



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA.

UNAN-LEÓN

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICA



CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN DEMOGRAFÍA Y SALUD-CIDS

Tesis para optar al título de Máster en Ciencias con Mención en Salud Mental y Adicciones

Consumo de sustancias psicoactivas y conductas de riesgo en estudiantes de décimo grado del Instituto Eliseo Picado del municipio de Matagalpa durante el primer semestre del año 2021.

Autora:

Lic. Luddy Isabel Padilla Morán.

Tutor:

Dr. Andrés Herrera Rodríguez Ph.D
Profesor Titular Facultad de Ciencias Médica.
UNAN-León.

Octubre, 2022.

¡A La Libertad Por La Universidad!

AGRADECIMIENTO

Expreso mi agradecimiento principalmente a Dios por la vida y las oportunidades que en ella pone y por hacer posible la culminación de esta investigación.

A todos los docentes de la Maestría Salud Mental y Adicciones que nos apoyaron y guiaron el conocimiento.

A los estudiantes, docentes y dirección del centro educativo donde se realizó esta investigación por su participación y disposición.

DEDICATORIA

A mi familia por acompañarme incondicionalmente en todas las etapas de formación de mi vida.

A mis compañeras y docentes de la maestría con quienes compartí durante este proceso.

RESUMEN

Las situaciones relacionadas con el consumo problemático de sustancias legales y el uso de ilegales representan un desafío para la sociedad en general y en particular para los sistemas de salud ya que conllevan una carga de morbilidad, mortalidad y discapacidad importante y efectos económicos. Esta investigación tiene como objetivo: Determinar la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas y conductas de riesgo en estudiantes de décimo grado del instituto Eliseo Picado del municipio de Matagalpa durante el I semestre del año 2021, para ello se diseñó este estudio descriptivo de corte transversal con una muestra de 208 estudiantes.

El instrumento de recolección de datos fue un cuestionario auto aplicable construido y validado por el Centro de Investigación en salud y Demografía. UNAN León, para lo que se consideró la adaptación teórica, validez y confiabilidad. El instrumento consta de tres acápite: Datos sociodemográficos, consumo de sustancias psicoactivas y otro referente a conductas de riesgo. Los resultados fueron: el consumo de sustancias psicoactivas es mayor en adolescentes del sexo masculino (42.9%) que en adolescentes de sexo femenino (32.7%). Las sustancias de mayor consumo en los últimos doce meses fueron: cannabis (9.6%), tabaco(14.9%) y el alcohol(27.4%). Se identificaron 8 conductas de riesgo entre los adolescentes. Se concluyó que a prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses fue de 33.7%. Las conductas riesgosas con significancia estadística son: tener relaciones sexuales en lugares y condiciones desfavorables, haber conducido a exceso de velocidad y participado en carreras ilegales de moto u otro vehículo, pensado en abandonar la escuela.

Palabras claves: consumo, sustancia psicoactiva, conductas riesgosas

CONTENIDO

I.	INTRODUCCIÓN.....	1
II.	ANTECEDENTES.....	4
III.	JUSTIFICACIÓN.....	8
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
V.	OBJETIVOS.....	12
	5.1 Objetivo general.....	12
	5.2 Objetivos Específicos.....	12
VI.	MARCO TEÓRICO.....	13
VII.	DISEÑO METODOLÓGICO.....	38
VIII.	RESULTADOS.....	40
IX.	DISCUSIÓN.....	46
X.	CONCLUSIONES.....	50
XI.	RECOMENDACIONES.....	51
XII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53
XIII.	ANEXOS O APÉNDICES.....	57



I. INTRODUCCIÓN.

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

Las situaciones relacionadas con el consumo problemático de sustancias legales y el uso de ilegales representan un desafío para la sociedad en general y en particular para los sistemas de salud ya que conllevan una carga de morbilidad, mortalidad y discapacidad importante y efectos económicos. (UNODC, 2009). En América Latina, la droga ilícita más consumida por los adolescentes es la marihuana, que frecuentemente se consume junto con alcohol y tabaco. Brasil y Chile son los países de América Latina donde se observa una mayor prevalencia de opiáceos. Argentina, Colombia y Uruguay son los de mayor consumo de cocaína de acuerdo a los informes de UNODC/CICAD. (Lucchese, 2012).

