ilegales, causan a nivel personal a la salud, a la familia y a la comunidad.

A nivel familiar

Impartir asambleas educativas dirigidas a los padres de familia con el objetivo de:

- Brindar consejería a aquellas parejas que tienen problemas con el propósito de que los solucionen de manera responsable sin destruirse como personas y sin perjudicar a sus hijos.
- Incentivarlos a establecer lazos de comunicación, amor y respeto entre los padres y con sus hijos, con el único fin de que en el hogar se inculquen valores morales y formen personas de bien, seguras de sí mismas que no tengan necesidad de refugiarse ante los problemas, en el fácil camino de la drogadicción

A nivel comunitario

- En las **escuelas**, formar grupos comunitarios entre los mismos padres de familia para que estos inviten a aquellos que no pertenecen a la escuela, pero sí a la comunidad y que juntos desarrollen programas educativos, con respecto a la prevención y el perjuicio que causa el consumo de drogas, programas deportivos así como otras actividades recreativas en donde se integren los adolescentes de la comunidad con el fin de establecer lazos de amistad entre padres e hijos, familia - comunidad y de esta manera evitar que los adolescentes sean víctimas de la drogadicción. A los líderes comunitarios que continúen apoyando este tipo de estudios en beneficio de los adolescentes y que les den seguimiento.
- Recomendamos a la **Policía de León** que sea más sensible ante la situación de estos adolescentes y que actúen de manera sensata. En ocasiones, toleran los lugares donde se expenden drogas ilícitas o se vende licor y tabaco a menores y a intoxicados, lo que favorece que el adolescente, tenga fácil acceso al consumo del producto. En contraposición, los oficiales de policía podrían convertirse en promotores de estilos de vida saludables, previa capacitación, para ayudar en la prevención de la drogadicción.
- Recomendamos al **CIDS** que por medio de las organizaciones internacionales que brindan su ayuda, gestione la integración a programas de rehabilitación para

aquellos adolescentes en los que ya no podemos prevenir y necesitamos tratar problemas de drogadicción.

➤ **Al gobierno local** que amparados por la ley, autorizan patentes para la venta de licores, con lo que favorecen el acceso de los adolescentes a los expendios de licor, sin cuestionarse si son necesarias más cantinas y bares en la comunidad. En contraposición, estos gobiernos locales podrían invertir recursos para la promoción y prevención de la drogadicción, bajo diversas modalidades y con énfasis en la población joven, por medio del sistema educativo formal, en coordinación con organizaciones no gubernamentales, promoviendo la creación de espacios recreativos, deportivos y culturales para la comunidad, entre otros.

➤ Recomendamos a la **institución mi familia**, que realicen un trabajo más dinámico asistiendo a las comunidades en riesgo y abordando a los adolescentes que se encuentran en las calles, así como también ayuda psicológica para rescatar a estos adolescentes que son víctimas del mundo de los drogas.

Bibliografía

1. Kofi, A. Documentos de referencia sobre el fenómeno de las drogas y la salud internacional. Centro de Información de las Naciones Unidas para España. 26 de junio del 2000
2. Franey, C. (1998a). Theories of Drug and Alcohol Misuse and Intervention, Introduction. Imperial College of Science, Technology and Medicine, University of London.
3. Gaitán L. A. Presentación de Problemática social que afectan a niñez y adolescencia.
4. Iglesias, B Elisardo. Bases teoricas que sustentan los programas de prevencion de droga .plan nacional sobre drogas.universidad de santiago de Compostela
5. Costas M.I.A .Villar L.M.A. Uso de Sustancias Psicoactivas un nuevo y viejo desafío. Revista Latinoamericana Enformagen. Abril 2004.
6. Wright M da. El Fenómeno de las Drogas y la Profesión de Enfermería, Estudios en el Uso y Abuso de Drogas 2004; 13(2):5-7.
7. Obando S.P.; Sáenz R. M.A. Percepción, consumo y factores asociados con el fenómeno droga en población escolar de Heredia, Costa Rica.
8. World Health Organization. The World health report 2002. Geneva (SWZ): WHO; 2002.
9. OMS. VIH-SIDA. 25 años de lucha contra el SIDA. 2006
10. SEDRONAR. Diagnostico de la problemática del uso indebido de sustancias Psicoactivas en Argentina. Tercer Encuesta Nacional sobre consumo de sustancias Psicoactivas en población de 12 a 65 años. Argentina 2006
11. Porciel. A. J. Uso Indebido de Sustancias Psicoactivas. Un Estudio de Jóvenes del nordeste. Argentina.

