



**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
UNAN – LEÓN
Facultad de Ciencias Médicas
Centro de Investigación en Demografía y Salud
CIDS**



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

TEMA:

**Distrés psicológico, funcionamiento familiar y consumo de
sustancias psicoactivas en trabajadores administrativos de
UNAN-León, periodo mayo-agosto 2015.**

AUTORA:

Lic. Alinka Patricia Avendaño Balladares

TUTOR:

Dr. Andrés Herrera Rodríguez Ph.D

Profesor Titular Facultad de Ciencias Médicas
UNAN-León

León, 10 de noviembre 2015.

"A la libertad por la universidad"

Índice

Resumen.....	
Introducción	1
Antecedentes	3
Justificación.....	8
Planteamiento del problema	9
Objetivos	10
Objetivo general	10
Objetivos específicos.....	10
Marco Teórico	11
Distrés psicológico	11
a) Concepto.....	11
b) Teorías relacionadas al estrés/distrés.....	13
c) Fases del distrés	14
d) Síntomas del distrés psicológico	15
e) Factores que generan estrés/distrés	16
f) Consecuencias del estrés/distrés.....	16
Consumo de sustancias psicoactivas.	16
a) Concepto.....	16
b) Tipología del consumo	17
c) Niveles de consumo.....	20
d) Teorías explicativas del consumo de sustancias psicoactivas.	21
e) Clasificación	26
f) Efectos de las sustancias psicoactivas y riesgos para la Salud.	27
Consumo de sustancias psicoactivas y familia.....	35
a) Funcionalidad y disfuncionalidad familiar.	35
b) Consumo de sustancias y función familiar.	37
Materiales y métodos	39
Tipo de estudio	39
Área de estudio.....	39

Población en estudio.....	39
Muestra.....	39
Muestreo.....	40
Fuente de información.....	40
Criterios de inclusión	40
Posibles sesgos y su control	40
Recolección y procesamiento de la información.....	46
Plan de análisis	47
Consideraciones éticas	47
Resultados	49
Discusión	59
Conclusiones	64
Recomendaciones.....	65
Referencias	66

RESUMEN

Los profesionales del campo de la salud mental y adicciones intentan identificar las situaciones que generan consumo de sustancias psicoactivas en la población, especialmente la trabajadora. La presente investigación trató de responder la pregunta: ¿Qué nivel de distrés psicológico, funcionamiento familiar presentaron los trabajadores administrativos de UNAN-León según su consumo de sustancias psicoactivas, periodo mayo-agosto 2015? Los objetivos específicos fueron caracterizar sociodemográficamente, identificar los niveles de distrés psicológico, funcionamiento familiar, consumo de sustancias psicoactivas en los trabajadores administrativos y la relación entre dichas variables. El estudio fue corte transversal analítico, con una muestra de 240 trabajadores, utilizando muestreo probabilístico aleatorio.

Los resultados mostraron un predominio de la categoría sin distrés psicológico y moderado funcionamiento familiar. Revelaron un elevado consumo alguna vez en la vida y en los últimos 12 meses, las sustancias psicoactivas más consumidas fueron alcohol, tabaco y sedantes/pastillas para dormir y el mayor consumo de riesgo correspondió a dichos elementos.

Se concluye que existe relación entre nivel de distrés psicológico y funcionamiento familiar; entre el sexo del trabajador, el consumo de sustancias alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses, consumo de riesgo alto y moderado de alcohol, tabaco y sedantes/pastillas para dormir. Se recomienda a la universidad emprender acciones tomando en cuenta las sustancias más consumidas y las asociaciones entre variables y a los trabajadores, hacer uso de los recursos profesionales en salud mental de la institución u otras instancias.

Palabras claves: distrés psicológico, funcionamiento familiar, consumo de sustancias psicoactivas, consumo de riesgo.

Introducción

Desde hace más de una década, los profesionales, especialmente los de salud mental, se han interesado en los efectos que ocasionan el consumo de sustancias psicoactivas en las personas, debido a que este afecta todas las áreas del bienestar humano: social, biológico, psicológico y cognitivo ⁽¹⁾.

Por esto, una de las variables estudiadas para explicar dicha situación ha sido el distrés psicológico (comúnmente llamado estrés), el cual influye en condiciones como ansiedad, depresión, problemas de sueño, pérdida de confianza y se presenta aproximadamente en el 15 ó 20 por ciento de la población en general ⁽²⁾.

La mayoría de personas asocian el estrés con experiencias desagradables e incómodas. Sin embargo este es una condición adaptativa de los seres humanos, cualquier cambio genera estrés⁽³⁾.

Pero cuando las personas presentan una respuesta desproporcionada o incorrecta, está activa los mecanismos cognitivos y emocionales, provocando distrés o estrés negativo ⁽⁴⁾.

De igual modo, otro variable que ha empezado a estudiarse es la familia, reconociendo la asociación entre el funcionamiento familiar y el consumo de sustancias psicoactivas por parte de alguno de sus miembros (padre o hijos) ⁽¹⁾.

Se ha descubierto que relaciones pobres entre padres e hijos, ausencia de lazos familiares, rechazo de los padres a los hijos y viceversa, poco tiempo compartido o calidad de tiempo junto deficiente entre padres e hijos, conflicto familiar excesivo, desorganización familiar y estrés/distrés, son elementos a considerar a la hora de conocer y explicar el fenómeno del consumo de sustancias ⁽¹⁾.

Es por lo anterior, que muchas personas al experimentar distrés psicológico y presentar problemas en el funcionamiento familiar, utilizan las sustancias psicoactivas como forma de sobrellevar la carga.

Según la ONU, la mayoría de los consumidores tiene entre 18 y 35 años y suelen ser trabajadores que trasladan su comportamiento de consumo a sus centros de trabajo generando así problemas, como por ejemplo: disminución de la productividad, la calidad y la competitividad, afecta la

salud de los trabajadores, aumenta los accidentes, el absentismo, los gastos sociales y los sanitarios. Así, los servicios ofrecidos son de mala calidad, se crean problemas para el público, quien está pagando los gastos sociales y sanitarios mencionados ⁽⁵⁾.

Mediante el presente se estudió el nivel de distrés psicológico, funcionamiento familiar y consumo de sustancias psicoactivas en l trabajadores administrativos de UNAN-León en el periodo mayo-agosto 2015.

Antecedentes

Desde hace años, se han realizado investigaciones en diferentes países para comprender de qué manera el distrés psicológico se encuentra presente en las conductas de consumo de sustancias psicoactivas, encontrando en la mayoría de estos estudios poblaciones que asisten a centros de rehabilitación por abuso de sustancias ⁽⁶⁾.

Según la literatura, el distrés psicológico es un agente que altera tanto el bienestar de quienes lo sufren como el funcionamiento de la propia institución ⁽⁷⁾.

El distrés lo padecen muchas personas en algún grado. Un artículo publicado en una revista española indica que el 89% de los adultos americanos sufren sus síntomas y el 59% expresa tenerlos una vez a la semana ⁽⁸⁾.

Ansoleaga, Vézina y Montaña en su estudio sobre síntomas de distrés en trabajadores chilenos en 2014, encontraron que el 16% de ellos presentaba tensión psíquica proveniente de las altas demandas y baja extensión en sus decisiones y un 10% reportaban tensión psíquica proveniente de un bajo soporte social ⁽⁹⁾.

En un estudio realizado en 2004 por Cortés, Artacoz, Rodríguez y Borrell en Barcelona, encontraron que la presencia de malestar psicológico en los trabajadores varía según las exigencias del trabajo, algunas condiciones de empleo como el número de horas o el tipo de contrato, revelando que las mujeres en general tienen un peor estado de bienestar psicológico en los puestos de trabajo, aunque se cree que las mujeres externalizan con mayor facilidad sus problemas.

En general, las mujeres que trabajan solas y tienen poca autonomía en sus trabajos presentan peores niveles de bienestar psicológico ⁽¹⁰⁾.

Asimismo, la investigación de Sierra en 2010, sobre la influencia del estrés en la vida de los trabajadores refleja que por lo general estos presentan niveles bajos de distrés o malestar ⁽¹¹⁾.

Con respecto al consumo de sustancias psicoactivas, el estudio de Bravo y Palucci en 2007 sobre el consumo de alcohol en personal administrativo y servicios de una universidad del Ecuador, describe que predominan casados, con nivel educativo superior (universitarios), mayores de 46 años y mencionan que los administrativos presentan un consumo de riesgo elevado de alcohol ⁽⁵⁾.

Bartolomé y Rechea en el trabajo sobre el consumo de drogas en el ámbito laboral concluyeron que el porcentaje de consumo alguna vez en la vida y en los últimos 12 meses es elevado y que el alcohol y tabaco son las sustancias más consumidas ⁽¹²⁾. Por otro lado, según la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 2013/2014, el consumo de ansiolíticos y somníferos (hipnosedantes) se sitúa en tercer lugar, después del alcohol y el tabaco, como sustancia psicoactiva más consumida ⁽¹³⁾.

El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva en 2006 informó en la "Guía Mujeres y Hombres ante las Adicciones" que el consumo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida suele ser mayor en hombres que en mujeres ⁽¹⁴⁾.

De igual manera, la investigación de Pérez-Franco y Fresno en 2014 titulada "Diferencias de género en el uso de sustancias psicoactivas" expone que en los últimos años los hombres consumen más sustancias (alcohol y tabaco) que las mujeres ⁽¹⁵⁾.

Igualmente, Fundación Atenea en el seminario titulado "Perfiles humanos, personas: ¿quiénes son las personas que consumen? Consumo de drogas en el ámbito laboral." Resultado de la encuesta 2007-2008 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España, destaca que al igual que ocurre en la población general, el alcohol es la droga psicoactiva más consumida en la población laboral ⁽¹⁶⁾.

La prevalencia de consumo de esta sustancia, en los últimos 12 meses, era de 82,4% en hombres y 71,3% en mujeres y el consumo diario era 15,3% y 4,7% en hombres y mujeres respectivamente ⁽¹⁶⁾.

Vargas, Moreno y Alonso en su trabajo sobre patrones de uso de alcohol en trabajadores en 2005, identificaron un consumo más riesgoso en hombres que en mujeres ⁽¹⁷⁾.

Además, dicho seminario declara que el tabaco es la sustancia con la prevalencia de consumo diario más elevado ⁽¹⁶⁾. También, el Instituto Nacional de Abuso de Drogas publicó en 2010, que la prevalencia del hábito de fumar era más elevada para los hombres que para las mujeres ⁽¹⁸⁾.

Igualmente, la publicación de Martínez, Trujillo y Roble en 2006 establece que pertenecer a alguna religión protege a las personas del consumo de tabaco, en la juventud, conductas que se mantienen en la edad adulta ⁽¹⁹⁾.

Con respecto a los hipnosedantes, el seminario antes mencionado, destaca que son la única sustancia psicoactiva que es consumida por una mayor proporción de mujeres que de hombres ⁽¹⁶⁾ .

Así, la prevalencia de consumo de hipnosedantes (tranquilizantes y somníferos o pastillas para dormir) en los últimos 30 días fue del 3,7% y 6,9% en hombres y mujeres respectivamente. Y han consumido tranquilizantes alguna vez en la vida el 10,0% de los hombres y el 17,6% de las mujeres ⁽¹⁶⁾ .

De la misma manera, un artículo publicado por la Dra. Aliza Lifzhitz, sostiene que al consumo de sedantes/pastillas para dormir es un problema serio de salud y que se debe identificar los problemas emocionales asociados a las personas que consumen y/o abusan de estas sustancias⁽²⁰⁾.

Por otro lado, la OMS en 2004 expresó que en todo el mundo, cerca de 200 millones de personas consumen algún tipo de droga ilegal, por lo general cannabis, pero también anfetaminas, opiáceos y cocaína. El consumo de drogas ilegales es más habitual entre los varones y los jóvenes ⁽²¹⁾.

Recientemente, un artículo publicado en España este año y realizado en 2013, sobre sustancias consumidas revela que la población está consumiendo más sustancias de distribución legal (tabaco, alcohol y sedantes) y menos cannabis, cocaína, éxtasis y otros alucinógenos de comercio ilícito ⁽²²⁾.

Cogollo y Gómez-Bustamante en 2011, en su trabajo sobre drogas ilegales en adultos declara que el cannabis es la droga ilegal más consumida, inclusive más que cocaína e inhalantes ⁽²³⁾.

Otras sustancia psicoactiva es la cafeína, sobre esta, una publicación en 2013, en base a un estudio entre una cadena multinacional de franquicias de tipo cafetería y una empresa de carreras profesionales descubrieron que quienes consumían estas bebidas (entre muchas profesiones como marketin) se encontraban los administrativos ⁽²⁴⁾.

Por último, el panorama general de consumo de sustancias y trabajadores, una publicación española en 2008 realizada por Mangado y Gúrpide, concluyó que el ambiente laboral es muy común el consumo de alcohol y otras drogas. Estiman que el 10% de los trabajadores activos son bebedores de riesgo y el 8% son bebedores abusivos y frecuentes. A su vez, mencionan que el cannabis es la sustancia psicoactiva ilegal más consumida, seguida de la cocaína ⁽²⁵⁾.

En cuanto al distrés psicológico y consumo de sustancias psicoactivas, Rodríguez, Martínez, Juárez y colaboradores en 2008, en su investigación sobre tabaco y salud mental mencionan que existe una asociación entre malestares psicológicos y consumo de tabaco ⁽²⁶⁾.

Así mismo, Merchán-Hamann, Brands, Strike y colaboradores en una investigación realizada en 2010 con pacientes de centros públicos de atención en adicciones en Brasilia encontró niveles muy altos de distrés psicológicos acompañados con síntomas ansiosos y depresivos⁽²⁷⁾.

En Nicaragua, el estudio realizado en 2010 por Kulakova, Mann, Strike y colaboradores sobre distrés psicológico en una población de pacientes de centros de tratamientos de Managua, encontraron que la prevalencia de distrés psicológico era alta al igual que el consumo de sustancias, principalmente, el alcohol ⁽²⁸⁾. Resultados similares encontró el estudio de Vásquez, Herrera, Strike y colaboradores ejecutado en centros de León en el mismo año ⁽²⁹⁾.

Otra investigación realizada por Merchán, Leal, Musso y colaboradores entre 2009 y 2010 en Nicaragua y otros países de América Latina y uno del Caribe en pacientes en tratamiento, revelaron índices de distrés psicológico severos y disfuncionalidad familiar, lo que indica que la presencia de distrés psicológico en las personas, en la mayoría de los casos se asocia con problemas en el funcionamiento familiar y consumo de alguna sustancia ⁽³⁰⁾.

Con respecto a la familia, la Dra. Marrero en 2004, en su trabajo "La familia como objeto de estudio en el proceso de salud-enfermedad de los trabajadores", explica que cuando el grupo familiar que vive junto pierde la capacidad funcional o no logra establecerla, es decir, adaptabilidad, cooperación, desarrollo, expresiones de afecto, resolución de problemas, se provoca la disfuncionalidad, responsable de tantas afecciones de salud física y psicológica de diferentes magnitudes en cualquier período de la vida ⁽³¹⁾.

Retamales, Behn y Merino en 2004, en su trabajo en trabajadores-jefes de hogar, refieren que el funcionamiento familiar de las familias era bueno, aunque no óptimo y que la edad de sus miembros influyó en la comunicación familiar ⁽³²⁾.

De igual manera, el estudio en 1998 realizado por Bierut, Dinwiddie, Begleiter y colaboradores, encontró una relación entre el grupo familiar con el uso y la dependencia de sustancias, donde situaciones como falta de comunicación, conflictos y desintegración familiar facilitan el uso de sustancias ilegales ⁽³³⁾.

En un estudio realizado en el Servicio de Farmacodependencia del Hospital Maciel en el año 1991 en Montevideo, en las familias de los pacientes consumidores de marihuana y otras drogas, encontraron que el 48% de los grupos familiares estaban desestructurados, por muertes prematuras, inesperadas y situaciones de pérdida asociadas a duelos no resueltos. También, se encontró como característica que existe la pérdida o desaparición de alguna persona particularmente significativa en la vida del consumidor ⁽³⁴⁾.

Actualmente, el estudio del Ministerio de Educación y Deportes en 2006 titulado "Alcoholismo y su influencia en las relaciones de familia" enuncia que al consumo de alcohol afecta siempre a las relaciones familiares, además de originar problemas en la comunicación familiar, siempre se presentan conflictos familiares cuando un miembro es alcohólico y provoca la desintegración familiar ⁽³⁵⁾.

Justificación

Los trabajadores administrativos representan un amplio número de la población laboral y se encuentran no solo en las instalaciones de UNAN-León, sino forman parte del equipo en cualquier institución, sus ocupaciones van más allá de atender llamadas telefónicas, recibir y archivar los documentos, actualizar las agendas, redactar cartas y conocer todo lo referente al departamento en el que se desempeñan. El trabajo que hace el personal administrativo es esencial e importante, porque es lo que hace que toda la organización funcione.

Mediante este estudio se brinda información sobre el nivel de estrés psicológico, funcionamiento familiar y consumo de sustancias psicoactivas que presentan los trabajadores administrativos de UNAN-León, tanto para la autora de la investigación como para los mismos trabajadores y la población universitaria en general. El presente trabajo servirá de fundamento para otros estudios de mayor profundidad relacionados con dicho tema y tendrá utilidad como base de información para compañeros o personas interesadas en la materia, contribuyendo de esta manera a la investigación de estas variables en otros centros de trabajo de la ciudad y del país.

Igualmente, en base a los resultados de la investigación sugerir a las autoridades correspondientes la implementación de medidas para reducir y prevenir la presencia de estrés psicológico, consumo de sustancias y aumentar el nivel de funcionamiento familiar en la población administrativa y de esta manera contribuir al mejoramiento de la salud mental de los mismos.

Planteamiento del problema

Las situaciones que generan las conductas de consumo de sustancias psicoactivas en las personas han sido objeto de estudio para los investigadores desde hace años (Bravo y Palucci; Bartolomé y Rechea, entre otros) y casi siempre dichos trabajos se han centrado en poblaciones con un consumo perjudicial para la salud o que asisten como pacientes a centros de tratamientos en adicciones.