Según, el estudio multi-céntrico de la OPS sobre alcohol, género, cultura y daños en las Américas concluye que el consumo de alcohol es elevado comparado con los promedios mundiales, que la ingesta episódica intensa considerada la más peligrosa es elevada entre hombres y mujeres jóvenes, que la carga de morbilidad es elevada en adultos jóvenes así como los trastornos neuro-psiquiátricos constituyen una importante proporción de años de vida perdidos y de años de vida ajustados a la discapacidad. Para Nicaragua los resultados de este estudio muestran que la menor proporción de abstemios está en el grupo de edad de 18 a 29 años y que esta incrementa se incrementa con la edad; los abstemios son un grupo mayor con relación a los no abstemios; la prevalencia de consumo excesivo ocasional es mayoritaria en los varones de 18 a 29 años, al igual que las peleas y lesiones al beber, la bebida más consumida en nuestro país son los licores o bebidas espirituosas (OPS, 2007).



A nivel mundial más de un tercio de los estudiantes de educación media, tiene una o más conductas de riesgos, aun cuando se ha considerado un grupo saludable con pocas cifras de morbimortalidad, pero al analizar las causas de estos indicadores y sus determinantes se encuentran factores que amenazan el bienestar y salud de este grupo. El riesgo es relativo según el grupo poblacional, es necesario conocer las percepciones que los jóvenes tienen ante los factores que conllevan a desarrollar estas conductas que concomitantes una de la otra.

Existe amplia literatura sobre las conductas de riesgos antes mencionadas y otras más; pero en su mayoría se centra en cada una de ellas y pocas conjuntamente. En Nicaragua el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia informo que el 71.4% de los nuevos casos de VIH en adolescentes de 15 a 19 años, ocurrió en mujeres, en el 2006. Además de mil adolescentes encuestados, UNICEF, informo que el 30.5% ha iniciado su actividad sexual; en promedio inician su vida sexual a los 15.3 años, tiene relaciones sexuales con 2 parejas en promedio, y solo el 42.3% siempre usa condón en sus relaciones sexuales. (Gallardo Bravo, 2013). Debemos tener en cuenta que los comportamientos de riesgo no son universales ni se producen en la adolescencia de forma homogénea, sino que son dinámicos y cambiantes en la dimensión espaciotemporal.

Por ello, se ha planteado el interés en estudiar los contextos en donde estas conductas tienen lugar y los significados asociados por sus actores. Además, una serie de variables marcan diferencialmente su presencia, así como la percepción y valoración del riesgo, lo cual no nos permite la generalización de los mismos a todas las poblaciones de adolescentes. Se ha señalado que los comportamientos de riesgo están relacionados y condicionados por las características del entorno y el área geográfica. De esta forma, algunos comportamientos de riesgo pueden emerger en mayor o menor medida dependiendo del área rural, urbana o suburbana. (Meneses Falcón, y otros, 2008)

Esta investigación permitirá tener una visión contextualizada de la situación de consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito educativo, por lo que tiene como objetivo Determinar la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas y conductas de riesgo



UNAS - León



en estudiantes de décimo grado del instituto Eliseo Picado del municipio de Matagalpa durante el I semestre del año 2021.



II. ANTECEDENTES

El uso de sustancias psicoactivas es un problema de salud pública en el mundo, sea a través de las enfermedades relacionadas al uso del alcohol, tabaco y otras drogas, sea por las consecuencias sociales del abuso o del tráfico de drogas ilícitas. La tecnificación y la comunicación han desplazado el uso tradicional de sustancias, regulado normativamente y ha tenido una clara significación cultural, además han impuesto nuevos patrones de consumo caracterizados por sustancias y métodos cada vez más accesibles y potentes. (Morales Alfaro, Herrera, Guidorizzi Zanetti, & Gherardi-Donato, 2014)

Según (UNODC, 2013)) El cannabis sigue siendo la sustancia ilícita más consumida en el mundo. Se registró un pequeño aumento de la prevalencia de consumidores de cannabis (180,6 millones, es decir, el 3,9% de la población de 15 a 64 años de edad) frente a las anteriores estimaciones de 2009.