12. ONU: Crece consumo de Droga en América Latina 2008.
13. Belléz, D.C Antecedentes de Consumo de Sustancias Psicoactivas, Colombia Antioquia Diciembre 2008.
14. Consumo de sustancias Psicoactivas. Estudio nacional. Colombia. Septiembre 1992
15. Marín, G. Aspectos Psicosociales del Uso de Fármacos en Estudiantes Universitarios de Bogotá, La Psicología Social en Latinoamérica. Ed. Trillas, 1996
16. Ministerio de Salud, Nicaragua. Boletín epidemiológico, semana 38. Año 2004, del 19 al 25 de Septiembre del 2004 .<http://www.minsa.gob.ni/vigepi/html/boletin/2004/semana38/editorial38.pdf>.
17. Olivas I.Comportamiento epidemiológico del uso de sustancias psicoactivas Emergencia HEODRA y procesamiento policial.
18. Restrepo, A. M. F. Grupo de investigación en violencia criminalidad y familia en la Costa Caribe Colombia Universidad Simón Bolívar.
19. Flores, A. (2002). "Manual de Psiquiatría Penitenciaria". Laboratorio Wyeth. p. 217.
20. Yayhoui (1996). "Toxicomanie et pratiques sociales". Edic. AAPM, Grenoble Francia. p. 32.
21. Vargas, U.I consumo de sustancias psicoactivas capaz de producir dependencia, Caja Costarricense de Seguro Social, Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS) 2003
22. Salud y calidad de vida .Revista Online Pistas..Drogas.[http: // www. Gazteaukera.net/079](http://www.Gazteaukera.net/079)
23. Harrison,T.R, principios de medicina interna, síndrome de korsakoff, tomo II,16 edición.editorial Mc Graw Hill. P 2821-2826

24. Harrison,T.R, principios de medicina interna, síndrome de korsakoff, tomo II,16 edición.editorial Mc Graw Hill. P 2827-2830.
25. Confederación española de policías. Barbitúricos.
26. McKernan, R.M, Rosah,I T.W, Reynolds DS .(Jun de 2000). «Sedative but not anxiolytic properties of benzodiazepines are mediated by the GABA (A) receptor alpha1 subtype.». Natureneuroscience.**3** (6):587-92
- 27.PLM.Diccionario de Especialidades Farmacéuticas, Edición 40, México, 1994.
28. Muñoz, P.M. Prevalencia del consumo de drogas en los casos atendidos por lesiones y necropsias realizadas en el instituto de medicina legal en el segundo semestre del 2006. Managua.
29. El drama de la adicción. Monografías .com 1997.
30. Aguirre, A.E, edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes escolares .lima-Perú ,2005.
31. López, M.J. Consumo de sustancias psicoactivas en una muestra de jóvenes universitarios. Universidad Veracruzana, México .enero 2003.

ANEXOS

Guía

Conocimientos, actitudes y prácticas en adolescentes consumidores de sustancias Psicoactivas.

Guía de Preguntas

Gracias por aceptar participar de esta conversación el día de hoy. Tu experiencia y colaboración será de mucha utilidad para el programa de trabajo con adolescentes y jóvenes del municipio de León que la UNAN-LEON lleva a cabo en conjunto con otras instituciones en pro de los jóvenes.