Comúnmente, se suele ignorar los primeros comienzos del consumo de sustancias, donde por lo general, la incapacidad de los individuos o falta de habilidades de estos para afrontar los eventos cotidianos sumados a las dificultades familiares los conducen a consumir sustancias, como forma de afrontar las presiones diarias.

Estas sustancias (nicotina, medicamentos sin prescripción, cafeína), a veces diferentes a las que consumen personas que asisten a centros de tratamientos, de una u otra manera afectan la salud física y psíquica de la persona y a largo plazo generan daño.

En países como Nicaragua, el interés por la salud mental, en general, y el bienestar psicosocial de la población trabajadora, en particular, tiene poca preocupación entre las autoridades sanitarias, el sector sindical e incluso los propios trabajadores y el panorama parece no cambiar.

Por tanto, mediante este trabajo se estudió el distrés psicológico, funcionamiento familiar y el consumo de sustancias psicoactivas en los trabajadores administrativos de UNAN-León y se intentó dar respuesta a la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué nivel de distrés psicológico y funcionamiento familiar presentaron los trabajadores administrativos de UNAN-León según el consumo de sustancias psicoactivas?

Objetivos

Objetivo general:

- Determinar el nivel de distrés psicológico, funcionamiento familiar y consumo de sustancias psicoactivas que presentan los trabajadores administrativos de UNAN-León en el periodo marzo- agosto 2015.

Objetivos específicos:

- Describir las características sociodemográficas de la población de estudio.
- Reconocer el nivel de distrés psicológico y funcionamiento familiar en dicha población.
- Establecer el consumo alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses, las sustancias consumidas por los trabajadores y el consumo de riesgo.
- Relacionar el nivel de distrés psicológico, funcionamiento familiar y consumo sustancias psicoactivas en la población estudiada.

Marco Teórico

Distrés psicológico

a) Concepto:

Antes de definir distrés psicológico, se debe hablar de estrés:

El estrés existe desde la existencia misma de la humanidad y se ha convertido en un vocablo habitual en nuestra sociedad actual⁽³⁾. La palabra estrés apareció en el inglés medieval como distrés, que a su vez provenía del francés antiguo destresse (estar bajo estreches u opresión)⁽³⁶⁾.

El físico Robert Hooke, en el siglo XVII, fue quien formuló por primera vez el concepto estrés, entendido como la relación entre la carga externa ejercida sobre un objeto y la deformación experimentada por el mismo ⁽⁴⁾.

Posteriormente en 1930, Hans Selye observó que algunas enfermedades cardíacas, la hipertensión arterial y los trastornos emocionales o mentales, eran provocados por cambios fisiológicos consecuencia de un prolongado proceso de alteración en los órganos, y lo denominó *la respuesta no específica del organismo a cualquier demanda del exterior*. Entonces, el estrés sería un factor externo que actúa sobre un organismo ⁽³⁾.

Fue Lazarus en 1978, quien incorporó el estrés al campo de la psicología, afirmando que los procesos de adaptación se encuentran tanto en la corteza cerebral como en el resto del organismo. Este se centra en la relación entre la persona y su entorno⁽³⁾.

El concepto de estrés incluye tanto a los agentes estresantes, o estresores, que son las circunstancias del entorno que lo producen, las respuestas al estrés, que son las reacciones del individuo entre los mencionados agentes (fisiológicas, emocionales, conductuales y cognitivas), así como las variables moduladoras de este proceso y sus posibles repercusiones patológicas ⁽³⁶⁾.

En nuestro idioma, la palabra estrés tiene un significado similar al equivalente *estar bajo presión*, llegando a convertirse en una expresión de una condición únicamente negativa ⁽³⁶⁾.

No se dice "estoy tan estresado que todo me está saliendo bien", sino que, se menciona el término para indicar un estado emocional tan tenso que, precisamente, impide la correcta realización de cualquier tarea ⁽³⁶⁾.

La respuesta del organismo frente a un evento externo puede manifestarse de dos maneras diferentes, en forma positiva llamada *Eustrés*, que se refiere al estrés constructivo, agradable y bueno, a situaciones y experiencias en la que se dan resultados y consecuencias preferentemente positivos ⁽³⁷⁾.

Y en forma negativa llamada *Distrés*, término que proviene de la palabra anglosajona *distress* y su significado hace referencia a la angustia emocional⁽³⁸⁾.

El distrés lo padecen todas las personas en algún grado y en algún momento durante el día a día, y en general no es dañino, ya que diariamente las personas deben de enfrentar las situaciones de la vida diaria en la familia, el trabajo, la sociedad y mediante el aprenden a adaptarse y solucionar los problemas cotidianos ⁽³⁸⁾.

Una persona enfrenta una situación de distrés, cuando percibe que las demandas sobrepasan sus recursos ⁽³⁾.

Tiene la sensación de que no puede dar una respuesta efectiva y su cuerpo sufre una activación psicofisiológica desagradable: emociones, sensaciones corporales, sentimientos y pensamientos que generan malestar ⁽³⁾.

También incrementa la vulnerabilidad psicológica y física del individuo. Si las experiencias de distrés son muy frecuentes, se inicia un proceso con consecuencias nocivas para la salud física y mental ⁽³⁾.

Por último, en nuestra sociedad predomina la idea de que el estrés es una experiencia nociva que puede llegar a producir graves problemas de salud. Sin embargo, esta concepción negativa del estrés no siempre es cierta. Como se menciona al inicio, el estrés es un fenómeno adaptativo de los seres humanos ⁽³⁾.

Es por el eustrés, uno se siente satisfecho de alcanzar sus metas. Es el distrés, percibido como sensación desagradable que acompaña a un esfuerzo, lo que puede originar malestar y enfermedad⁽³⁾.

b) Teorías relacionadas al estrés/distrés:

➤ Teoría fisiológica. Estrés como respuesta.

El fisiólogo Walter Cannon comenzó la investigación sobre el estrés a principios del siglo pasado (1929). El menciona la homeostasis para referirse a la capacidad que tiene todo organismo para mantener constantemente un equilibrio interno⁽³⁾.

En sus estudios sobre el proceso fisiológico implicado en el mantenimiento de la homeostasis corporal, Cannon observó la respuesta de ataque-huida, respuestas automáticas que emiten los organismos en defensa de estímulos amenazantes externos o internos, la cual conlleva una serie de sucesos que activan el sistema nervioso simpático y el sistema endocrino⁽³⁾.

Además de la teoría de Cannon, también se menciona dentro de este grupo de teorías **La de Selye: el Síndrome General de Adaptación (SGA)**⁽³⁹⁾.

El SGA es la forma en que un organismo se maneja a sí mismo cuando se enfrenta a un estresor, que es cualquier demanda que despierta el patrón de respuesta de estrés, puede ser no solamente un estímulo físico, sino también psicológico, cognitivo o emocional. Se considera al estrés como un conjunto coordinado de reacciones fisiológicas ante cualquier forma de estímulo nocivo, reacción que se denomina SGA⁽³⁹⁾.

➤ Teoría de los sucesos vitales. Estrés como estímulo

Esta teoría interpreta y entienden el estrés en términos de características asociadas a los estímulos del ambiente, asumiendo que estos pueden perturbar o alterar el funcionamiento del organismo. El estrés se encuentra fuera del individuo y a la persona le corresponde el efecto producido por el este, tomando en cuenta los sucesos vitales, que son experiencias objetivas que alteran o amenazan con perturbar las actividades cotidianas del individuo, causando un reajuste sustancial en su conducta ⁽³⁾.

➤ ***Teoría de la evaluación cognitiva. Definición interactiva***

En esta teoría, según Richard Lazarus y su grupo, el estrés puede ser comprendido en términos de las interpretaciones cognitivas que la persona hace sobre la capacidad estresora de los eventos ⁽⁴⁰⁾.

Aunque existen estresores que afectan a la mayoría de las personas, siempre se observan diferencias individuales en cuanto al grado y clase de respuesta ⁽⁴⁰⁾.

Lazarus y Folkman incluyen como elementos importantes los factores psicológicos, especialmente cognitivos, para mediar entre los estímulos estresores y las respuestas de estrés, y según los autores el estrés es el resultado de que el individuo evalúe el entorno como amenazante o desbordante de sus recursos, afectando su bienestar ⁽⁴⁰⁾.

c) Fases del distrés:

Aunque el estrés no sea en principio ni positivo ni negativo, sino solo energía de adaptación, cuando la mayor parte de nosotros usa la palabra "estrés" quiere en realidad referirse a los efectos negativos de este (es decir, distrés)⁽⁴¹⁾.

Estas fases son:

▪ ***Primera Fase del distrés: fatiga física y/o mental crónica***

Se experimentan algunas señales de que el distrés está empezando a afectar: picos regulares de fatiga extrema, necesidad de dormir más de lo normal, carencia de entusiasmo, agotamiento que obliga a tomar estimulantes y/o calmantes ⁽⁴¹⁾.

▪ ***Segunda Fase del distrés: problemas interpersonales y desenganche emocional***

En esta fase, hay un cambio en el comportamiento de la persona y como consecuencia se experimentan varios problemas con compañeros de trabajo, familia y amigos ⁽⁴¹⁾.

▪ ***Tercera Fase del distrés: turbulencias emocionales***

En la tercera fase del distrés, los malestares que han venido sucediendo desde la etapa anterior, empiezan a estallar.

▪ **Cuarta Fase del distrés: dolencias físicas crónicas**

Aparecen manifestaciones físicas de que el cuerpo ha estado demasiado tiempo en estado de estrés crónico. El síntoma más obvio es la tensión muscular, en particular en el área del cuello y del hombro, las lumbares, además de dolores de cabeza que se vuelven migrañas cuando se intenta relajarse ⁽⁴¹⁾.

▪ **Quinta Fase del distrés: enfermedades relacionadas con el estrés**

El principal indicio es el agotamiento crónico manifestado en forma de enfermedades específicas desde resfriados, gripe, úlceras, gastritis, colitis, asma, hasta hipertensión y problemas cardiovasculares ⁽⁴¹⁾.

d) Síntomas del distrés psicológico.

Entre estos podemos mencionar ⁽⁴²⁾:

Físicos	Psíquicos
Palpitaciones.	Angustia.
Sensación de ahogo.	Preocupación.
Hiperventilación.	Desesperanza/ Depresión.
Sequedad de la boca.	Introversión.
Apnea.	Impaciencia.
Náuseas.	Irritación/ Hostilidad.
Malestares digestivos.	Agresividad.
Diarrea.	Frustración/Aburrimiento
Estreñimiento.	Inseguridad.
Tensión y/o dolor muscular.	Sentimiento de Culpa.
Calambres.	Desinterés por la apariencia.
Inquietud, hiperactividad.	Desinterés por la salud.
Temblor en las manos.	Desinterés por el sexo.
Fatiga.	Incapacidad de finalizar una tarea antes de comenzar otra.
Mareos.	Dificultad para pensar con claridad, concentrarse y/o tomar decisiones.
Dificultades en el sueño.	Fallas en la memoria, olvidos.
Dolores de cabeza.	Falta de creatividad.
Sudoración.	Disminución de la atención.
Sofocos.	Inflexibilidad.
Manos y pies fríos.	Hipercrítica.
Aumento o disminución del apetito.	Comportamiento irracional.
Mayor ingestión de sustancias (alcohol, tabaco).	Pérdida de eficacia de productividad.
Disminución del deseo sexual.	

*Dueñas.

e) Factores que generan estrés/distrés

Dentro de estos tenemos ⁽³⁷⁾:



*Fonseca.

f) Consecuencias del estrés/distrés

Podemos mencionar efectos en el individuo como los siguientes ⁽³⁷⁾:

A nivel fisiológico:



- ☐ Migraña y los dolores de cabeza
- ☐ Enfermedades gastrointestinales,
- ☐ Enfermedades y trastornos cardiovasculares

A nivel psíquico:



- ☐ Produce pérdida de autoestima,
- ☐ Baja motivación o interés por la actividad laboral o en el hogar

A nivel conductual:



- ☐ Baja concentración,
- ☐ Agresividad

*Fonseca.

Consumo de sustancias psicoactivas.

a) Concepto

El término *consumo* hace referencia a la autoadministración de una sustancia psicoactiva ⁽⁴³⁾.

Y *sustancia o droga psicoactiva* es una sustancia que, cuando se ingiere, afecta los procesos mentales, como la cognición o la afectividad ⁽⁴³⁾.

b) Tipología del consumo

Con el fin de determinar la existencia de ciertas problemáticas relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, es necesario conocer los diversos tipos de consumo existentes y sus consecuencias, haciendo una distinción entre: uso, abuso y dependencia según la clasificación establecida por DSM IV-TR ⁽⁴⁴⁾.

❖ USO

Se trata de un consumo de drogas en el que, tanto por su cantidad, como por su frecuencia (siendo preciso valorarlos adecuadamente) y por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, no se producen consecuencias negativas sobre el consumidor ni sobre su entorno⁽⁴⁵⁾.

❖ ABUSO

Se trata de un consumo de drogas que conlleva consecuencias negativas para el consumidor y/o para su entorno. Para determinar si se trata de uso o abuso se hace preciso analizar las pautas de consumo y el contexto personal y social de cada caso⁽⁴⁵⁾.

Criterios para el abuso de sustancias según DSM-IV (APA)⁽⁴⁴⁾

A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

1. Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa)
 2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia)
 3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia)
-

4. Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física)

B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.

❖ DEPENDENCIA

Se prioriza el uso de una sustancia psicoactiva por sobre otras conductas consideradas antes como más importantes (trabajo, familia, estudios).

El consumo de drogas, que quizás empezó como una experiencia esporádica, pasa a ser un eje de la vida del sujeto. Este dedicará la mayor parte de su tiempo a pensar en el consumo de drogas, a buscarlas, a obtener dinero para comprarlas, a consumirlas, a recuperarse de sus efectos, etc⁽⁴⁵⁾.

Criterios para la dependencia de sustancias⁽⁴⁴⁾

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

1. tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

(a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado

(b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado

2. abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

(a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas)

(b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

3. la sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.

-
4. existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia
 5. se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia
 6. reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia
 7. se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera)
-

Se distinguen dos tipos de dependencia:

♦ *Dependencia psíquica*

Aparece cuando la necesidad de la droga produce una sensación de satisfacción y un impulso psíquico que exigen la administración de la droga de forma periódica o continua, con la finalidad de obtener un estado afectivo agradable (placer, euforia, sociabilidad, etc.) o de evitar un malestar o una situación desagradable (aburrimiento, timidez, estrés, etc.) ⁽⁴⁶⁾.

♦ *Dependencia física*

Hace referencia a un estado de adaptación que se manifiesta en trastornos físicos cuando se suspende el consumo de una droga. Dicha dependencia está asociada a la “tolerancia”, que se caracteriza por una disminución de las respuestas con la misma cantidad de droga o por la necesidad de aumentar la cantidad de sustancia administrada para conseguir los efectos esperados; indicio de una alteración metabólica como consecuencia de un consumo crónico ⁽⁴⁶⁾. Existen otros términos como:

Consumo de riesgo: Patrón de consumo de sustancias que eleva el riesgo de sufrir consecuencias nocivas para el consumidor. Estas consecuencias pueden ser de tipo físico y mental, así como sociales y económicas ⁽⁴³⁾.

Esta forma se refiere a modelos de consumo que tienen importancia para la salud pública, pese a que el consumidor individual no presenta ningún trastorno actual ⁽⁴³⁾.

Policonsumo de sustancias: Dentro del consumo de sustancias, es relevante considerar como conducta de riesgo para la salud, la combinación de diversas sustancias adictivas, siendo la pauta más habitual la combinación de varias sustancias a lo largo de un mismo período de tiempo; o pueden haber personas que consuman varias sustancias, aunque no realicen muchas mezclas, en un período corto de tiempo ⁽⁴⁶⁾.

c) Niveles de consumo

Existe una serie de etapas, sin tener que ser consecutivas, por las cuales pasa el consumo de sustancias adictivas.



*Publispain

El *nivel 1* se caracteriza por ser el contacto inicial con una o varias sustancias, motivado por curiosidad, búsqueda del placer y de lo desconocido, etc ⁽⁴⁷⁾.

El *nivel 2* se determina por el uso intermitente de la/s sustancia/s, sin ninguna periodicidad fija y con largos intervalos de abstinencia.

El *nivel 3* está caracterizado por una utilización frecuente de la droga, motivado por intensificar las sensaciones de placer; mitigar la soledad, el aburrimiento, la ansiedad, etc ⁽⁴⁷⁾.

Y en el *nivel 4*, considerado como adictivo, el consumo de la o las sustancias ha generado modificaciones biológicas en el metabolismo del organismo, que conducen a los denominados síndromes de abstinencia y tolerancia ⁽⁴⁷⁾.

El individuo necesita la sustancia y toda su vida gira en torno a ésta a pesar de las complicaciones que le pueda ocasionar ⁽⁴⁷⁾.

d) Teorías explicativas del consumo de sustancias psicoactivas.

- *Modelo de Desarrollo Social: Hawkins, Catalano y Miller (1992)*

Los autores del modelo, intentaron proponer elementos en torno a los factores de riesgo y a los factores de protección de la conducta desviada ⁽⁴⁸⁾.

Hawkins, Catalano y Miller plantean que la conducta prosocial y la conducta problema se originan a través de los mismos procesos, ambos tipos de conducta dependerán de los vínculos que se establezcan con los entornos de socialización ⁽⁴⁸⁾.

Cuando el individuo se desarrolla en ambientes prosociales, el resultado será un comportamiento prosocial. Cuando se genera una fuerte vinculación con entornos antisociales, aparecerá un comportamiento antisocial ⁽⁴⁸⁾.

Ellos plantean: un alto lazo con la familia puede llegar a ser facilitadora del consumo de drogas, si los miembros del grupo familiar son consumidores o muestran otras conductas desviada ⁽⁴⁸⁾.

- *Teoría integradora de Elliott, Huizinga y Ageton (1985).*

Estos autores desarrollaron un modelo que integra diversas prácticas teóricas en el estudio de la desviación social. Por una parte, Elliott, asume planteamientos de la teoría de la “tensión” estructural. Éste es uno de los marcos explicativos más difundidos en el ámbito de la conducta desviada; su eje central es la disparidad entre las metas y los medios de que dispone para conseguirlas ⁽⁴⁸⁾.