En 2011 se estimó que entre 167 y 315 millones de personas de 15 a 64 años de edad habían consumido una sustancia ilícita en el año anterior, es decir, entre el 3,6% y el 6,9 % de la población adulta. La prevalencia del consumo de drogas ilícitas y el número de consumidores de drogas problemáticos, con trastornos debidos al consumo de drogas o dependencia, han seguido siendo estables. Desde 2009, la prevalencia del consumo de cannabis, opioides y opiáceos ha aumentado, mientras que la del consumo de cocaína, estimulantes de tipo anfetamínico y sustancias del grupo del éxtasis parece haber mantenido una tendencia descendente entre 2009 y 2011. Desde 2008, sin embargo, se ha registrado un incremento global del 18% en el número total estimado de personas que habían consumido una sustancia ilícita en el año anterior, lo que hasta cierto punto denota un crecimiento de la población mundial y un ligero aumento de la prevalencia del consumo de drogas ilícitas. (UNODC, 2013)

En el 2010 desarrollaron un estudio para caracterizar a estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAN León y su relación con drogas lícitas e ilícitas, mediante un estudio descriptivo transversal realizado en el año 2008 en la Ciudad de León, en



Nicaragua. Se utilizó un cuestionario anónimo autoaplicado SAMSHA (Substance Abuse and Mental Health) adaptado a la realidad Nicaragüense, el que fue respondido por un total de 954 estudiantes entre 17 y 35 años, de ambos sexos, de las carreras profesionales de dicha facultad. Encontrándose 52,6% de uso de alcohol, 25,3% de Tabaco, 48,7% de Medicamentos y 2,6% de Cocaína. (Castro, Cortés, Pereira Vasters, & Lobo da costa, 2010).

En la ciudad de Estelí en el 2015 la prevalencia de consumo de sustancia psicoactivas fue de 46.5%, para los que habían consumido alguna vez en la vida, 42.4% los que consumieron en los último doce meses y de 19.2 % los que consumieron en los último 30 días Debutando al consumo con mayor frecuencia a los 15 año. (Gutiérrez, 2015)

Investigación sobre Poli consumo de sustancias psicoactivas en esta misma ciudad en el 2017 indican que las drogas más utilizadas fueron el Alcohol + tabaco, esta combinación fue la de mayor porcentaje con un 83% en los últimos 12 meses, seguido el tabaco+ marihuana con el 48%, y finalmente Alcohol + Tabaco + marihuana con 43% y en los últimos 30 días, resulta que el que más se ha consumido es el Alcohol+ tabaco + marihuana con el 39% con igual proporción la combinación del policonsumo del alcohol + tabaco, en segundo lugar el tabaco + marihuana con un 17% y por último el alcohol + cocaína con un porcentaje de un 9%. (Mayorga, 2017)

Son numerosos los comportamientos de riesgo estudiados en la adolescencia, entre los que podemos destacar el consumo de drogas, las relaciones sexuales precoces y sin medidas de protección, intentos de suicidio, trastornos de la alimentación, conductas de inseguridad vial, comportamientos violentos y antisociales, etc. (Meneses Falcón, y otros, 2008). El 02 de Mayo de 2012 la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó un nuevo informe sobre las conductas de riesgos de los adolescentes en 39 países Europeos, además de algunas naciones en América del Norte, basado en encuestas a más de 200.000 jóvenes en edad de 15 a 17 años (3). Algunos de los hallazgos relevan que los índices de obesidad varían drásticamente entre países. Por ejemplo, Portugal y



UNAN - León



Estados Unidos, la tasa de sobrepeso de las niñas de 11 años es de 20 y 30% respectivamente mientras que en Suiza es solamente del 5%. (Gallardo Bravo, 2013)

El estudio Adolescencia, consumo de drogas y comportamientos de riesgo: diferencias por sexo, etnicidad y áreas geográficas en España refleja que Las conductas relacionadas con la violencia mostraron mayores porcentajes en el grupo de los adolescentes madrileños, los mayores porcentajes en las conductas de inseguridad vial se presentaron en jóvenes andalucenses, el mantener relaciones sexuales bajo el consumo de drogas y alcohol fue un comportamiento minoritario pero más prevalentes entre los varones. (Meneses Falcón, y otros, 2008)