I. Datos Generales

1. Sexo.....
2. Edad Actual.....
3. ¿Qué edad tenía usted cuando empezó a consumir droga?
4. ¿Qué grado de escolaridad tiene?
5. ¿Tiene algún trabajo actualmente?

II. Datos Sociales

6. ¿Quiénes son los responsables de su tutela?
7. Cuénteme como es la relación con tu familia?
8. Podrías describirme con todo detalle como es la situación de tu familia con vos?
9. Dígame con toda confianza como es tu relación con la comunidad o barrio donde vives?

III. Factores que propician el consumo de sustancias psicoactivas

10. ¿Cuál fue la razón que lo motivo a consumir por primera vez?
11. ¿Cuáles son las circunstancias que te motivan a seguir consumiendo?

IV. Conocimientos, actitudes y prácticas en relación al consumo de sustancias psicoactivas.

A. Conocimiento

12. ¿Qué conocimiento tenía usted a cerca de las drogas antes de consumirla por primera vez?

13. ¿Sobre cual droga usted tenía un mayor conocimiento?

14. ¿Cuáles cree usted son los síntomas que causan las drogas al consumirlas?

15. ¿Cuénteme que sabe sobre las drogas legales e ilegales en Nicaragua?

B. Actitudes

16. ¿Me podrías describir como reacciono la comunidad cuando supo que consumías drogas?

17. Cuénteme, ¿cómo reacciona su familia cuando usted consume drogas?

18. Cuénteme, ¿cree usted puede dejar de consumir drogas y como lo haría?.

19. Cuénteme ¿Qué cambios de personalidad tiene cuando consume drogas?

C. Practicas

20. ¿Con que frecuencia consume drogas y cuantas consume?

21. Cuénteme, ¿de qué manera hace sus mezclas y que drogas utiliza?

22. Cuénteme, ¿consume diferentes drogas a lo largo del día, sin mezclarlas y cuáles son?

23. ¿Qué se siente consumir droga?

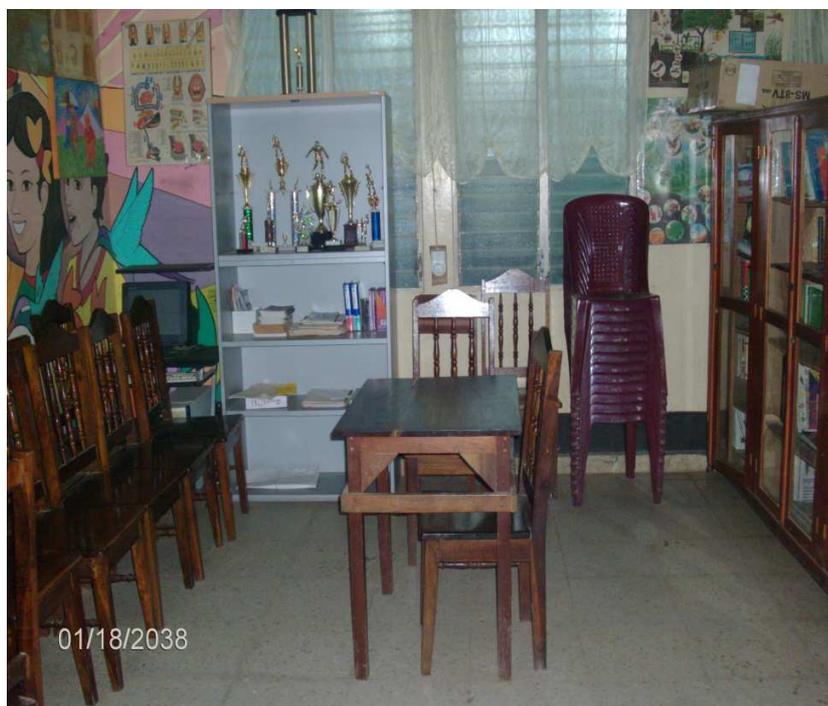
24. Cuénteme, ¿qué repercusiones ha tenido en su vida cuando consume drogas?