En segundo lugar, el modelo de Elliott incorpora planteamientos de las teorías del control social de Hirschi en 1969, de acuerdo con estas teorías, la conducta problema aparece cuando no existe

una vinculación estrecha con la sociedad convencional; si el sujeto no se “apega” a instituciones convencionales y no asimila sus valores, tenderá a desobedecer las normas ⁽⁴⁸⁾.

- ***Teoría del Clúster de Iguales: Oetting y Beauvais (1987).***

Estos autores plantean que la única variable con una influencia directa sobre la conducta desviada es la implicación con amigos consumidores ⁽⁴⁸⁾.

También, mencionan como características psicológicas facilitadoras del consumo, una baja autoconfianza, una alta ansiedad, o actitudes de tolerancia hacia la conducta desviada en general y hacia el consumo en particular ⁽⁴⁸⁾.

Además mencionan que son elementos predisponentes una inadecuada relación del individuo con la familia, el trabajo, la comunidad o la religión. Todos estos factores sólo actuarán de un modo indirecto, a través de la implicación con amigos consumidores. Este será el factor que, en último término, dará lugar al consumo ⁽⁴⁸⁾.

Estos formaran subgrupos llamados “clúster” de amigos. Los “clúster” suelen estar formados por muy pocos individuos, comparten actitudes, valores, creencias y visiones del mundo.

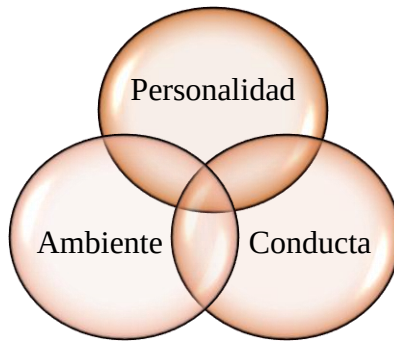
Los miembros de un “clúster” probablemente utilizarán las mismas drogas, las utilizarán por las mismas razones y las consumirán juntos.

- ***Teoría de la Conducta Problema: Jessor y Jessor (1977).***

La teoría de la conducta problema fue formulada desde el área de la psicología social por Jessor y Jessor entre 1977 y 1980, para explicar el consumo de alcohol pero también ha tenido apoyo para el consumo abusivo de drogas, especialmente de la marihuana⁽⁴⁹⁾.

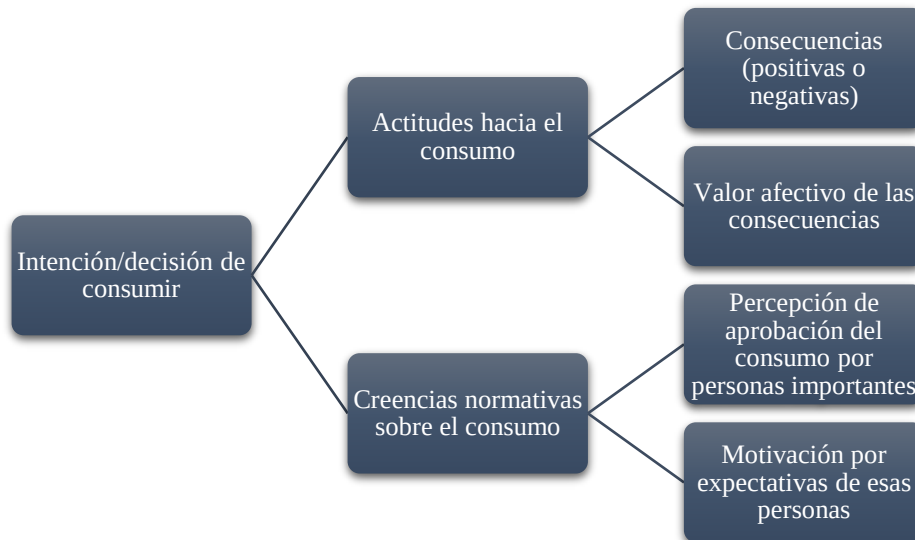
Los autores sugieren que la probabilidad del uso de drogas puede predecirse por cuan propenso es el individuo hacia la conducta problema, entendiéndose esta como la conducta que es socialmente definida bien como un problema, bien como una fuente de preocupación o inquietud, o simplemente como algo indeseable según las normas o instituciones de la sociedad convencional ⁽⁴⁹⁾.

La teoría de la conducta problema se basa en tres sistemas explicativos interrelacionados y organizados entre sí:



- ***Teoría de la Acción Razonada Fishbein y Azjen (1975).***

La teoría se centra en las influencias que, ya sea de manera directa y próxima, actúan sobre el consumo. De acuerdo con la teoría, dichas influencias provienen de expectativas, creencias, actitudes y, en general, variables relacionadas con la cognición social. Los otros factores identificados por la investigación sobre el consumo de drogas (por ejemplo, la influencia del grupo de amigos, los factores personales) tendrán siempre un efecto indirecto, mediado por estas variables más próximas ⁽⁴⁸⁾.



*Villareal.

- ***Teoría del Aprendizaje Social: Bandura (1977)***

Actualmente denominada como teoría cognitiva social. Esta teoría, desarrollada por Bandura en 1977, integra los principios del condicionamiento clásico y condicionamiento operante para explicar el comportamiento humano (aprendizaje, mantenimiento y abandono de la conducta) y

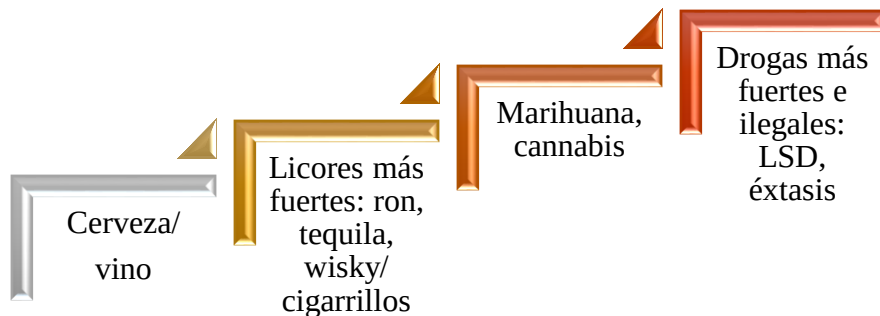
las corrientes psicológicas actuales donde prevalece el papel de la cognición (creencias, actitudes, pensamientos, etc.) ⁽⁴⁹⁾.

Desde esta teoría, el consumo de sustancias se conceptualiza como una conducta intencional, funcional y socialmente aprendida a través de un proceso de modelado y reforzamiento, además de la interacción de otros factores personales y socio ambientales⁽⁴⁹⁾.

A través de estas influencias, el sujeto aprende que el fumar, el beber o el consumir drogas es una práctica común entre los que le rodean y, por lo tanto, es algo socialmente aceptable y necesario si se pretende conseguir cierto reconocimiento entre sus iguales, incrementando, así, de forma paralela, su susceptibilidad ante las influencias sociales ⁽⁴⁹⁾.

- **Teoría de las etapas**

Basada en la hipótesis de la escalada y planteada por primera vez en los años 50, fue desarrollada por Kandel entre 1980-1982. Desde una aproximación psicosocial, este autor considera que la implicación en el uso de sustancias pasa necesariamente por diferentes etapas o fases ⁽⁴⁹⁾.

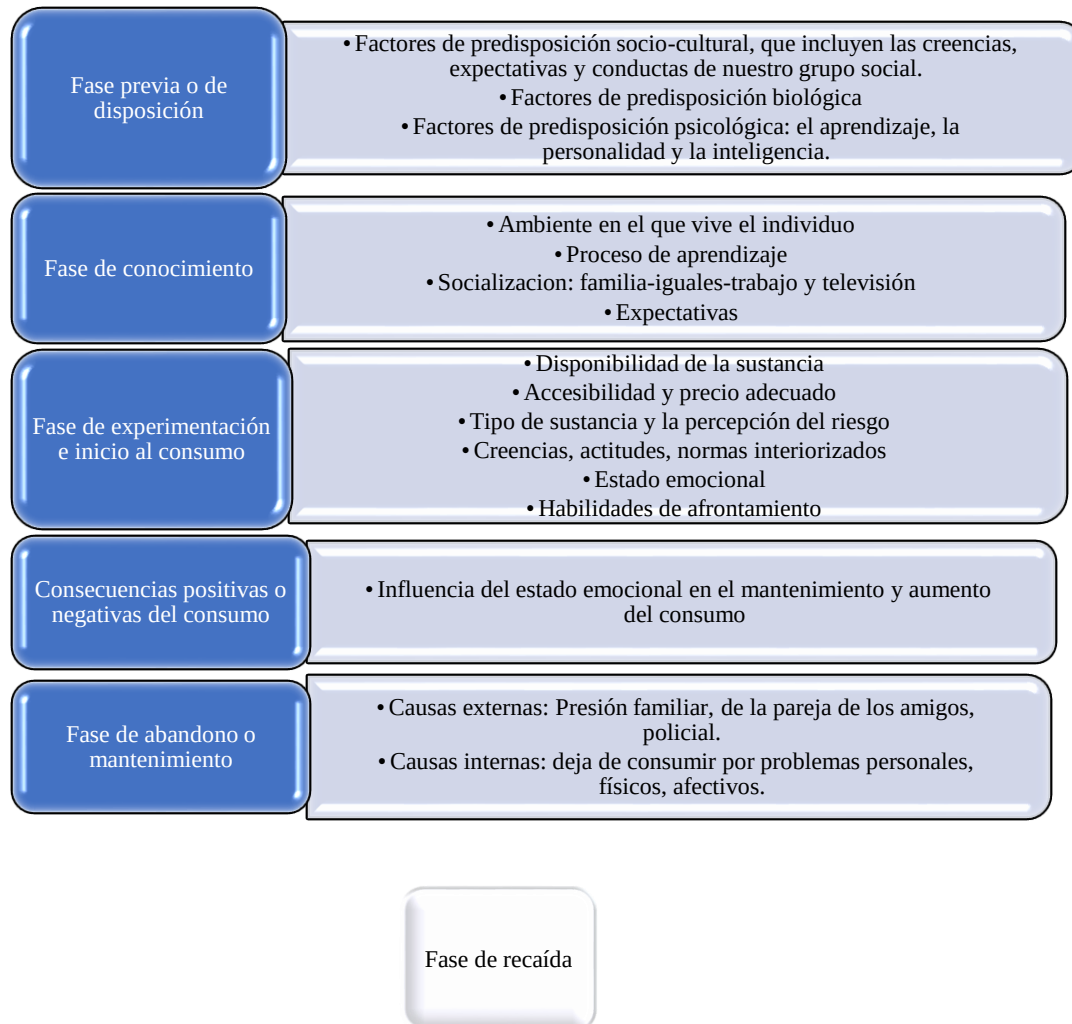


*García.

Cabe mencionar, que un consumo temprano no conduce necesariamente al consumo en etapas posteriores, aunque sí parece que el uso de sustancias en una etapa es muy improbable sin el consumo en una etapa anterior ⁽⁴⁹⁾.

- **Modelo comprensivo y secuencial**

Este modelo ha sido desarrollado por Becoña en 1999 y plantea que el consumo de drogas se desarrolla a través de una serie de fases ⁽⁵⁰⁾:



*Becoña.

- Modelo de afrontamiento de estrés

Este modelo procede del campo de la medicina conductual y se centra básicamente en temas como la competencia y el afrontamiento⁽⁴⁹⁾.

Se basa en dos premisas centrales: la primera, sostiene que el abuso de sustancias es una consecuencia del déficit en las habilidades de afrontamiento que son relevantes para una gran variedad de estresores⁽⁴⁹⁾.

De esta manera, el uso de drogas es un mecanismo de afrontamiento ya que: (a) disminuye la presencia de estados afectivos negativos cuando los usuarios están ansiosos o sobre activados y/o, (b) incrementa el humor positivo cuando están cansados o deprimidos⁽⁴⁹⁾.

Así, cuando los sujetos se enfrentan a situaciones de estrés social y responden con mecanismos desadaptativos, se verán inmersos con mayor probabilidad en conductas no deseables como el consumo de drogas ⁽⁴⁹⁾.

e) Clasificación

Las drogas se pueden clasificar según múltiples sistemas de categorización, pero en la actualidad, predominan las clasificaciones en función de sus efectos farmacológicos, es decir, en función de los efectos que producen en el Sistema Nervioso Central y el cerebro ⁽⁵¹⁾.

Una de las clasificaciones más representativas es la que plantea Shuckit en 2000; quien realiza una clasificación de las drogas en las siguientes categorías: las agrupa en depresoras del SNC (por ejemplo, alcohol), estimulantes o simpatomiméticos del SNC (por ejemplo, cocaína), opiáceos, cannabinoides, alucinógenos, disolventes y drogas para contrarrestar otros efectos y otras ⁽⁵²⁾.

Clasificación de las drogas según Shuckit ⁽⁵²⁾ :

Tipos	Ejemplos
Depresores del SNC	Alcohol, hipnóticos, muchas drogas ansiolíticas(benzodiacepinas)
Estimulantes o simpatomiméticos del SNC	Anfetaminas, metilfenidato, todos los tipos de cocaína, productos para perder peso
Opiáceos	Heroína, morfina, metadona y casi todas las prescripciones analgésicas
Cannabinoides	Marihuana, hachís
Alucinógenos	Dietilamina de ácido lisérgico (LSD), mescalina, psilocibina, éxtasis (MDMA)
Inhalantes	Aerosoles, sprays, colas, tolueno, gasolina, disolventes
Drogas para contrarrestar otros efectos	Contienen: atropina, escopolamina, Estimulantes menores, antihistamínicos, analgésicos menores
Otros	Fenciclidina (PCP), cafeína

* Schuckit.

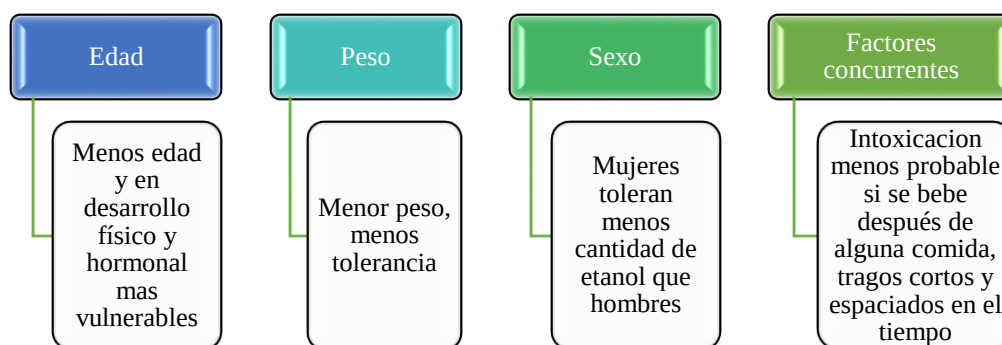
f) Efectos de las sustancias psicoactivas y riesgos para la Salud.

× ALCOHOL:

Químicamente, los alcoholes constituyen un amplio grupo de compuestos orgánicos derivados de los hidrocarburos que contienen uno o varios grupos hidroxilo (-OH) ⁽⁴³⁾.

El etanol (C₂H₅OH, alcohol etílico) es uno de los compuestos de este grupo y es el principal componente psicoactivo de las bebidas alcohólicas. Comúnmente, el término “alcohol” se utiliza también para referirse a las bebidas alcohólicas⁽⁵³⁾.

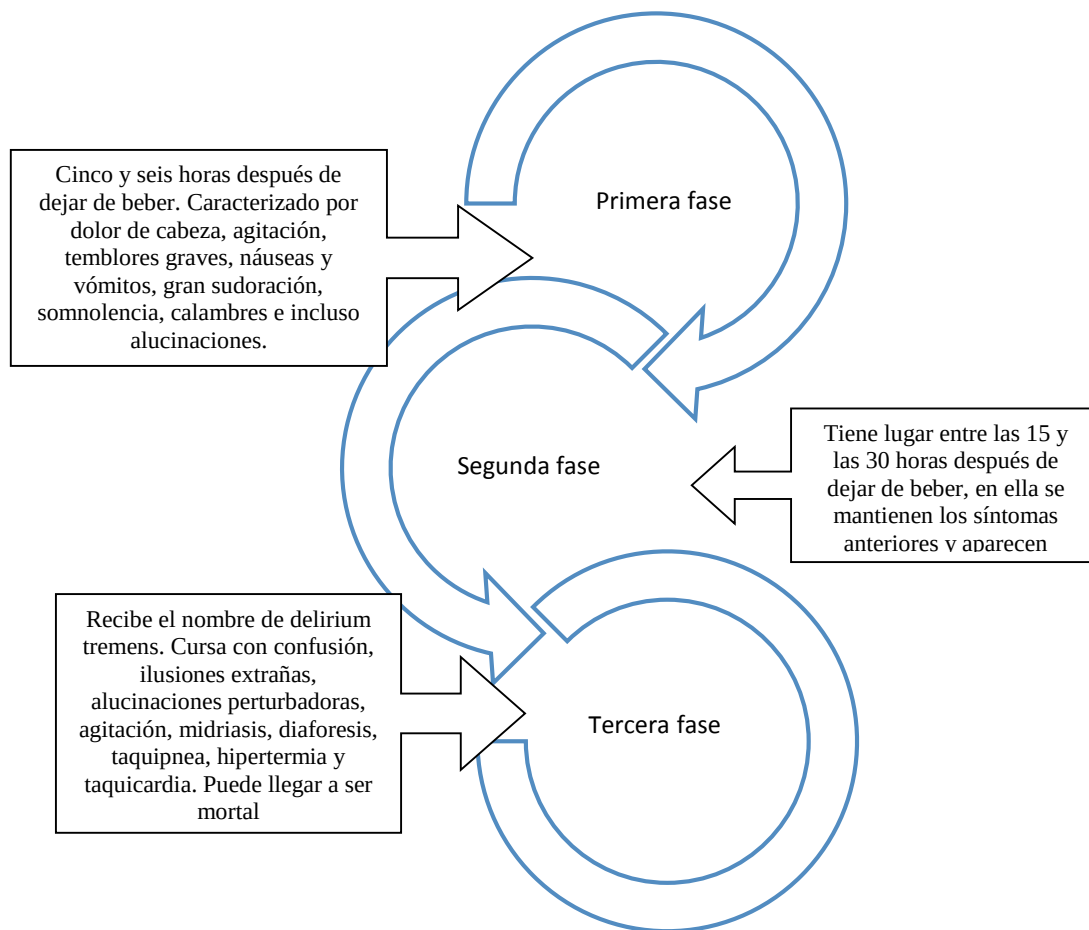
Los efectos del consumo de alcohol varían según las personas y las cantidades ingeridas, los principales factores son⁽⁵³⁾:



* Llivina, Del Pozo.