Investigación realizada en Chile con el objetivo de comparar el patrón de consumo y el perfil de conductas de riesgo en consumidores no consultante de pasta base de cocaína y clorhidrato de cocaína encontró que las conductas de riesgo más frecuentes en este grupo son las sexuales (nunca uso de anticoncepción, sexo por dinero y droga por sexo), autolesiones, intento de suicidio, negligencia en el cuidado de menores, comisión de delitos y porte de arma, presentándose en mayor proporción en los consumidores de PBC. (Santis, y otros, 2007)

Investigación realizada en Chile con el objetivo de comparar el patrón de consumo y el perfil de conductas de riesgo en consumidores no consultante de pasta base de cocaína y clorhidrato de cocaína encontró que las conductas de riesgo más frecuentes en este grupo son las sexuales (nunca uso de anticoncepción, sexo por dinero y droga por sexo), autolesiones, intento de suicidio, negligencia en el cuidado de menores, comisión de delitos y porte de arma, presentándose en mayor proporción en los consumidores de PBC. (Santis, y otros, 2007)

En Nicaragua se han realizado algunos estudios sobre las conductas de riesgos en los y las adolescentes. En el 2009 el estudio “Las drogas en el comportamiento social de los adolescentes” realizado en el municipio de León refleja que el 30% de los adolescentes entrevistados y consumidores de sustancias psicoactivos se han visto involucrados en la



comisión de delitos (asaltos), agresión física con un 25%, discusiones entre amigos con 10% y alteración al orden público con un 15%. (Castillo Rojas, Medina Gullén, Solorzano, & Valladares, 2009)

En el 213 se realizó un estudio sobre conductas de riesgos en adolescentes estudiantes de tres colegios de Juigalpa Chontales; los resultados indican que el 33% de los adolescentes de los tres colegios habían realizado un plan suicida en algún momento de su vida, predominando un 62% del sexo Femenino, y para la salud destacando el consumo de drogas y conducir bajo el efecto del alcohol. Las tasas de consumo de alcohol son similares para el sexo femenino (54%) y sexo Masculino (46%), y mayor en las adolescentes. (Gallardo Bravo, 2013)

La investigación realizada por la Doctora García Hernández sobre las conductas sexuales de riesgo en adolescentes de un colegio de Managua refleja que: al analizar la asociación de las diferentes conductas de riesgo los estudiantes que trabajan tienen dos veces más probabilidad de iniciar relaciones sexuales precoces, y los estudiantes con mal rendimiento académico y que se ausentan con frecuencia tienen tres veces más probabilidades de ser activos sexualmente, así mismo los adolescentes que fuman tienen siete veces más probabilidades de iniciar su vida sexual activa en comparación con los que no fuman. Al analizar el comportamiento sexual el 40,5% de los encuestados habían iniciado relaciones sexuales a edades tempranas, en cuanto al uso rutinario de preservativo 47% manifestó nunca usarlo. (Hernández, 2015)



UNAS - León



III. JUSTIFICACIÓN

El Informe Analítico de la OEA del año 2013, al reflexionar sobre cuál es el Problema de las Drogas menciona que: “Todos viven el problema, pero lo viven de manera distinta. Y lo mismo ocurre con los países, para los cuales el problema se manifiesta de manera diferente según sus realidades específicas. Los niveles de desarrollo económico, las estructuras institucionales, las prioridades políticas, son diferentes entre nuestros países, como también lo son los patrones de consumo de drogas, los temas de salud y los efectos de la actividad del crimen organizado asociados al problema. Lo cierto es que nuestros países sienten y viven de manera diversa lo que denominamos “Problema de las Drogas” e incluso al interior de cada uno de ellos dicho fenómeno puede llegar a plantearse de manera diversa en el ámbito rural y en las áreas urbanas. Ello ocurre no sólo debido a la diversidad existente entre los países del Hemisferio, sino porque el problema mismo se compone de diferentes manifestaciones que afectan también, de manera diferenciada a cada uno de los países” (OEA, 2015)

La aparición de nuevas drogas y nuevos patrones de consumo, unido a que el problema ya no afecta a poblaciones marginales o grupos considerados tradicionalmente de riesgo, sino que es en la adolescencia donde se producen los primeros contactos con las drogas así como la instauración y consolidación de problemas relacionados con la salud o el ajuste social, ha despertado la necesidad de abordarlo de forma integral, propiciando la participación del conjunto de la sociedad de las instituciones que la representan.