25. ¿Cómo consiguen las drogas?

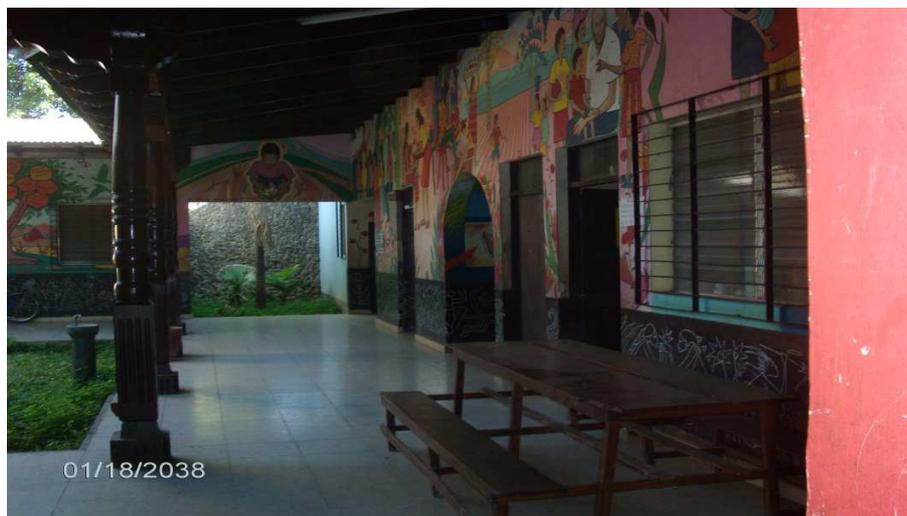
IV. Repercusiones psicosociales

26. ¿Ha visitado a un psicólogo alguna vez, cual fue el motivo?
27. ¿Ha estado en una estación de policía alguna vez y por qué?
28. Cuénteme, cuantas veces por intoxicación u otros motivos han asistido al hospital?
29. ¿En algún momento ha perdido la conciencia, como sucedió?
30. Alguna vez ha experimentado alucinaciones? Explíquenos
31. Cuénteme, ¿tienes algunos planes para el futuro? ¿Cuáles son?
32. Cuénteme que tipo de programas te gustaría que se implementen o hagan para niños con problemas como vos.

La casona, en Walter Ferreyro uno de los centros donde se llevaron a cabo algunas entrevistas.

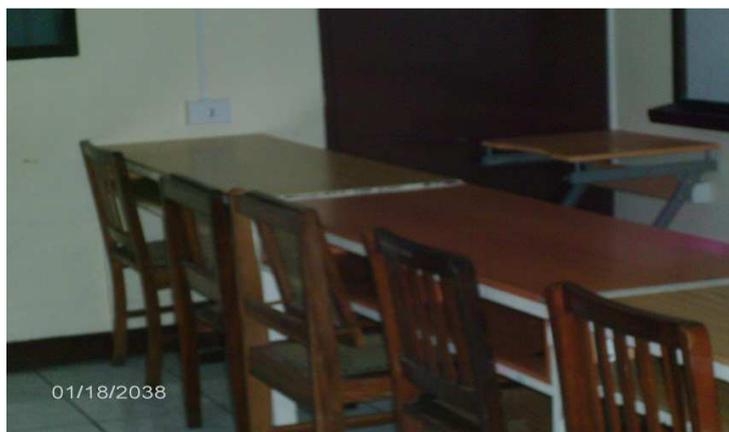


La casona, uno de los centros donde se llevaron a cabo algunas entrevistas.



Centro de Investigación en Demografía y Salud (CIDS)

Esta fue otra área en donde se llevaron a cabo las entrevistas restantes.



Esto son algunos de los repartos que visitamos, para buscar a los adolescentes.