Efectos psicoactivos. El alcohol es un sedativo/hipnótico con efectos similares a los barbitúricos. Produce dependencia tanto física como psicológica; al ser una sustancia depresora del sistema nervioso central, el tiempo necesario para desarrollar dependencia física es muy breve⁽⁵³⁾.

Un consumo continuado y abundante produce tolerancia y dependencia, así como síndrome de abstinencia, que se caracteriza por su gravedad, cursando en tres fases⁽⁵³⁾:



* Llivina, Del Pozo.

× NICOTINA:

Alcaloide que constituye la principal sustancia psicoactiva presente en el tabaco. Tiene efectos estimulantes y relajantes. En algunas personas, eleva la capacidad de concentración. En otras, reduce la ansiedad y la irritabilidad. La nicotina se consume en forma de humo de tabaco inhalado, “tabaco sin humo” (como el de mascar), rapé o chicles de nicotina. Cada calada de humo de tabaco contiene nicotina que se absorbe rápidamente a través de los pulmones y llega al cerebro en cuestión de segundos. La nicotina desarrolla tolerancia y dependencia considerables (43).

Debido a su rápido metabolismo, la concentración cerebral de nicotina disminuye con rapidez y el fumador siente ganas de encender otro cigarrillo de 30 a 40 minutos después de apagar el anterior. Los consumidores de nicotina que han desarrollado dependencia física presentan un

síndrome de abstinencia unas horas después de la última dosis que consiste en: ansia de fumar, irritabilidad, ansiedad, enfado, alteración de la concentración, aumento del apetito, reducción de la frecuencia cardíaca y, en ocasiones, cefaleas y trastornos del sueño.

El consumo prolongado de tabaco puede causar cáncer de pulmón, de cabeza o de cuello, enfermedades cardíacas, bronquitis crónica, enfisema y otros trastornos físicos ⁽⁴³⁾.

× **BENZODIAZEPINAS:**

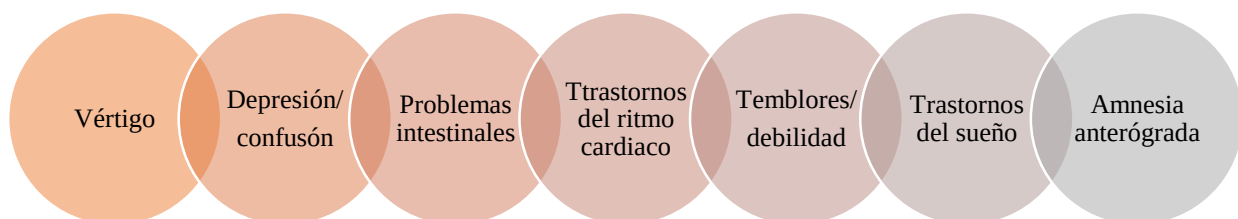
Son medicamentos perteneciente a un grupo de fármacos relacionados estructuralmente que se emplean sobre todo como sedantes/hipnóticos, relajantes musculares y antiepilépticos; antiguamente se designaban con el término “tranquilizantes menores”.

Se considera que estos fármacos producen sus efectos terapéuticos al potenciar la acción del ácido gamma-aminobutírico (GABA), un importante inhibidor de la neurotransmisión ⁽⁴³⁾.

Las benzodiazepinas se introdujeron como alternativa más segura a los barbitúricos. No suprimen el sueño REM en la misma medida que los barbitúricos, pero tienen un potencial importante de mal uso y de dependencia física y psicológica ⁽⁴³⁾.

Las benzodiazepinas de acción corta como son halazepam y triazolam, tienen un efecto rápido; alprazolam, flunitrazepam, nitrazepam, lorazepam y temazepam, son de efecto intermedio; y el oxazepam, su comienzo de acción es lento. Se han notificado amnesia anterógrada profunda (“laguna mental” o “blackout”) y paranoia con el triazolam, así como insomnio y ansiedad de rebote ⁽⁴³⁾.

Dentro de los efectos por abuso de benzodiazepinas tenemos ⁽⁵³⁾:



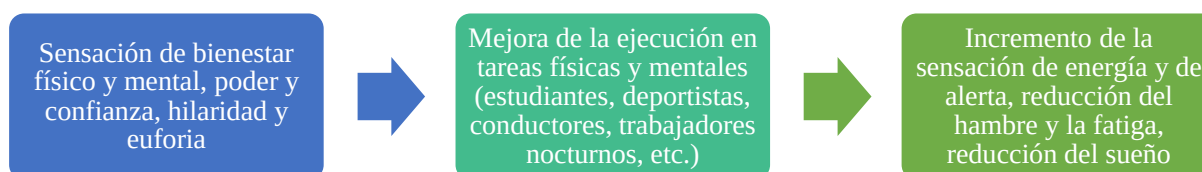
* Llivina, Del Pozo.

× ANFETAMINAS:

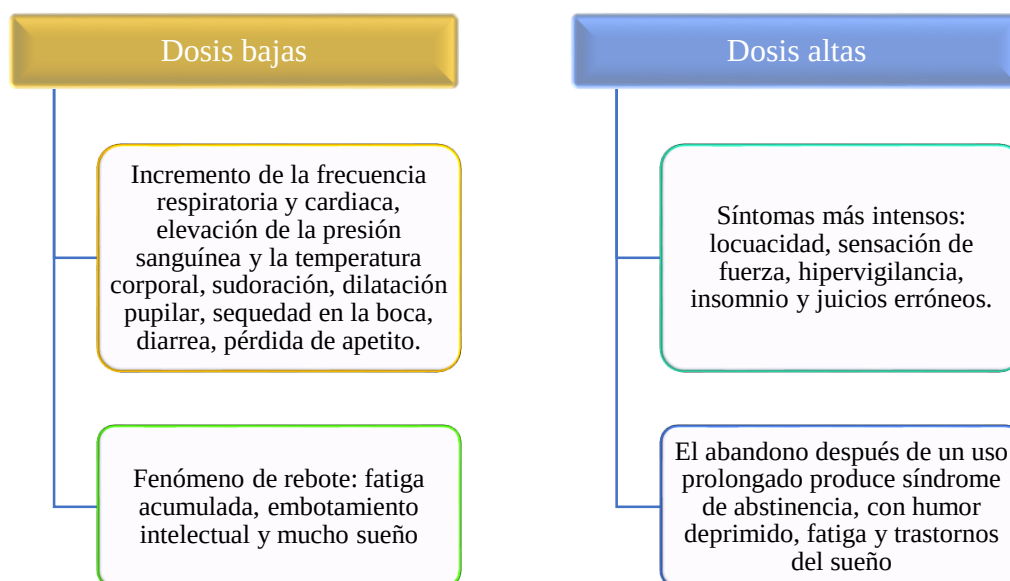
Son un tipo de sustancias con una potente actividad estimulante sobre el sistema nervioso central. En este grupo se encuentran la anfetamina, la dexanfetamina y la metanfetamina⁽⁴³⁾.

Entre las sustancias relacionadas desde el punto de vista farmacológico están el metilfenidato, la fenmetrazina y la anfepranoma (dietilpropión). En el lenguaje de la calle, las anfetaminas se llaman a menudo “anfetas” o “speed”⁽⁴³⁾.

Efectos psicoactivos:



* Gobierno de España.



*Gobierno de España

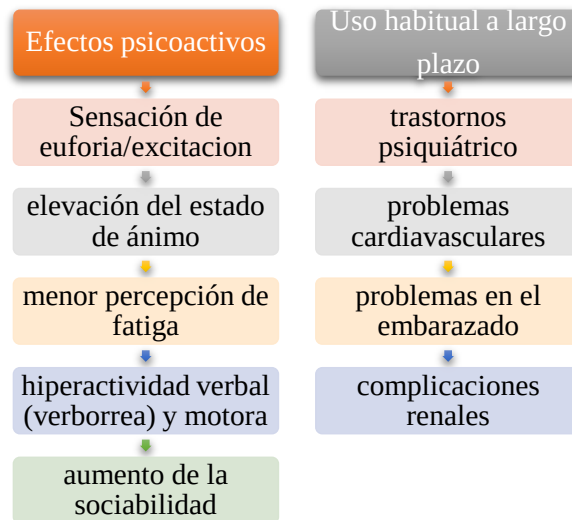
× COCAÍNA:

Alcaloide que se obtiene de las hojas de la coca o que se sintetiza a partir de la ecgonina o sus derivados⁽⁴³⁾.

Es un potente estimulante del sistema nervioso central que se emplea con fines no médicos para producir euforia o insomnio; el consumo repetido provoca dependencia. La cocaína, o “coca”,

suele venderse en copos blancos, translúcidos, cristalinos o en polvo (“polvo blanco”, en inglés: “snuff” o “nieve”), a menudo adulterada con distintos azúcares o anestésicos locales⁽⁴³⁾.

El polvo se aspira (“se esnifa”) y produce efectos en 1-3 minutos, que duran aproximadamente media hora ⁽⁴³⁾.



* Llivina, Del Pozo.

× **CRACK:**

El “crack” o “rock” es el alcaloide de la cocaína (base libre), un compuesto amorfo que puede contener cristales de cloruro sódico. Es de color beige. El nombre de “crack” deriva del sonido que hace el compuesto al quemarse ⁽⁴³⁾.

Cuatro o seis segundos después de inhalar el crack, se produce un “subidón” intenso; se experimenta una sensación inmediata de euforia o la desaparición de la ansiedad, junto con sentimientos exagerados de confianza y autoestima ⁽⁴³⁾.

También, se produce una alteración del juicio, por lo cual el consumidor tiende a practicar actividades irresponsables, ilegales o peligrosas sin pensar en las consecuencias ⁽⁴³⁾.

El habla se acelera y a veces es incoherente y sin consistencia. Los efectos placenteros duran sólo de 5-7 minutos, tras los cuales el estado de ánimo desciende con rapidez hasta un estado de disforia, y el consumidor se siente obligado a repetir el proceso para recuperar la excitación y la

euforia del “subidón”. Se ha encontrado que la sobredosis es más frecuentes con el crack que con las demás formas de cocaína ⁽⁴³⁾.

× **HEROÍNA:**

Derivado opiáceo sintético que tiene el nombre químico de diacetilmorfina o diamorfina. Es el analgésico de origen natural más poderoso que se conoce y es más adictiva que la morfina ⁽⁵³⁾.

Efectos psicoactivos. Produce una sensación de euforia placentera con un alivio total de todas las tensiones y ansiedades⁽⁵³⁾.

El uso regular, produce tolerancia que lleva a incrementar el consumo para mantener el funcionamiento habitual y evitar las molestias asociadas al síndrome de abstinencia, el cual se caracteriza por inquietud, irritabilidad, bostezos, temblores, secreción de moquillo y lágrimas, sudoración y estornudos incontrolados, dolores en las extremidades y dilatación pupilar, escalofríos y "piel de gallina", fiebre, calambres, espasmos musculares, diarrea, vómitos, etc. Su duración varía con el individuo y el grado de dependencia, aunque puede superarse sin demasiadas dificultades ⁽⁵³⁾.

× **CANNABIS-MARIHUANA:**

Término genérico empleado para designar los diversos preparados psicoactivos de la planta de la marihuana (cáñamo), Cannabis sativa. Estos preparados son: hojas de marihuana (en la jerga de la calle: hierba, maría, porro, canuto...), bhang, ganja o hachís (derivado de la resina de los ápices florales de la planta) y aceite de hachís⁽⁴³⁾.

La marihuana es la preparación seca y triturada de las flores, hojas y pequeños tallos de la planta cannabis sativa, que se fuma directamente en forma de cigarrillos⁽⁵³⁾.

Efectos psicoactivos. Sus efectos pueden variar, no sólo en función de la dosis, calidad, tipo de preparación y vía de administración, sino también de las expectativas y experiencia de quien lo consume ⁽⁵³⁾.

Aparecen cambios en la percepción subjetiva del tiempo, en la esfera de lo visual y, en general, una sobreestimación sensorial. Se pierde la capacidad para realizar pequeñas tareas que requieran un cierto número de procesos y aparecen trastornos en la capacidad de concentración y de la

memoria inmediata. También destacan las alteraciones en la coordinación motora y los efectos cardiovasculares ⁽⁵³⁾.

El consumo regular genera una gran tolerancia y dependencia. Las manifestaciones del síndrome de abstinencia al cannabis incluyen síntomas leves como irritabilidad y trastornos del sueño ⁽⁵³⁾.



* Llivina, Del Pozo.

× CANNABIS-HACHIS:

El hachís, costo o chocolate, es una picadura o polvo untuoso de color verde oscuro o pardo, obtenido tras pulverizar hojas y flores femeninas de cannabis, aglutinadas mediante resinas y prensadas para obtener una masa de consistencia dura. Se presenta en forma de tabletas.

Sus efectos se asemejan a los mencionados en la marihuana ⁽⁵³⁾.

× ALUCINÓGENOS:

Aquí se encuentran⁽⁴³⁾:



*Gobierno de España.

Dentro de los efectos están: alteraciones el pensamiento y las emociones. Incluyen cambios en la percepción, sobre todo en la esfera de lo visual y en la sensación subjetiva del tiempo, cambios en el umbral emocional frente a los estímulos externos (por ejemplo, puede aumentar enormemente la capacidad de sugestión) y cambios en la organización del pensamiento⁽⁵³⁾.

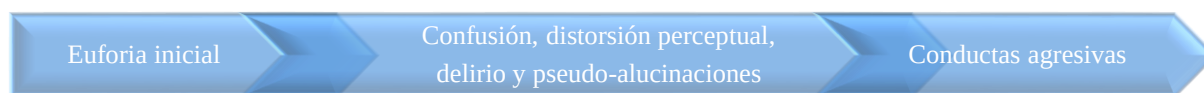
El consumo de la LSD puede producir la aparición de problemas psiquiátricos latentes y trastornos de la percepción post-ingesta o *flashbacks*.

Un consumo prolongado y abusivo puede desencadenar psicosis esquizofrénica; así como alteraciones de la memoria y del pensamiento, que requieren tratamiento psiquiátrico ⁽⁵³⁾.

× INHALANTES:

Son disolventes orgánicos volátiles, generalmente procedentes de colas y adhesivos industriales (tolueno, xilenos), de pinturas, barnices, lacas, etc. Son consumidos por aspiración, generalmente por medio de bolsas de plástico, con fines embriagantes, siendo común entre la población infantil marginada de algunas grandes ciudades. Es la droga paradigmática del mundo de la pobreza por su bajo precio y facilidad de obtención y su gravedad reside sobre todo en su toxicidad ⁽⁴³⁾.

Efectos psicoactivos⁽⁵³⁾:



* Llivina, Del Pozo.

La intoxicación aguda por inhalables puede producir: mareos y alucinaciones, náuseas, somnolencia, desorientación, visión borrosa, pérdida de control, pérdida del conocimiento, delirio y convulsiones, accidentes y lesiones, así como la muerte por insuficiencia cardíaca ⁽⁵³⁾.

× CAFEÍNA:

Contiene xantina que tiene propiedades estimulantes del sistema nervioso central leves, vasodilatadoras y diuréticas. La cafeína se encuentra en el café, el chocolate, la cola (gaseosa) y otros refrescos y en el té, en algunos casos junto con otras xantinas, como la teofilina o la teobromina. El uso excesivo (un consumo diario de 500 mg o más), ya sea crónico o agudo y la toxicidad resultante recibe el nombre de cafeinismo. Dentro de los síntomas se mencionan inquietud, insomnio, rubor facial, contracciones musculares, taquicardia, trastornos digestivos como el dolor abdominal, pensamiento y habla acelerados o inconexos, y a veces exacerbación de estados de ansiedad o angustia preexistentes, depresión o esquizofrenia⁽⁴³⁾.

También disminuyen la sensación de fatiga y pueden mejorar la realización de determinadas tareas.

En consumidores excesivos de café, se ha descrito la aparición de un síndrome de abstinencia caracterizado por cefaleas, irritabilidad y letargia⁽⁵³⁾.

El consumo de sustancias psicoactivas, no es un problema únicamente del consumidor, sino que casi siempre la dinámica familiar intervienen en su comienzo, mantenimiento y tratamiento y a la vez, dicha dinámica se ve afectada cuando hay un miembro en la familia que consume. De ahí que la familia es la principal involucrada a la hora de intentar comprender este fenómeno.

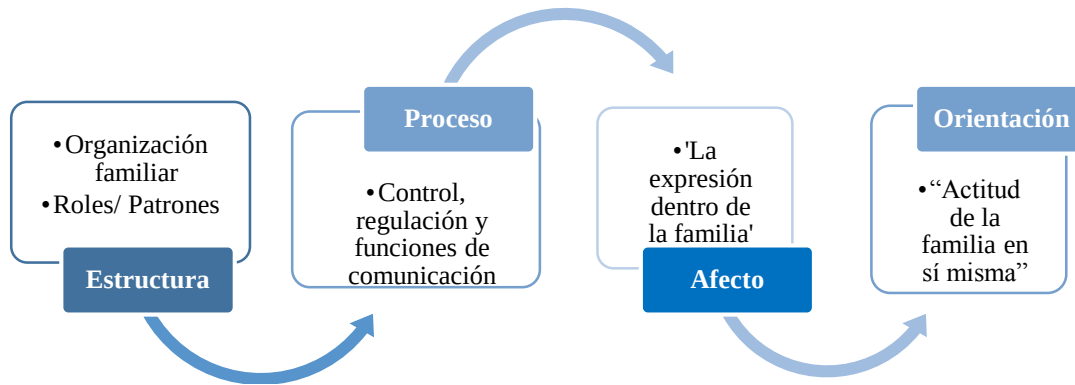
Consumo de sustancias psicoactivas y familia.

Familia, es una organización social tan antigua como la propia humanidad y junto con la evolución histórica, ha experimentado transformaciones que le han permitido adaptarse a las exigencias de cada sociedad y cada época⁽⁵⁴⁾.