Por tal razón es una necesidad conocer los patrones de consumo en el contexto educativo ya que estos pueden ser cambiantes a medida que se integran a él nuevos mercados, nuevas sustancias y modas entre los adolescentes sumado a esto los cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales que se producen en la adolescencia, aparecen más conflictos con los progenitores, con resistencia a su autoridad, cambios en el estado de ánimo y aparición de conductas arriesgadas que pueden o no ser desencadenadas por el consumo de sustancias psicoactivas y que no solo pueden afectar a los adolescentes consumidores sino a otras personas de esta



manera se pueden realizar posibles intervenciones para la prevención y atención tomando como referencia particularidades contextualizadas.



IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Informe Mundial sobre las Drogas del 2012, la prevalencia mundial de consumo de alcohol, tabaco y de sustancias ilícitas es de 42%, 25% y 3.4-6.6%, respectivamente (UNODC, 2012). Según el Informe del uso de drogas en las Américas 2015, en la región las prevalencias mínimas y máximas de consumo de alcohol, tabaco y de sustancias ilícitas es de 18-65% (durante el último año), 5-34% (durante el último mes) y 6-20% (CICAD/OEA, 2015). La frecuencia de estas sustancias en Nicaragua es de 42%, 36.5% y 6%, respectivamente (OPS, 2007a). (OEA, 2015)

Según la publicación de la Salud en las Américas (2007) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en Nicaragua el 78.7% de los hombres y 43.8% de las mujeres han consumido alcohol alguna vez. Las prevalencias de mayor consumo correspondieron a: tabaco (36.5%), alcohol (42%), tranquilizantes (16%), marihuana (6%), cocaína (1%), crack (0.5%) e inhalantes (1%) (OPS, 2007).

Por otro lado, investigaciones sobre el consumo de drogas en la juventud muestran este como un comportamiento de riesgo que puede estar relacionado con otras conductas de riesgo. La revisión bibliográfica sugiere evidencia de alto consumo de sustancias psicoactivas e impacto en la salud pública de manera general.

Según estudios realizados mundialmente, en Agosto de 2011, por la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada año mueren más de 2,6 millones de adolescentes de 15 a 17 años por causas prevenibles y dan luz aproximadamente 16 millones de mujeres adolescentes, estos jóvenes representaron el 40% de todos los casos nuevos de infección por VIH registrados entre los adultos del 2009; en el periodo de un año, aproximadamente el 20% de estos sufren un problema de salud mental, como depresión o ansiedad y se estima que unos 150 millones consumen tabaco. Cada día mueren aproximadamente 430 a causa de la violencia interpersonal. Además, como promedio el 25% de los jóvenes con 15 años son sexualmente activos. (Gallardo Bravo, 2013)



UNAN - León



Las conductas riesgosas más relevantes son las violentas y asociadas a accidentes, las cuales se han convertido en las principales causas de muerte en adolescentes, a estas se les suma muertes por una vida sexual sin protección, que expone a los jóvenes a infecciones como el VIH, el embarazo se ha convertido en algo muy común entre las jóvenes, el uso de sustancias que se observa cada día más a edades tempranas, siendo los jóvenes instruidos por sus padres o amigos a consumir cigarrillos, licor u otras sustancias predisponiéndoles a padecer en un futuro de patologías asociadas al consumo de estas drogas a llevarlos a la muerte.

El estudio de las conductas de riesgo en adolescentes ha adquirido relevancia en la actualidad debido al incremento de jóvenes involucrados en actos delincuenciales, la experimentación con drogas, la deserción escolar, los embarazos no deseados, las manifestaciones de violencia, entre otros. Por ello, las conductas de riesgo adolescente han pasado a constituir una preocupación creciente de los medios de comunicación masiva, los educadores y los formuladores de política.

Por lo anteriormente descrito se considera importante conocer ¿Cuál es la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas y las conductas de riesgo en estudiantes de undécimo grado del Instituto Eliseo Picado del municipio de Matagalpa durante el I semestre del año 2021?



V. OBJETIVOS



5.1 Objetivo general.

Conocer la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas y las conductas de riesgo en estudiantes de undécimo grado del Instituto Eliseo Picado del municipio de Matagalpa durante el I semestre del año 2021.