Para la Organización Panamericana de la Salud: "La familia es el entorno donde se establecen por primera vez el comportamiento y las decisiones pertinentes a la salud, y donde se originan la cultura, los valores y las normas de la sociedad"⁽⁵⁵⁾.

a) Funcionalidad y disfuncionalidad familiar.

Harold Grotevat y Cindy Carlson conceptualizan las dimensiones esenciales en el funcionamiento familiar, donde definen cuatro ámbitos de funcionamiento familiar: estructura, procesos, el afecto y la orientación. Se explican de la siguiente manera ⁽⁵⁶⁾.



*Grotevant, Carlson.

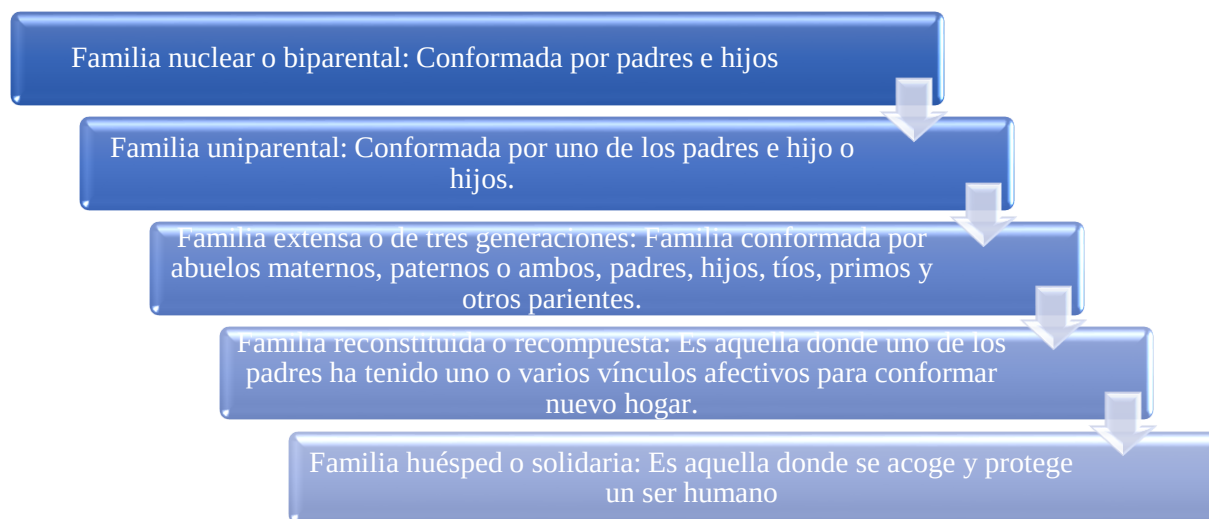
En una familia funcional los sentimientos de amor, ternura, rabia y odio son expresados en forma libre ⁽⁵⁴⁾.

Una familia funcional reconoce que cada miembro es diferente y tiene su propia individualidad, que tiene actividades en los cuales los otros no participan y la familia respeta esas áreas de autonomía. La familia funcional tiene una comunicación clara y directa y tiene un comportamiento adecuado a las funciones tradicionales (el padre y la madre conocen bien las responsabilidades y las ejecutan) ⁽⁵⁴⁾.

La disfuncionalidad, como su nombre lo indica, hace alusión a las dificultades que producen disminución en el funcionamiento familiar. Puede significar dolor y agresión, ausencia de bienestar, deterioro y desintegración o falta de una adecuada cohesión. En una familia disfuncional se oculta la frustración, el enojo, la tristeza o bien se expresan indirectamente, lo que produce tensión que puede llegar a la explosión o al temor de destrucción de la familia ⁽⁵⁷⁾.

En las familias disfuncionales la comunicación no es clara, encontramos hijos con funciones parentales o miembros que se identifican como pacientes que expresan la tensión intrafamiliar, son los que absorben la patología del sistema e inconscientemente tienen la tarea de mantener el equilibrio a través de sus síntomas ⁽⁵⁷⁾.

La funcionabilidad o disfuncionalidad de una familia no se define porque una familia este compuesta por ambos padres, sino que se centra en las relaciones, la cohesión, el clima emocional y la comunicación entre sus miembros. Arias y Montero presentan la siguiente tipología de familias ⁽⁵⁷⁾.



* Arias y Montero.

b) Consumo de sustancias y función familiar.

El consumo de sustancias psicoactivas afecta profundamente la dinámica familiar. Esta disfunción afecta de diferente forma 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⁽⁵⁸⁾.

Según el Centro Nacional de Adicción y Abuso de Sustancias de la Universidad de Columbia, los padres que abusan de sustancias psicoactivas, debido a su comportamiento inestable e imprevisible, frecuentemente son incapaces de cumplir con sus roles tradicionales dentro de la familia. Como consecuencia, los hijos asumen más responsabilidades de adultos⁽⁵⁹⁾.

La droga puede afectar la forma en la que los miembros de la familia hablan, actúan y cuidan a sus familias. Por ejemplo, las sustancias (alcohol, tabaco) pueden ser priorizadas antes que las

necesidades básicas como comida, ropa o incluso el amor y la atención que un niño necesita para tener un ambiente estable ⁽⁶⁰⁾.

Así mismo, afecta a la familia a nivel financiero, debido que el consumidor demanda dinero para mantener su droga y esto puede suceder tanto como un pedido como también robo ⁽⁶⁰⁾.

También el consumo de sustancias psicoactivas genera violencia en las relaciones familiares. La violencia también puede afectar a los familiares de una persona que abusa de drogas durante la abstinencia. Uno de los síntomas más comunes de la abstinencia de alcohol es la irritabilidad y la ansiedad⁽⁶⁰⁾.

El deseo de utilizar la droga rápidamente puede hacer que los usuarios se vuelvan violentos con miembros de la familia con el fin de obtener ayuda o dinero para drogarse nuevamente⁽⁶⁰⁾.

Por último, uno de los efectos más desgarradores del consumo de sustancias psicoactivas en las familias es el abandono. Una vez que las drogas han alterado las vías nerviosas en el cerebro, el deseo de consumirlas rápidamente se vuelve más importante que cualquier otra cosa en la vida del consumidor ⁽⁶⁰⁾.

Los familiares son reemplazados rápidamente por la droga de elección. Esto a menudo puede conducir a un divorcio o la pérdida de la custodia de los hijos, debido a la falta de capacidad para ser un padre/madre cariñoso/a y proveedor/a ⁽⁶⁰⁾.

También existe un aumento del riesgo de que los padres o cónyuges estén encerrados en prisión durante largos períodos de tiempo, dejando a sus hijos crecer sin una madre o un padre. Los efectos de este abandono pueden quedarse con los niños todo el camino hasta la edad adulta⁽⁶⁰⁾.

Materiales y Métodos

Tipo de estudio: Corte transversal analítico.

Área de estudio: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-León.

Es la universidad más antigua de Nicaragua, fundada en 1812 en la ciudad de León. Sus instalaciones se encuentran distribuidas a lo largo de la ciudad de León. Existen 7 Facultades y 1 programa (Medicina Veterinaria) ⁽⁶¹⁾.

Población en estudio:

La población fueron 635 trabajadores con cargo administrativo distribuidos en cada facultad de UNAN-León.

Muestra: La muestra fue de 240 trabajadores administrativos, obtenida mediante la siguiente fórmula estadística para población conocida:

$$n = \frac{N z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}{(N-1)e^2 + z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}$$

Donde:

N= Población

Z= Estadístico al 95%

P= Proporción de individuos con la característica

e= error muestral

Entonces:

N=	635
Z=	1.96
P=	0.5
e=	0.05

n=	635	3.8416	0.25	609.854	numerador
	634	0.0025	3.8416	0.25	2.5454
n=240					denominador

Muestreo: El muestreo fue probabilístico (aleatorio estratificado), todos los individuos tuvieron la misma probabilidad de ser elegidos y se consideró la facultad o entidad con el fin de asegurar que todos los estratos de interés fuesen representados adecuadamente en la muestra.

Fuente de información

Fuentes de información primaria:

Cuestionarios, escalas aplicadas. Tesis publicadas, artículos originales de revistas científicas.

Fuentes de información secundaria:

Resúmenes de trabajos, información de artículos publicados en revistas no científicas.

Criterios de inclusión

- Que fueran trabajadores con cargos administrativos.
- Que aceptaron participar en el estudio.

Posibles sesgos y su control

Sesgos de selección: error en la elección de los individuos.

- Los participantes del estudio fueron elegidos aleatoriamente.

Sesgos de medición: error en la recolección de datos y en el proceso de medición.

- Registro y análisis de los datos correctamente.
- Utilización de pruebas válidas y fiables.

Sesgos del entrevistador : El entrevistador inconscientemente puede dar pistas que influyan en las respuestas.

- Práctica de cómo aplicar las pruebas, para evitar reacciones que afecten el curso de las respuestas.
- En caso de un trabajador conocido, aplicaba el colaborador entrenado.

Sesgo debido al encuestado: que brinde información errónea porque no comprendió la prueba o que se confundan entre preguntas, que olviden contestar algún inciso, etc.

- Antes de la aplicación, se explicó al trabajador como se debe llenar el instrumento y se le solicitó que lo leyera el mismo y en caso de duda que hiciera las preguntas correspondientes.
- Una vez entregado el cuestionario por el trabajador se revisó para comprobar el llenado completo del mismo.
- Se aplicó en la primera hora de inicio de la jornada laboral.
- Las preguntas del instrumento son sencillas de comprender y están relacionadas a situaciones personales y familiares propias de los trabajadores.
- Las respuestas son fáciles, solo marcar con una X.
- Los participantes respondieron los cuestionarios individualmente, desconocían las respuestas de otros participantes y
- Se motivó y alentó al trabajador a contestar desde su perspectiva, ya que eso le sería de mucha ayuda a él/ella mismo (a).

Sesgo de memoria:

- Las preguntas de los cuestionarios se acotan en un tiempo específico (meses).
- Se le daba tiempo al trabajador para contestar.

Instrumentos de recolección:

En esta investigación se utilizaron de los siguientes instrumentos:

1-Datos sociodemográficos de los participantes

Información de los trabajadores sobre edad, sexo, procedencia, religión, estado civil, nivel educativo, con quien vive, facultad para la que trabaja, actividad que realiza en su trabajo.

Además, incluye dos preguntas sobre consumo de sustancias alguna vez en la vida y en los últimos 12 meses.

2-Escala de Malestar Psicológico de Kessler K10 (Kessler Psychological Distress Scale K10).

Realizada por Kessler y Mroczek (1994). Esta escala ofrece una puntuación general de malestar psicológico, a partir de las respuestas a los 10 ítems que la componen. El tiempo aproximado de aplicación es de 5-8 minutos. Se puede aplicar de los 11 años en adelante ⁽⁶²⁾.

Las opciones de respuesta son cinco: Nunca, Pocas veces, A veces, Muchas veces y Siempre, por lo que el rango de posibles puntuaciones oscila entre 10 y 50.

Las puntuaciones se clasifican en cuatro categorías:

Sin malestar psicológico: puntuación entre 10 y 19.

Leve malestar psicológico: entre 20 y 24.

Moderado malestar: entre 25 y 29

Extremo malestar psicológico: entre 30 y 50 ⁽⁶²⁾.

Fiabilidad: La escala presenta una adecuada consistencia interna (alpha de Cronbach= .85).

Validez: La validez convergente de esta escala ha sido analizada, mostrando altas correlaciones positivas con el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II) ($r = .898$, $p < .01$) y la Escala de Ansiedad de Spielberger (STAI-R) ($r = .898$, $p < .01$) ⁽⁶²⁾.

3- Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST: Smoking and Substance Involvement Screening Test 3.0).

Desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para valorar la situación de una persona en relación al uso de sustancias psicoactivas. Consta de 8 preguntas y llenarlo toma aproximadamente entre 5 y 10 minutos ⁽⁵³⁾.

El ASSIST ha pasado por tres etapas principales de prueba para confirmar su validez y confiabilidad en el ámbito internacional:

I Fase

- 1997-1998-Versión 1.0
- El cuestionario constaba de 12 preguntas.
- Estudio de confiabilidad de test-retest realizado en Australia, Brasil, India, Irlanda, Israel, los territorios palestinos, Puerto Rico, el Reino Unido y Zimbabwe.
- La selección de los lugares se hizo con el fin de que los participantes del estudio provinieran de culturas diversas y tuvieran hábitos de consumo diferentes.
- Los resultados demostraron que la prueba era confiable y factible
- Con base en la retroalimentación de los participantes del estudio y para facilitar la administración y comprensión de las preguntas, el cuestionario de 12 preguntas fue modificado a uno de ocho (versión 2.0).



II Fase

- 200-2002
- Estudio internacional para validar el cuestionario de la prueba de detección en una gran variedad de servicios de la atención primaria de salud y de tratamiento contra las drogas.
- Los procesos de validación permiten determinar si una prueba mide los supuestos y las condiciones que se pretenden medir
- Países: Australia, Brasil, los Estados Unidos, India, el Reino Unido, Tailandia y Zimbabwe.
- El estudio demostró la validez de la prueba de manera concurrente, predictiva y discriminatoria, y además incluyó una serie de puntuaciones límite para 'riesgo bajo', 'moderado' y 'alto'.



III Fase

- 2003-2007
- Países: Australia, Brasil, los Estados Unidos e India.
- Prueba aleatoria controlada para investigar la eficacia de una intervención breve vinculada a las puntuaciones del cuestionario por consumo de riesgo moderado de cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina u opiáceos
- Los resultados demostraron que los participantes que recibieron una intervención breve sobre el uso de sustancias ilegales redujeron significativamente las puntuaciones de la prueba después de tres meses, en comparación con los del grupo control, que no recibieron intervención breve sobre su experiencia de consumo de sustancias ilegales.

La prueba presenta una buena consistencia interna (α de Cronbach= .84).

Permite detectar el consumo de las siguientes sustancias: tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes tipo anfetamina, inhalantes, sedantes o pastillas para dormir (benzodiacepinas) alucinógenos, opiáceos y otras drogas (estas son las que no pertenecen a ninguna de las otras categorías de sustancias psicoactivas, ya sean farmacológicas o de otro tipo y cualquiera otra droga de diseño)⁽⁵³⁾.

Asimismo, la prueba proporciona información sobre el consumo de sustancias a lo largo de la vida, así como el consumo y los problemas relacionados en los últimos tres meses. Además, permite identificar una serie de problemas relacionados con el consumo de sustancias tales como intoxicación aguda, consumo regular, consumo dependiente o de ‘alto riesgo’ y conductas asociadas con inyectarse⁽⁵³⁾.

El resultado de las ocho preguntas indica el nivel de riesgo (y la dependencia) asociados con el consumo de sustancias.

La puntuación final se obtiene por medio de la suma de las puntuaciones de las preguntas 2 a 7. Los resultados de la pregunta 8 no cuentan en la puntuación general, pero el consumo por vía inyectado (P8) es un indicador de alto riesgo y se asocia con un mayor riesgo de sobredosis, dependencia, virus en la sangre (VIH y Hepatitis C) y con niveles más altos de otro tipo de problemas relacionados con las drogas ⁽⁶³⁾.

Las puntuaciones del nivel riesgo de consumo de sustancias específicas son:

	Alcohol	Todas las demás sustancias
Riesgo bajo	0-10	0-3
Riesgo moderado	11-26	4-26
Riesgo alto	27+	27 +

4- Cuestionario APGAR Familiar de Smilkstein.

El cuestionario APGAR Familiar - Family APGAR - fue diseñado en 1978 por Smilkstein para explorar la funcionalidad familiar ⁽⁶⁴⁾.

En comparación con otras escalas similares (CES, McMaster, FACE III, Pless-Satterwhite) presenta la gran ventaja de su reducido número de ítems y facilidad de aplicación. Se encuentra validada en nuestro medio por Bellon y cols (1996) ⁽⁶⁵⁾.

Fiabilidad: Posee una buena consistencia interna (alfa de Cronbach= 0.81).

Validez: En el trabajo original se obtiene un alto grado de correlación (0.80) con el Pless-Satterwhite Family Function Index ⁽⁶⁵⁾.

El acrónimo APGAR hace referencia a los cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad (adaptability), cooperación (partnership), desarrollo (growth), afectividad (affection) y capacidad resolutiva (resolve) ⁽⁶⁴⁾.

El APGAR familiar sirve para poner al investigador sobre la pista de una posible disfunción familiar, no para diagnosticarla y para establecer los parámetros por los cuales la salud funcional de la familia pudiera ser medida, para ello se escogieron cinco componentes básicos de la función familiar ⁽⁶⁴⁾:

ADAPTABILIDAD, mide la utilización de los recursos intra y extra familiares para la resolución de los problemas cuando el equilibrio familiar ha sido modificado (situaciones de crisis) ⁽⁶⁴⁾.

PARTICIPACION, mide la cooperación de los miembros de la familia, en la toma de decisiones y en la división del trabajo; el cómo comparten los problemas y el cómo se comunican para explorar la manera de resolverlos ⁽⁶⁴⁾.

CRECIMIENTO, mide la maduración física, emocional y social que se lleva a cabo a través del apoyo mutuo y dirección (conducta). Este elemento evalúa la capacidad de atravesar las distintas etapas del ciclo vital familiar en forma madura, permitiendo la individualización y separación de los diferentes miembros de la familia ⁽⁶⁴⁾.

AFECTO, mide las relaciones de cuidado y cariño que interaccionan entre los integrantes de un grupo familiar y la demostración de distintas emociones como afecto, amor, pena o rabia entre ellos mismos ⁽⁶⁴⁾.

RESOLUCION, mide la tarea de compartir el tiempo, de dedicar recursos materiales y especiales para apoyar a todos los miembros de la familia ⁽⁶⁴⁾.

Consta de 5 preguntas que el sujeto debe responder. Las opciones de respuesta son tres y se puntúan de la siguiente manera: casi nunca (0 pts), a veces (1pt) y casi siempre (2pts). Las puntuaciones de cada respuesta se suman posteriormente ⁽⁶⁶⁾.

Las puntuaciones se clasifican en 3 categorías ⁽⁶⁶⁾ :

Familia muy funcional: 7-10 pts.

Familia moderadamente disfuncional: 4-6 pts.

Familia con grave disfunción: 0-3 pts.

Se conoce así el funcionamiento de la familia a través de la satisfacción del individuo con su vida familiar y la percepción que un integrante de una familia tiene, del propio funcionamiento familiar ⁽⁶⁴⁾.

Recolección y procesamiento de la información:

Para la recolección de los datos se realizó lo siguiente:

- a. Se le presentó la propuesta de investigación al Comité de Ética y la administración de la UNAN de León.
- b. Una vez aprobado el protocolo de investigación por las autoridades correspondientes, se le solicitó autorización al Rector de la UNAN-León para la recolección de los datos, y se le informó a la Secretaria del Sindicato sobre la recolección de información a los trabajadores administrativos.
- c. Luego de haber informado a todas las autoridades, se procedió a la aplicación de los instrumentos en las facultades y locales donde laboraban los trabajadores administrativos. La recolección de los instrumentos se realizó de la siguiente manera:
 - 1- El investigador junto con un colaborador empezaron en las facultades una por día en el periodo del 8 al 22 de mayo.
 - 2- La aplicación, explicación y solicitud de participación en la investigación se realizaba de forma individual a cada uno de los trabajadores. Se comenzaba por los trabajadores que se encontraban en las oficinas, los trabajadores que aceptaron participar decidían si realizaban el cuestionario en su escritorio, con la opción de salir un momento a un lugar más tranquilo o solicitar que el investigador llenara el cuestionario según lo que contestaban. De todas las maneras, el participante estaba solo con su cuestionario o con el investigador ante cualquier duda.

Luego se procedió a aplicar el cuestionario a los trabajadores que no se encontraron en las oficinas y de igual manera, el investigador y colaborador se presentaban, informaban en qué consistía el trabajo y se les solicitaba su participación, a lo cual ellos firmaban el consentimiento informado. Se abarcó la mayor cantidad de trabajadores administrativos posibles por facultad.

La información recolectada fue procesada mediante el Programa Estadístico de Ciencias Sociales Versión 21, cada respuesta corresponde a una variable la cual se codifica. Los datos fueron presentados en tablas (frecuencia y contingencia) y gráficos.

Plan de análisis:

Los datos fueron analizados mediante medidas descriptivas (frecuencia absoluta y frecuencia porcentual). Para establecer la relación entre variables se utilizó el Chi cuadrado (p) (test de independencia).

Esta relación fue significativa si $p < 0,05$, es decir, ambas variables estudiadas fueron dependientes, existió una relación entre ellas.

Por el contrario, el resultado no fue significativo, si $p > 0,05$, entonces ambas variables estudiadas serán independientes, no existió una relación entre ellas.

Consideraciones éticas:

Las consideraciones éticas a tomar en cuenta al momento de recolectar la información fueron:

- a. La propuesta de estudio fue sometida al Comité de Ética de la Facultad de Ciencias Médicas de UNAN-León para obtener sus observaciones y aprobación.
- b. Se le informó a las autoridades sobre la realización y los objetivos de la investigación.
- c. Antes de proceder a la recolección de los datos se le informó a los trabajadores participantes en qué consistía el trabajo investigativo y marcaron su aprobación en el consentimiento anexo al cuestionario antes de empezar a llenarlo.

- d.** Todos los datos recogidos fueron manejados de manera confidencial y solo para fines investigativos.
- e.** Se respetó en todo momento las respuestas proporcionadas por los trabajadores que participaron en el estudio.
- f.** Una vez finalizada la investigación los trabajadores que participaron en la investigación pueden pedir información sobre los resultados obtenidos.
- g.** Se entregó un resumen de la investigación a recursos humanos de UNAN-León.

Resultados

1. Características sociodemográficas

Participaron 240 trabajadores administrativos de UNAN-León, encontrando los siguientes resultados: el 61.7% de los encuestados fueron mujeres, el 47.9% del total tenían entre 36 y 49 años, predominaban los casados (as) (48.3%), en cuanto a procedencia la mayoría (94.6%) eran de zona urbana; predominó la religión católica (78.3%) y el nivel educativo universitario (42.5%).

Con respecto a la composición familiar el 47.9% viven con sus esposos (as) e hijos, el 34.6% fueron trabajadores pertenecientes al Edificio Central y el 17.5 % de la muestra fueron secretarías, la tabla No.1 detalla las características de los participantes:

Tabla No. 1: Características sociodemográficas		No.	%
Sexo	Mujer	148	61.7
	Hombre	92	38.3
	Total	240	100
Edad	de 21 a 35 años	72	30.0
	de 36 a 49 años	115	47.9
	de 50 a 64 años	52	21.7
	de 65 +	1	0.4
	Total	240	100
Estado civil	Casado	116	48.3
	Soltero	69	28.8
	Unión libre	38	15.8
	Divorciado/Separado	13	5.4
	Viudo (a)	4	1.7
	Total	240	100
Procedencia	Urbano	227	94.6
	Rural	13	5.4
	Total	240	100
Religión	Católico	188	78.3
	Evangélico	38	15.8
	Testigo de Jehová	5	2.1
	Ateo	7	2.9
	Otra	2	0.8
	Total	240	100

Nivel educativo	Universitario	102	42.5
	Secundaria	56	23.6
	Técnico	42	17.5
	Postgrado	28	11.7
	Primaria	10	4.2
	Alfabetizado	1	0.4
	Doctorado	1	0.4
	Total	240	100
Familia	Esposo (a)/hijos.	115	47.9
	Mis padres y mi familia	35	14.6
	Mis padres.	22	9.2
	Esposo/a.	22	9.2
	Hijo/s.	20	8.3
	Solo.	13	5.4
	Mi familia y suegros.	7	2.9
	Hermanos.	3	1.3
	Otros.	3	1.3
	Total	240	100
Facultad/entidad	Edificio central	83	34.6
	Ciencias de la Educación y Humanidades	24	10.0
	Ciencia y Tecnología	24	10.0
	Ciencias Médicas	20	8.3
	Odontología	19	7.9
	Ciencias Químicas	19	7.9
	Veterinaria	14	5.8
	Derecho	14	5.8
	Ciencias Económicas	9	3.8
	Adquisiciones	5	2.1
	Cultura	2	0.8
	Mantenimiento	2	0.8
	Bienestar Estudiantil	2	0.8
	CUUN	3	1.3
	Total	240	100
Actividad que realizan	Secretaria	42	17.5
	Asistente	25	10.4
	Responsable de área	22	9.2
	Aseadora	22	9.2
	Bedel	20	8.3
	Seguridad interna	14	5.8
	Contador/a	12	5.0
	Conductor	12	5.0
	Administración	11	4.6
	Informática	11	4.6
	Analista	10	4.2
	Atención al público	8	3.3
	Bibliotecaria	7	2.9

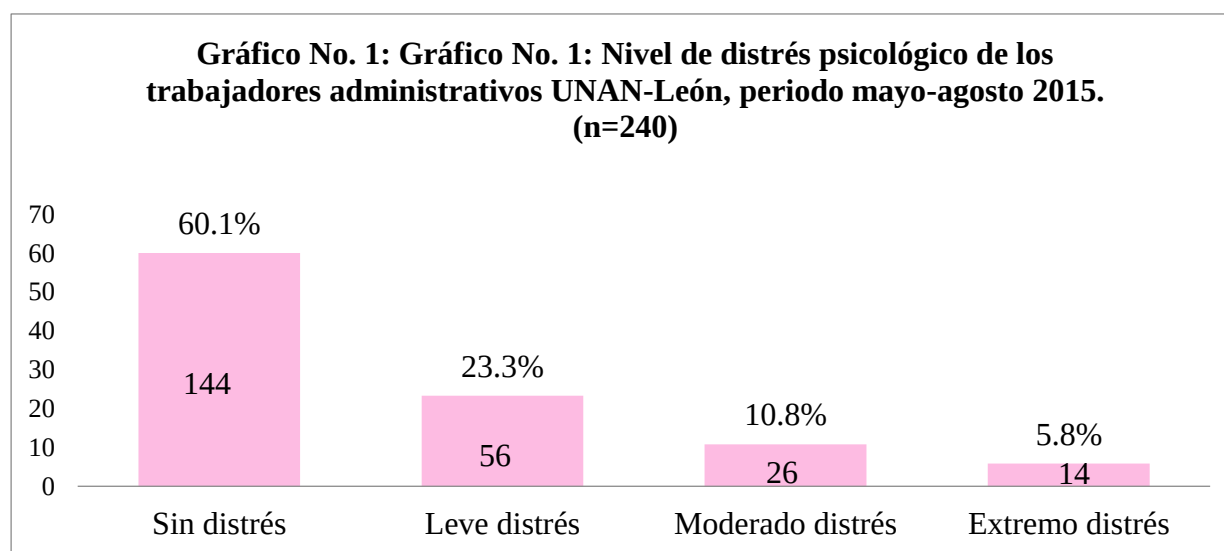
Jefe de despacho	6	2.5
Cajera	5	2.1
Auxiliar contable	4	1.7
Jardinero	3	1.3
Varias	3	1.3
Bodeguero	3	1.3
Total	240	100

*Fuente: Datos sociodemográficos

2- Nivel de distrés psicológico y funcionamiento familiar.

Distrés Psicológico

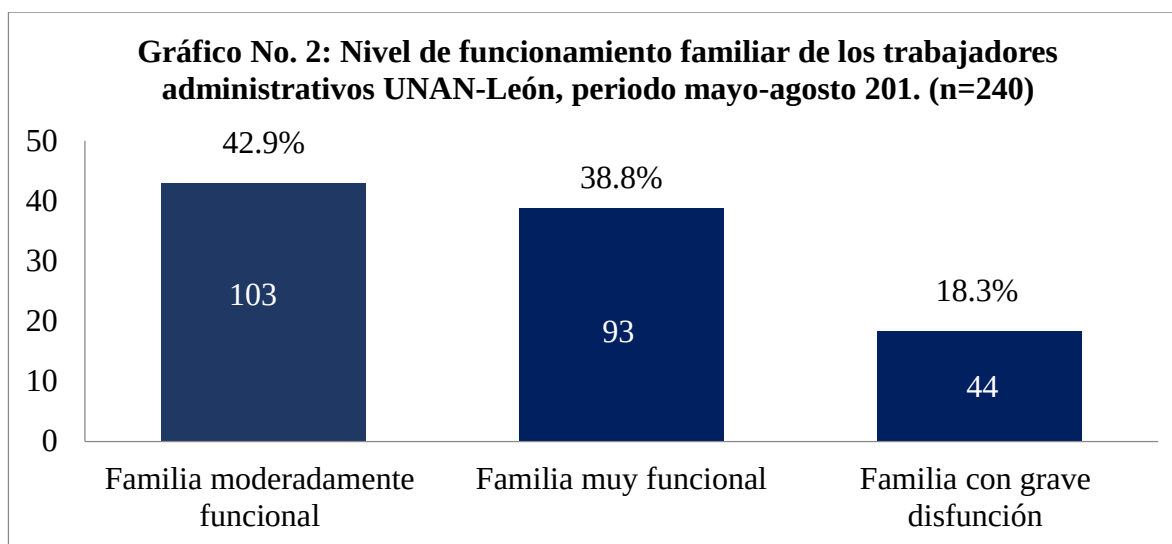
En cuanto al nivel del distrés psicológico de los participantes, se encontró que el 60.1% no presenta malestar psicológico, sin embargo el 39.9% si presentan algún tipo de distrés o malestar psicológico que va desde leve hasta extremo, tal como se refleja en el gráfico No.1:



*Fuente: Escala de distrés psicológico de Kessler (K10)

Funcionamiento familiar

Respecto al nivel de funcionamiento familiar, la satisfacción de los trabajadores con su familia, 42.9% presentaron un moderado funcionamiento familiar, seguido del 38.8 % con una familia muy funcional y el 18.3% con grave disfunción familiar, ver gráfico No. 2:



*Fuente: Cuestionario APGAR familiar de Smilkstein.

3-Consumo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses, tipo de sustancias consumidas y consumo de riesgo (últimos 3 meses).

Consumo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida y en los últimos 12 meses.

El 84.6% de los trabajadores administrativos participantes (203) contestaron haber consumido alguna vez en la vida sustancias psicoactivas, de los cuales, el 86.7% (176 trabajadores) respondió haber consumido en los últimos 12 meses, tal como lo muestra la tabla No. 2:

Tabla No.2: Consumo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida y en los últimos 12 meses en trabajadores administrativos UNAN-León, periodo mayo-agosto 2015.

SÍ	NO	Total
ALGUNA VEZ EN LA VIDA		
203 (84.6*)	37 (15.4)	240 (100)
EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES		
176 (86.7)	27 (13.3)	203 (100)

*Fuente: Datos sociodemográficos.

*Porcentaje.

Tipo de sustancias psicoactivas consumidas.

Dentro de las sustancias psicoactivas que los participantes (203 trabajadores administrativos) han consumido alguna vez en la vida, el 93.6% ha consumido bebidas alcohólicas, seguido del 40.9% que ha consumido tabaco, la tabla No.3 muestra todas las sustancias que los trabajadores han consumido alguna vez en la vida:

Tabla No.3: Tipo de sustancias psicoactivas consumidas por los trabajadores administrativos UNAN-León alguna vez en la vida. (n=203)

Sustancias psicoactivas	F	%
Bebidas alcohólicas (cervezas, vinos, licores)	190	93.6
Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, pipa)	83	40.9
Sedantes/pastillas para dormir (valium, diazepam, alprazolam, xanax, etc.)	74	36.5
Cannabis (marihuana, hierba, hashish)	17	8.4
Cocaína (coca, crack)	9	4.4
Café	8	3.9
Medicamentos sin receta	4	2.0
Anfetaminas (speed, éxtasis)	2	1.0
Inhalantes (colas, pegamento, gasolina)	2	1.0
Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina)	2	1.0

*Fuente: Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST 3.0)

Nivel de riesgo: últimos 3 meses.

La prueba de detección de alcohol, tabaco y sustancias por sus siglas en inglés ASSIST 3.0 permite conocer el riesgo que presenta la persona para las sustancias que han consumido en los últimos 3 meses.

Para los trabajadores administrativos que han consumido alguna vez en la vida, se encontró que todas las sustancias presentan consumo de riesgo bajo; sin embargo, las bebidas alcohólicas, el tabaco y sedantes/pastillas para dormir, muestran los porcentajes más elevados de consumo de riesgo alto y moderado, seguidos del café y medicamentos sin receta.

La siguiente tabla muestra el nivel de consumo de riesgo para cada una de las sustancias psicoactivas estudiadas:

Tabla No.4: Consumo de riesgo de sustancias psicoactivas en trabajadores administrativos de UNAN-León, periodo mayo-agosto 2015. (n=203)

Niveles de consumo de riesgo			
Bajo	Moderado	Alto	Total
Bebidas alcohólicas			
132 (65*)	55 (27.1)	16 (7.9)	203 (100)
Tabaco			
144 (70.9)	46 (22.7)	13 (6.4)	203 (100)
Sedantes/pastillas para dormir			
159 (78.3)	39 (19.2)	5 (2.5)	203 (100)
Café			
197 (97)	4 (2.0)	2 (1.0)	203 (100)
Medicamentos sin receta			
200 (98.5)	3 (1.5)	0 (0.0)	203 (100)
Cannabis			
201 (99)	1 (0.5)	1 (0.5)	203 (100)
Cocaína			
202 (99.5)	1(0.5)	0 (0.0)	203 (100)
Anfetaminas			
202 (99.5)	1 (0.5)	0 (0.0)	203 (100)
Inhalantes			
202 (99.5)	1 (0.5)	0 (0.0)	203 (100)
Opiáceos			
203 (100)	0 (0.0)	0 (0.0)	203 (100)

*Fuente: Prueba de detección del alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST 3.0)

*Porcentaje.

4- Relación entre el nivel de distrés psicológico, funcionamiento familiar y consumo de sustancias psicoactivas en los trabajadores.

Distrés psicológico y funcionamiento familiar

En cuanto al nivel de distrés psicológico y funcionamiento familiar se encontró que aquellos trabajadores que presentaron un extremo distrés psicológico (malestares graves de desesperanza, impotencia, síntomas físico de cansancio y agotamiento crónico) tenían una grave disfunción familiar, los que padecían leve distrés presentaron una familia moderadamente funcional y los

que no presentaron distrés gozaban de una familia muy funcional, siendo esta diferencia estadísticamente significativa, tal como la siguiente tabla:

Tabla No.5: Distrés psicológico y funcionamiento familiar de los trabajadores administrativos UNAN-León, periodo mayo-agosto 2015. (n=240)

Nivel de distrés psicológico	Funcionamiento familiar			Total
	Con grave disfunción	Moderadamente funcional	Muy funcional	
Sin distrés	22 (15.2*)	59 (41.0)	63 (43.8)	144 (100)
Leve distrés	6 (10.7)	27 (48.2)	23 (41.1)	56 (100)
Moderado distrés	8 (30.7)	12 (46.2)	6 (23.1)	26 (100)
Extremo Distrés	8 (57.1)	5 (35.8)	1 (7.1)	14 (100)
Total	44 (18.3)	103 (42.9)	93 (38.8)	240 (100)

X=23.192 DF=6; vp=.001.

*Fuente: Escala de Distrés psicológico de Kessler / Cuestionario APGAR familiar de Smilkstein.

*Porcentaje

Distrés psicológico y consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses.

En cuanto al nivel de distrés psicológico y consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses, el 85.7% de los que presentaron distrés psicológico leve habían consumido, mientras que el 32.6 % de los no presentaban malestar psicológico no lo habían hecho, tal como lo muestra la siguiente tabla:

Tabla No. 6: Distrés psicológico y consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses por los trabajadores administrativos UNAN-León. (n=240)

Nivel de distrés psicológico	Consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses		Total
	Sí	No	
Sin distrés	97 (67.4*)	47 (32.6)	144 (100)
Leve distrés	48 (85.7)	8 (14.3)	56 (100)
Moderado distrés	21 (80.8)	5 (19.2)	26 (100)
Extremo distrés	10 (71.4)	4 (28.6)	14 (100)
Total	176 (73.3)	64 (26.7)	240 (100)

X=7.777DF=3; vp=.051

*Fuente: Escala de Distrés psicológico de Kessler.

*Porcentaje

Distrés psicológico y consumo de riesgo de sustancias psicoactivas en los últimos 3 meses.

El nivel de distrés psicológico reveló una relación estadísticamente significativa con el consumo de riesgo de dos sustancias: el tabaco y los sedantes o pastillas para dormir.

Los trabajadores con un consumo de riesgo bajo para el tabaco presentaron un extremo distrés, mientras que los que tenían un consumo de riesgo moderado no presentaban distrés y los que poseían un consumo de riesgo alto experimentaban un moderado distrés.

Con respecto a los sedantes/pastillas para dormir, se encontró que los trabajadores con un consumo de riesgo bajo no presentaron distrés psicológico, un consumo de riesgo moderado percibían un extremo distrés y los que tenían un consumo de riesgo alto experimentaban un leve distrés, tal como lo muestra la siguiente tabla:

Tabla No. 7: Nivel de distrés psicológico y consumo de riesgo de tabaco y sedantes/pastillas para dormir en los trabajadores administrativo UNAN-León, periodo mayo-agosto 2015. (n=176)

Nivel de distrés psicológico	Nivel de consumo de riesgo			Total
	Tabaco			
	Bajo	Moderado	Alto	
Sin distrés	56 (57.7*)	35 (36.1)	6 (6.2)	97 (100)
Leve distrés	38 (79.2)	6 (12.5)	4 (8.3)	48 (100)
Moderado distrés	16 (76.2)	2 (9.5)	3(14.3)	21 (100)
Extremo distrés	8 (80.0)	2 (20.0)	0 (0.0)	10 (100)
Total	118 (67.0)	45 (25.6)	13 (7.4)	176 (100)
Sedantes/pastillas para dormir				
Sin distrés	80 (82.5)	16 (16.5)	1 (1.0)	97 (100)
Leve distrés	34 (70.8)	10 (20.8)	4 (8.3)	48 (100)
Moderado distrés	13 (61.9)	8 (38.1)	0 (0.0)	21 (100)
Extremo distrés	6 (60.0)	4 (40.0)	0 (0.0)	10 (100)
Total	133 (75.6)	38(21.6)	5 (2.8)	176 (100)

Tabaco: $\chi^2=14.794$, Df=6, $vp=.022$

Sedantes/pastillas para dormir: $\chi^2=14.089$, Df=6, $vp=.029$

*Fuentes: Escala de distrés psicológico de Kessler/ASSIST 3.0

*Porcentaje

Funcionamiento familiar y consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses.

En el nivel de funcionamiento familiar y consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses, se encontró una familia moderadamente funcional (82.5 %) en los que sí habían consumido y en cambio, una familia muy funcional (39.9 %) en los que no lo habían hecho, tal como lo muestra la tabla No.8:

Tabla No.8: Funcionamiento familiar y consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses por los trabajadores administrativos UNAN-León. (n=240)

Nivel de funcionamiento familiar	Consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses		Total
	Sí	No	
Grave disfunción	35 (79.5*)	9 (20.5)	44 (100)
Moderadamente funcional	85 (82.5)	18 (17.5)	103 (100)
Muy funcional	56 (60.2)	37(39.8)	93 (100)
Total	176 (73.3)	64 (26.7)	240 (100)

X=13.502 DF=2; vp=.001

*Fuente: Cuestionario APGAR familiar de Smilkstein

*Porcentaje

Funcionamiento familiar y consumo de riesgo de sustancias psicoactivas en los últimos 3 meses.

Cabe mencionar que si bien el funcionamiento familiar no muestra una relación estadísticamente significativa para el consumo de riesgo con ninguna sustancia, se considera interesante reflejar que para el alcohol, los trabajadores que mostraron un consumo de riesgo bajo presentaron una familia muy funcional, los que experimentaban un consumo de riesgo moderado una familia con grave disfunción y los que presentaban un consumo de riesgo alto una familia moderadamente funcional, ver tabla No. 9:

Tabla No. 9: Funcionamiento familiar y consumo de riesgo de bebidas alcohólicas en trabajadores administrativos UNAN-León, periodo mayo-agosto 2015. (n=176)

Funcionamiento familiar	Nivel de consumo de riesgo			Total
	Bebidas alcohólicas			
	Bajo	Moderado	Alto	
Grave disfunción	17 (48.6*)	14 (40.0)	4 (11.4)	35 (100)
Moderadamente funcional	49 (57.6)	25 (29.4)	11 (12.9)	85 (100)
Muy funcional	40 (71.4)	15 (26.8)	1 (1.8)	56 (100)
Total	106 (60.2)	54(30.7)	16 (9.1)	176 (100)

$X=8.246$ DF=4; $\nu p=.083$

*Fuente: ASSIST 3.0/APGAR Familiar

*Porcentaje

Discusión

A partir de los resultados obtenidos en este estudio, podemos destacar que las características sociodemográficas que predominaron en los participantes; mujeres, el grupo etario de 36 a 49 años, casados, de nivel educativo universitario son similares al estudio realizado por Bravo y Palucci en población trabajadora administrativa ⁽⁵⁾.

En el presente, se encontró que la mayoría de los trabajadores administrativos no muestran distrés psicológico (estrés negativo), lo cual coincide con la investigación de Sierra, que indica que en general los trabajadores presentan niveles normales de distrés, es decir, saben adaptarse a las situaciones laborales, personales y resolver con éxito la mayoría de las situaciones que se les presentan ⁽¹¹⁾.

Cabe destacar, que en los participantes administrativos de UNAN-León, el nivel de distrés psicológico se asocia al sexo, encontrando que las mujeres presentaban mayores niveles de extremo distrés psicológico, en particular las aseadoras; mientras que los hombres presentaron mayores niveles de la categoría sin distrés psicológico, resultados similares muestra el estudio realizado por Cortés, Artacoz, Rodríguez y Borrell en Barcelona y confirma que las mujeres trabajadoras presentan peores niveles de bienestar psicológico ⁽¹⁰⁾.

Se encontró que en los trabajadores administrativos predominó el nivel moderado de funcionamiento familiar, mayormente en mujeres y de oficio secretariado; es decir, si bien estas personas se adaptan a la mayoría de las circunstancias en el hogar, existen áreas que presentan algunas deficiencias (comunicación, afecto, resolución de problemas, entre otras). Dichos hallazgos son semejantes a los encontrados en la publicación de Retamales y Behn, quienes expresaron que la satisfacción familiar de los trabajadores en general es buena aunque no óptima ⁽³²⁾.

Asimismo, los autores antes mencionados concluyen: la edad en los miembros de la familia es significativa en la funcionalidad de la misma, coincidiendo con la presente investigación donde se descubrió que la mayoría de los trabajadores administrativos entre los 36 a 49 años presentan familias con grave disfunción.

Respecto al consumo de sustancias psicoactivas, más del 80% de los participantes de este estudio mencionó haber consumido sustancias psicoactivas en algún momento de la vida y un porcentaje similar han consumo en el último año, esto concuerda con el artículo de Bartolomé y Rechea quienes manifestaron que el consumo de sustancias en la población laboral es alto tanto alguna vez en la vida como en los últimos 12 meses ⁽¹²⁾.

Es importante destacar que en este trabajo las mujeres administrativas (secretarias) han consumido más alguna vez en la vida que los hombres, esto se diferencia de documentos como el informe del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva quienes expresan que el consumo de sustancias alguna vez en la vida es mayor en hombres ⁽¹⁴⁾.

Por el contrario, los hombres (conductores) han consumido más en los últimos 12 meses, lo cual coincide con la publicación de Pérez-Franco y Fresno, quienes destacan que el sexo es una variable sociodemográfica importante al momento de conocer las diferencias de género en el uso de sustancias psicoactivas, descubriendo que los hombres suelen consumir sustancias psicoactivas más que las mujeres en periodos recientes de estudios ⁽¹⁵⁾.

Al igual que el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España en su reciente informe, las sustancias que más consumen los trabajadores administrativos participantes son alcohol, tabaco y sedantes/pastillas para dormir. De la misma manera, la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), refleja que el consumo de sedantes/pastillas para dormir se sitúa en tercer lugar, después del alcohol y el tabaco, como sustancia psicoactiva más consumida, superando el cannabis ⁽¹³⁾.

Con respecto al consumo de tabaco alguna vez en la vida, los hombres (conductores) han fumado más que las mujeres; siendo el tabaco la sustancia de mayor consumo diario, resultados que coinciden con el seminario realizado por Fundación Atenea titulado "Perfiles humanos, personas: ¿quiénes son las personas que consumen? Consumo de drogas en el ámbito laboral" ⁽¹⁶⁾.

Sin embargo, las mujeres participantes (secretarias) han consumido más bebidas alcohólicas alguna vez en la vida que los hombres, aun así, los hombres han consumido más esta sustancia cada mes y cada semana en relación a las mujeres.

Y para los sedantes/pastillas para dormir, las mujeres (secretarias) han consumido más que los hombres en algún momento de la vida, coincidiendo con el seminario antes mencionado, sin embargo se diferencia del mismo, ya que los hombres administrativos han consumido más por mes que las mujeres (el seminario revela lo contrario), aunque las mujeres han consumido más de forma diaria.

Para otras sustancias como cocaína, opiáceos, estimulantes, inhalantes el consumo alguna vez en la vida fue menor en los participantes que el de sustancias legales como cafeína, lo cual refleja el fenómeno expresado por Salud Pública de España, que revela que la población refiere estar consumiendo más sustancias de distribución legal (tabaco, alcohol y sedantes) y menos cannabis, cocaína, éxtasis y otros alucinógenos de comercio ilícito ⁽²²⁾.

De igual modo, el consumo de cannabis y cocaína alguna vez en la vida fue más frecuente en hombres trabajadores administrativos (asistentes) que en mujeres, coincidiendo con la publicación de OMS que destaca que el consumo de drogas ilegales es más habitual en dicho sexo ⁽²¹⁾.

También, en esta investigación se encontró una asociación entre vivir solo y el consumo de cocaína e inhalantes, asociación que se ha encontrado en el consumo de sustancias como los psicofármacos.

En relación al consumo de riesgo de sustancias, el riesgo más alto lo presentaron las bebidas alcohólicas, seguido del tabaco, coincidiendo con Mangado y Gúrpide que mencionan que esas dos sustancias son las de mayor consumo entre trabajadores ⁽²⁵⁾. De igual manera, el tercer lugar de mayor consumo de riesgo fue para los sedantes/pastillas para dormir, validando lo antes mencionado en la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) ⁽¹³⁾.

En el presente trabajo, el sexo de los participantes se asoció al consumo de riesgo de tabaco y bebidas alcohólicas; donde se observó que para las bebidas alcohólicas, las mujeres presentaron consumo de riesgo bajo, mientras que los hombres (conductores) consumo de riesgo alto y moderado. Esto se asemeja a los datos publicados por Martínez, Moreno y Alonso quienes confirman que el consumo de alcohol suele ser más riesgoso en hombres que en mujeres ⁽¹⁷⁾.

A su vez, los resultados de la presente con respecto al consumo de riesgo de tabaco concuerdan con un reporte del Instituto Nacional de Abuso de Drogas que exponen que el consumo de riesgo de esta sustancia es un poco más alto en hombres que en mujeres⁽¹⁸⁾. En este caso los conductores y asistentes son quienes fumaban más.

De la misma manera, esta investigación mostró una asociación significativa entre el consumo de riesgo de tabaco y la religión, pero en este caso, ser ateo se vinculó a un consumo de riesgo bajo, en relación a quienes practicaban una religión como los testigos de jehová o evangélicos, los cuales presentaron consumo de riesgo moderado y alto respectivamente, esto contradice los resultados de Martínez, Trujillo y Roble, quienes encontraron que realizar actividades religiosas protege del consumo de sustancias como el tabaco, mostrando que las representaciones sociales para estos trabajadores administrativos son diferentes⁽¹⁹⁾.

En lo que se refiere al consumo de riesgo de sedantes/pastillas para dormir, en este trabajo no se encontró relaciones con ninguna variable sociodemográficas, lo que indica que el consumo de este tipo de sustancias no está determinado por el sexo, edad o estado civil, sino que implica el estado de bienestar o malestar emocional del trabajador como se explica más adelante.

En la presente investigación, el café presentó un evidente nivel de consumo de riesgo alto para quienes lo utilizaban (bedeles), observaciones como la realizada entre Dunkin' Donuts y Career Builder han hecho notar que existen profesiones que suelen consumir café más que otras y dentro estas (como las relaciones públicas y el marketing) mencionan los cargos administrativos⁽²⁴⁾.

Por su parte, los medicamentos sin receta evidenciaron un nivel de consumo de riesgo moderado en aseadoras.

Dentro de las drogas ilegales, el cannabis es la única que presentó cierto nivel de consumo de riesgo alto en los trabajadores administrativos participantes (responsables de área), resultados similares reflejan Cogollo y Gómez-Bustamante quienes exponen que el consumo de este es mayor que la del resto de sustancias como cocaína, inhalantes, etc⁽²³⁾. Al igual que los estudios de Mangado y Gúrpide realizados en población trabajadora⁽²⁵⁾.

En cuanto a las relaciones entre las tres variables principales de este estudio, se encontraron algunas relaciones significativas.

Respecto al nivel distrés psicológico y funcionamiento familiar, la Dra. Marrero, explica que cuando el grupo familiar que convive junto pierde la capacidad funcional o no logra establecerla, se genera la disfuncionalidad, responsable de tantas afecciones de salud de diferentes magnitudes en cualquier período de la vida, lo cual describe porque el nivel de distrés psicológico se relacionó significativamente con el nivel de funcionalidad familiar en los trabajadores administrativos participantes ⁽³¹⁾.

Del mismo modo, coincidiendo con estudios de Rodríguez, Martínez, García y colaboradores, el presente estudio reveló la existencia de una asociación entre malestares psicológicos y riesgo de consumo de tabaco ⁽²⁶⁾. El tabaco en los trabajadores administrativos ayuda a disminuir el malestar psicológico a menor consumo mayor distrés psicológico.

Igualmente, el nivel de distrés psicológico se asoció al consumo de riesgo de sedantes/pastillas para dormir en los trabajadores administrativos, los profesionales de la salud mental explican dicha asociación al destacar que una característica de este tipo de consumidores, es que suelen ser personas con problemas emocionales que utilizan los sedantes para calmar los malestares psicológicos que experimentan ⁽²⁰⁾.

Finalmente, en cuanto al nivel de funcionamiento familiar y consumo de riesgo de bebidas alcohólicas, los trabajadores administrativos que presentaron familias funcionales tenían consumo de riesgo bajo, los que tenían grave disfunción un consumo de riesgo moderado y los que eran moderadamente funcional un consumo de riesgo alto, esto coincide con una publicación del Ministerio de Educación y Deportes en Venezuela, donde los participantes referían que el consumo de alcohol afecta totalmente las relaciones familiares, incide en la comunicación familiar, así como en los conflictos entre sus miembros ⁽³⁵⁾.

Conclusiones

- 1- En las características sociodemográficas de los participantes destacó lo siguiente: mayoría mujeres, grupo etario de 36 y 49 años, estado civil casados, procedencia urbana, religión católica, nivel educativo universitario, composición familiar esposos/as (as) e hijos, mayoría de trabajadores pertenecientes al Edificio Central y de oficio secretarias.
- 2- En cuanto al distrés psicológico, las mujeres presentan peores niveles de distrés que los hombres.
El nivel de moderado funcionamiento familiar se asocia a la edad entre 36-49 años.
- 3- Las secretarias han consumido sustancias psicoactivas más alguna vez en la vida, y los conductores han consumido más en los últimos 12 meses.
Las sustancias más consumidas alguna vez en la vida son: bebidas alcohólicas y sedantes/pastillas para dormir por secretarias y tabaco por conductores.
Existe un consumo de riesgo alto y moderado para las bebidas alcohólicas y el tabaco en conductores y para los sedantes/pastillas para dormir en responsables de área.
- 4- El nivel de distrés psicológico en los participantes se relaciona con el nivel de funcionamiento familiar, así como con el consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses y el consumo de riesgo de tabaco y sedantes/pastillas para dormir de los últimos 3 meses.
El nivel de funcionamiento familiar se relaciona con el consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses y con el consumo de riesgo de bebidas alcohólicas de los últimos 3 meses.

Recomendaciones

A UNAN-León:

- ☑ Tener en cuenta las principales sustancias psicoactivas que están consumiendo los trabajadores administrativos, así como el vínculo con las particularidades personales, familiares y la actividad que realizan en la universidad, a fin de implementar actividades dirigidas a las características de cada trabajador.
- ☑ Procurar un horario flexible para los trabajadores con espacio durante las jornadas de trabajo para asistir a consultas médicas y psicológicas en los recintos de la universidad.
- ☑ Realizar revisiones de las necesidades personales y laborales de los trabajadores, que impliquen mejoras para la actividad que realizan (computadoras, lampazos, oficinas) y la salud mental (espacio para relajarse).

A los trabajadores administrativos:

- ☑ Si consume sustancias, tomar conciencia de su situación actual de consumo e intentar modificarlo. Si conoce a alguien en su trabajo que consume, motivarlo a asistir a consultas médicas o psicológicas en busca de apoyo.
- ☑ Recurrir a los recursos profesionales de la universidad (Clínica médica universitaria de Bienestar Estudiantil y Clínica de salud mental y adicciones CIDS) para mejorar su salud mental.
- ☑ Mejorar la comunicación en la familia o con las personas cercanas, así como la calidad de tiempo y la toma de decisiones en el hogar.
- ☑ Realizar actividades que favorezcan el enriquecimiento de las relaciones familiares y evitar aquellas que involucren consumo de sustancias psicoactivas.

Referencias

1. Becerra J. Variables familiares y drogodependencia: la influencia de los componentes de la Emoción Expresada. *Revista Psicológica Científica*. 2014; 16. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/drogodependencia-familia-emocion-expresada/>.
2. Diario Médico. El distrés psicológico se asocia a un alto riesgo de muerte por ictus 2012. *Diario Médico* 2012. Disponible en: <http://www.diariomedico.com/2012/06/19/area-cientifica/especialidades/angiologia/distres-psicologico-se-asocia-alto-riesgo-muerte-ictus>.
3. Fernández M. Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional. [Tesis Doctoral]. Universidad de León Universidad de León; 2009. Disponible en: <https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/902/2009FERN%C3%81NDEZ%20MART%C3%8DNEZ,%20MAR%C3%8DA%20ELENA.pdf?sequence=1>.
4. Utrillas A. Influencia de la ansiedad, depresión y distrés psicológico preoperatorios en la artroplastia total de rodilla. [Tesis Doctoral]. Universidad de Alcalá: Universidad de Alcalá; 2011. Disponible en: <http://dspace.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/15161/TESIS%20DOCTORAL%20ALFONSO%20UTRILLAS.pdf?sequence=1>.
5. Bravo C, Palucci M. El consumo de alcohol en personal administrativo y de servicios del Ecuador. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [En Línea]. 2010 [fecha de acceso: 20 de julio 2014]; 18: 9. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692010000700002&script=sci_arttext.
6. Organización de los Estados Americanos. Resúmenes de Pósteres. Reunión de la CICAD con universidades de las américas sobre el fenómeno de las drogas desde la perspectiva de salud internacional. Ciudad de Panamá. 2010. p. 14. Disponible en: http://www.cicad.oas.org/reduccion_demanda/educational_development/reports/Abstracts_ED_2012a.pdf.
7. Acosta M. El distrés y la salud en el trabajo. *Revista Universidad de Guadalajara* [En Línea]. 2001. [Fecha de acceso 20 de julio 2014]. Disponible en: <http://www.cge.udg.mx/revistaudg/rug23/art6dossier23.html>.

- 8.** En Buenas Manos. Cuando el estrés se convierte en distress. En Buenas Manos [En Línea]. (Sin año). [Fecha de acceso: 10 de julio 2014]. Disponible en:
<http://www.enbuenasmanos.com/articulos/muestra.asp?art=595>.
- 9.** Ansoleaga E, Vézina M, Montaña R. Síntomas depresivos y distrés laboral en trabajadores chilenos: condiciones diferenciales para hombres y mujeres artículo. Scientific electronic library online. [En Línea]. 2014. [Fecha de acceso: 8 de julio 2014]; No. 30. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014000100107&script=sci_arttext
- 10.** Cortès I, Artazcoza L, Rodríguez-Sanzb M, Borrell C. Desigualdades en la salud mental de la población ocupada. Scientific electronic library online [En Línea]. 2004. [Fecha de acceso: 14 de julio 2014]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000700003.
- 11.** Sierra C. Influencia del estrés en la vida de los trabajadores de la Universidad Central. [En Línea].2010. [Fecha de acceso: 4 de julio 2015]. Disponible en:
http://www.slidefinder.net/e/estr%C3%A9s_laboral_universidad_central_durante/32935630.
- 12.** Bartolommé R; Rechea C. El consumo de drogas en el ámbito laboral: Encuesta sobre la población ocupada de Castilla-La Mancha. [En Línea]. IV ed. España [Fecha de acceso 5 de julio 2015] 1999. p 162. Disponible en:
<https://books.google.com.ni/books?id=Lat0LEf1s8oC&pg=PA6&lpg=PA6&dq=Bartolom%C3%A9+y+Rechea++el+consumo+de+drogas+en+el+%C3%A1mbito+laboral&source=bl&ots=uUKgRvW49A&sig=A5LwTl9GfMkAXw2bRFbcJpDC2I&hl=es&sa=X&ei=PgWcVY7dEoKyggTOtli4Bw&ved=0CBwQ6AEwAA#v=onepage&q=Bartolom%C3%A9%20y%20Rechea%20%20el%20consumo%20de%20drogas%20en%20el%20%C3%A1mbito%20laboral&f=false>
- 13.** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España. El consumo de cocaína y otras drogas ilegales, en mínimos históricos en la población española. Gobierno de España. España. [En Línea]. 2015. p. 3. Disponible en:
<http://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=3581>
- 14.** Romero M, Durand-Smith A. Guía mujeres y hombres ante las adicciones: El papel del personal médico en su detección temprana y derivación a tratamiento. México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, [En Línea] 2006 [fecha de acceso: 22 de julio 2015]. Disponible en:

<http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/genero/boletines/guia%20mujeres%20y%20hombres.pdf>

15. Pérez-Franco J, Fresno C. Diferencias de género en el uso de sustancias psicoactivas Chile: Revista de psiquiatría universitaria; [En Línea] 2014 [Fecha de acceso: 22 de julio 2015]. 10: Disponible en:

http://www.academia.edu/7866850/Diferencias_de_g%C3%A9nero_en_el_uso_de_sustancias psicoactivas.

16. Fundación Atenea. Perfiles humanos, personas: ¿quiénes son las personas que consumen? Consumo de drogas en el ámbito laboral. Observatorio Español sobre Drogas. España Gobierno de España 2007-2008.[En Línea] p. 40. [Fecha de acceso 22 de julio 2015]. Disponible en: http://fundacionatenea.org/http://fundacionatenea.org/wp-content/uploads/2011/03/3-perfiles-humanos_quienes-son-las-personas-que-consumen_atenea-integra-II.pdf

17. Vargas J, Moreno E, Alonso M. Patrones de consumo de alcohol en trabajadores industriales Mexicanos. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal México: Universidad Autónoma del Estado de México [En Línea] 2005. [Fecha de acceso 22 de julio 2015] p. 13. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56050202>.

18. National Institute on Drug Abuse. ¿Hay diferencias entre los sexos al fumar tabaco? Estados Unidos Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos [En Línea] 2010 [Fecha de acceso: 21 de julio 2015]. Disponible en:

<http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/adiccion-al-tabaco/hay-diferencias-entre-los-sexos-al-fumar-tabaco>.

19. Martínez J, Trujillo H, Roble L. Factores de riesgo, protección y representaciones sociales sobre el consumo de drogas: implicaciones para la prevención. [En Línea] España: 2006. [Fecha de acceso 21 de julio 2015]. Disponible en:

http://www.dipgra.es/documentos/representaciones_sociales.pdf

20. Lifshitz A. Drogadicción (depresores o hipnóticos-sedantes). Vida y Salud [En Línea] Estados Unidos: 2008. [Fecha de acceso: 21 de julio 2015]. Disponible en:

<http://www.vidaysalud.com/salud-de-a-a-z/enfermedades-y-condiciones/drogadiccion-depresores-o-hipnoticos-sedantes/>

- 21.** Organización Mundial de La Salud. Sustancias psicoactivas tabaco, alcohol y sustancias ilegales. Green Facts [En Línea]. 2004 [fecha de acceso: 22 de julio 2015]:[40 p.]. Disponible en: <http://www.greenfacts.org/es/sustancias-psicoactivas/>.
- 22.** Palicio M. El consumo de alcohol, tabaco y sedantes repunta y cae el de las sustancias ilegales. La Nueva España. [En Línea] 2015 [Fecha de acceso: 3 de julio 2015]. Disponible en: <http://www.lne.es/asturias/2015/03/05/consumo-alcohol-tabaco-sedantes-repunta/1722089.html>
- 23.** Cogollo Z, Gómez-Bustamante E. Prevalencia y factores asociados al consumo de sustancias ilegales en adultos de Cartagena, Colombia. Revista Colombiana de Psiquiatría. [En Línea] 2011 [Fecha de acceso: 3 de julio 2015]; 40:723-33. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003474502011000400010&lng=en.
- 24.** Vélez L. El café, ¿una cuestión de profesiones? Los trabajadores más adictos. [En Línea] 2013 [Fecha de acceso: 3 de julio 2015]. Disponible en: <http://www.diariofemenino.com/articulos/trabajo/mundo-laboral/el-cafe-una-cuestion-de-profesiones-los-trabajadores-mas-adictos/>.
- 25.** Mangado E, Gúrpide A. Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral. Scientific electronic library online. [En Línea]. 2008. [Fecha de acceso: 10 de julio 2014]; No. 54. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465546X2008000400003.
- 26.** Rodríguez A, García F, López E, Carreño S, Medina M. Relación entre el consumo de tabaco, salud mental y malestares físicos en hombres trabajadores de una empresa textil mexicana. Salud mental. [En Línea] 2008; 31 [Fecha de acceso: 5 de julio 2015]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000400006
- 27.** Merchán-Hamann E, Brands B, Strike C, Mann R, Khenti A. Comorbilidad entre abuso/dependencia de drogas y el distrés psicológico, Brasilia - Brasil. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal Sistema de Información Científica [En Línea]. 2012 [Fecha de acceso: 20 de junio del 2014]; 21:[10 p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000500014&script=sci_arttext
- 28.** Kulakova O, Mann R, Strike C, Brands B, Akwatu K. Comorbilidad entre distrés psicológico y abuso de drogas en pacientes de centros de tratamiento: implicaciones en políticas y programas,

Managua - Nicaragua. Revista Texto & Contexto-Enfermagem 2012;21(1):141-149. [En Línea]. 2012. [Fecha de acceso: 20 de junio 2014]; No.21. p. 10. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71423223018>

29. Vásquez E, Herrera A, Strike C, Bruna B, Akwatu K. Comorbilidad entre el distrés psicológico y el abuso de drogas en pacientes en centros de tratamiento, en la ciudad de León - Nicaragua: implicaciones para políticas y programas. Revista Texto & Contexto-Enfermagem. [En Línea]. 2010 [Fecha de acceso 23 de junio 2014]; No.21. p.10. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71423223019>

30. Merchán-Hamann E, Leal E, Basso L, García M, Reid P, Kulakova O, Vásquez E, Willis O, Prieto R, Domenech D. Comorbilidad entre abuso/dependencia de drogas y el distrés psicológico en siete países de Latinoamérica y uno del Caribe. Texto & Contexto Enfermagem. [En Línea]. 2012. [Fecha de acceso: 25 de junio 2014]; No. 21. p.10. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71423223012>

31. Marrero V. La familia como objeto de estudio en el proceso de salud-enfermedad de los trabajadores. Revista Cubana Salud Trabajo. [En Línea] 2004 [Fecha de acceso 3 de julio 2015];5:1. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol5_01_04/rst11104.html.

32. Retamales J, Behn V, Merino J. Funcionamiento familiar de trabajadores-jefes de hogar en sistema de turnos de una empresa de Talcahuano, Chile, año 2003. Ciencia y enfermería. [En Línea] 2004 [Fecha de acceso: 4 de julio 2015]; 10:8. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532004000100004.

33. Bierut L, Dinwiddie S, Begleiter H, Crowe R, Hesselbrock V, Nurnberger J, Porjesz B, Schuckit M, Reich T. Familial transmission of substance dependence: alcohol, marijuana, cocaine, and habitual smoking: a report from the Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism. Arch Gen Psychiatry 1998;11 [En Línea].
Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9819066>.

34. Da Silva F, Esmoris V. Estudio del consumo de marihuana por menores que son atendidos en un Servicio de Farmacodependencia de la ciudad de Montevideo, Uruguay. Montevideo: Infancia y Drogas en America Latina-Tomo I. IIN/OEA, 1991 [En Línea]. Disponible en:
http://www.iin.oea.org/Cursos_a_distancia/Lectura%2011_UT_1.pdf

35. Ministerio de Educación y Deportes. Alcoholismo y su influencia en las relaciones de familia. Unidad Educativa “María Teresa Carreño”. Maracaibo, Estado Zulia [En Línea]. 2006. p. 42.

[Fecha de acceso: 22 de julio 2015]. Disponible en: <http://alcoholismo-y-su-influencia-en-las-relaciones-de-familia.html>

36. Universidad de Oriente. Capítulo II. Marco referencial. Antecedentes históricos del estrés [En Línea] [sin fecha]. [Fecha de acceso 20 de septiembre 2015]. Disponible en:

http://www.academia.edu/7162389/capítulo_II_marco_referencial_Antecedentes.

37. Fonseca Y. El estrés psicológico y sus principales formas de expresión en el ámbito laboral. Ministerio de Hacienda [En Línea]. 2008. p. 92. Disponible en:

<http://www.hacienda.go.cr/centro/datos/Articulo/El%20estres%20psicologico%20y%20sus%20principales%20formas%20de%20expresion%20en%20el%20ambito%20laboral.pdf>.

38. Kutcher S. Taller de Salud Mental. Centro de Salud Mental y Adicciones, Canadá, 2014.

39. Selye H. La tensión en la vida. Buenos Aires: Compañía General Fabril 1960.

40. Lazarus R. Transactional theory and research on emotions and coping. European Journal of Personality 1987;1 (3):141-69.25.

41. Biosalud. Cuando el estrés se convierte en distress. Diario Médico [En Línea]. 2009. (fecha de acceso: 20 de junio de 2014). Disponible en: <http://medicablogs.diariomedico.com/institutobiosalud/2009/08/24/cuando-el-estres-se-convierte-en-distress/>.

42. Dueñas N. Tema No. 3. El Riesgo Psicosocial y su prevención. Revistas Médicas Cubanas. [En Línea]. (Sin fecha). [Fecha de acceso: 10 de julio 2014]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/docencia/psicologia_salud/paginas/pagina01/Tema3.html

43. Gobierno de España. Glosario de términos de alcohol y drogas. Organización Mundial de La Salud. ed. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1994. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf.

44. American Psychological Association. DSM-IV-TR Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DC, EE.UU: American Psychiatric Association; 2002.

45. Pascual C, Cavestany M, Moncada S, Salvador J, Melero J, Pérez de Arrospeide J. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. [En Línea]. 2003 [Fecha de acceso: 10 de enero 2015]. Ministerio del Interior: España. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/dir.pdf>

46. Méndez M. Variables de conducta, factores de riesgo para la salud y adaptación integral relacionados con la problemática bullying en estudiantes de educación secundaria. Murcia: Universidad de Murcia. [Tesis Doctoral]. 2012. Disponible en: <http://digitum.um.es/jspui/>

bitstream/10201/29622/1/TESIS%20INMACULADA%20MENDEZ%20MATEO.pdf.

47. Publispain. Drogas: Tipos de Consumo de Drogas [En Línea]. [sin fecha]. [Fecha de acceso: 20 de junio 2014]. Disponible en: http://www.publispain.com/drogas/ tipos_de_consumo_de_drogas.html.

48. Villareal. M. Un Modelo Estructural Del Consumo De Drogas Y Conducta Violenta En Adolescentes Escolarizados. [Tesis Doctoral]. Monterrey, Nuevo León: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2009. Disponible en: <http://www.uv.es/lisis/m-villarreal/tesis-m-villarreal.pdf>.

49. García. M. Consumo de drogas en adolescentes: diseño y desarrollo de un programa de prevención Escolar. [Tesis Doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2003. Disponible en: <http://biblioteca.ucm.es/tesis/psi/ucm-t26731.pdf>.

50. Becoña. E. Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Ministerio del Interior. Madrid; 1999. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/publica/pdf/bases.pdf>

51. Jurado. V. Consumo de drogas, percepción de riesgo y adicciones sin sustancias en los jóvenes de la Provincia de Córdoba. [Tesis Doctoral]. Córdoba: Universidad de Córdoba; 2013. Disponible en: http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Tesis_Digitales/cordoba9.pdf.

52. Schuckit M. Drug and alcohol abuse. A clinical guide to diagnosis and treatment. New York: Plenum Medical Book Company. 5; 2000.

53. Llivina T, Del Pozo J. Drogas y Atención Primaria: Guía práctica de intervención sobre el abuso de alcohol y otras drogas. Gobierno de La Rioja, Consejería de Salud, Dirección General de Salud Pública y Consumo, Servicio de Drogodependencias; 2010.

54. Celis J. Caracterización de la función familiar en consumidores de heroína, consultantes a centros de atención en drogadicción en Pereira - Cartago 2011-2012 [En Línea]. Pereira: Universidad tecnológica de Pereira 2012 [Fecha de acceso 10 de agosto 2014]. Disponible en: <http://repositorio.utp.edu.co/dspace/bitstream/11059/2876/1/6168915C392.pdf>

55. Organización Panamericana de la Salud. La familia y la salud. Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C., EUA. [En Línea] (2003). [Fecha de acceso: 11 de agosto 2014]. Disponible en: ww1.paho.org/spanish/gov/ce/spp/spp/37-06-s.pdf

56. Grotevant H, Carlson C. Family assessment: a guide to methods and measures. Primera Edición. Press TG, N. Y: 72 Spring Street; 1989. p. 495

57. Arias L, Montero J, Castellanos J. Fundamentos y principios de medicina familiar. Colombia: Ministerio de Salud Pública; 1996. p. 180
58. Corrales K, Barahona V, Hernández P, Hernández S, Picó J, Sánchez M. Consumo de sustancias psicoactivas capaces de producir dependencia. Curso Especial de Posgrado en Atención Integral para Médicos Generales [En Línea]. 2003 [Fecha de acceso 20 de agosto 2014] p.174. Disponible en: http://www.cendeiss.sa.cr/posgrados/modulos/Modulo3/Modulo_3.pdf
59. Keefer A. Los efectos del abuso de sustancias de los padres sobre los niños y las familias. eHow en Español [En Línea]. 2013. [Fecha de acceso: 20 de noviembre 2014]. Disponible en: http://www.ehowenespanol.com/efectos-del-abuso-sustancias-padres-ninos-familias-lista_130092/.
60. Sherwood C. Cómo afecta el abuso de drogas a las familias y amigos. eHow en Español [En Línea]. 2014. [fecha de acceso: 20 de noviembre 2014]. Disponible en: http://www.ehowenespanol.com/afecta-abuso-drogas-familias-amigos como_120140/
61. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Vicerrectoría Académica. Facultades y Carreras 2014. Disponible en: http://www.unanleon.edu.ni/facultades_carreras.html.
62. Grupo Lisis. Instrumentos y fichas 2013-2016 [En Línea]. 2011. Disponible en: <http://www.uv.es/lisis/instrumentos13.html#malestar>
63. Organización Mundial de La Salud. La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Manual para uso en la atención primaria. Organización Panamericana de la salud. Estados Unidos de América. 2011. p. 73. Disponible en: <https://extranet.who.int/iris/restricted/handle/10665/85403>
64. [Sin Autor]. Manual para la intervención en caso – familia. [En Línea]. (Sin fecha). Disponible en: <http://cetsocial.files.wordpress.com/2012/04/e1.pdf> .
65. Bellon J, Delgado A, Luna del Castillo J, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. Aten Primaria.1996. 18. p. 289-96.
66. [Sin autor]. Apgar Familiar. [En Línea] [Sin fecha]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/en-revista-atencion-primaria-27-articulo-validez-fiabilidad-del-cuestionario-funcion-14357>