5.2 Objetivos Específicos.

1. Describir las características sociodemográficas de los participantes.
2. Determinar la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas.
3. Identificar las conductas de riesgo asociado al consumo de sustancias psicoactivas en los estudiantes participantes del estudio.



UNA - León



VI. MARCO TEÓRICO.

Aspectos conceptuales.

La adolescencia es una etapa de la vida caracterizada por múltiples cambios físicos, sexuales, conductuales y actitudinales; así mismo existen diferentes enfoques y disciplinas que se encargan de definir este período.

Cronológicamente: De acuerdo al criterio utilizado por la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia se la define como el lapso de tiempo que comprende entre los 10 y los 19 años. Este período, a su vez, puede ser subdividido en tres fases: adolescencia temprana, media y adolescencia tardía. La duración de estas etapas varía tanto individual como culturalmente, aunque en términos generales se puede afirmar que la primera va desde los 10 a los 13 años, la segunda desde los 14 a los 16 años y la tercera desde los 17 a los 19 años, respectivamente. (OMS, 2000)

Sociológicamente: Es el período de transición que media entre la niñez dependiente y la edad adulta y autónoma, tanto en los aspectos económicos como sociales.

Psicológicamente: “La adolescencia es un período crucial del ciclo vital, en el cual los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanzando su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que obtuvieron en su crecimiento previo, recuperando para sí las funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida propia.” (Espinoza, 2013)

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

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



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

La O.M.S. sostiene que el inicio y el mantenimiento del consumo se producen, según cada caso, por uno o por la combinación de varios de los siguientes motivos: Satisfacer la curiosidad sobre la droga o estar siempre en el grupo de iguales.

Adquirir la sensación de pertenencia a un grupo, expresar independencia, hostilidad y rebeldía, experimentar situaciones emocionantes o peligrosas, adquirir un estado superior de conocimiento o capacidad creadora, Conseguir sensación de bienestar y tranquilidad, necesidad de evasión o escape (OMS, 2000).

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), por uso de una droga se entiende el consumo de una sustancia que no produce consecuencias negativas en el individuo. Este tipo de consumo es el más habitual cuando se usa una droga de forma esporádica. El abuso se da cuando hay un uso continuado a pesar de las consecuencias negativas derivadas del mismo. La dependencia surge con el uso excesivo de una sustancia, que genera consecuencias negativas significativas a lo largo de un amplio período de tiempo. También puede ocurrir que se produzca un uso continuado intermitente o un alto consumo sólo los fines de semana. (Vázquez & Nava, 2014)

Dependencia de sustancias

El consumo de alcohol y drogas es una conducta cuya prevalencia presenta actualmente una curva ascendente a nivel mundial. La dependencia de sustancias incluye dos conceptos: dependencia psicológica y dependencia física.



La dependencia psicológica enfatiza en las actividades de búsqueda de la sustancia y la evidencia de patrones de uso patológico, y la dependencia física enfatiza en los efectos físicos de los múltiples episodios de uso de la sustancia.

Abuso de sustancias: está caracterizado por la presencia de al menos un síntoma que indica que el uso de la sustancia interfiere con la vida de la persona. Existen drogas de entrada a drogas más fuertes; proponiéndose los siguientes estadios en el consumo: primero uso de cerveza o vino, luego uso de cigarrillos o licores con alto contenido de alcohol, tercero uso de marihuana y cuarto uso de otras drogas ilícitas.

Las sustancias psicoactivas: son aquellas cuyo consumo puede alterar los estados de conciencia, de ánimo y de pensamiento. Son sustancias psicoactivas, por ejemplo, el tabaco, el alcohol, el cannabis, las anfetaminas, el éxtasis, la cocaína y la heroína. Las sustancias psicoactivas constituyen un lastre notable para la sociedad en términos de salud. El consumo de estas sustancias, ya sea por placer o para aliviar el dolor, puede dañar la salud y acarrear problemas sociales a corto y largo plazo. (Fernández Hermida, 2003)

La delincuencia en adolescentes tiene una relación importante con el consumo de sustancias psicoactivas así, el tipo de delito y la sustancia están asociados a la pauta comportamental que marca la actividad delictiva y también al de dicha actividad; estos patrones son determinantes al momento de analizar la conducta disfuncional de los adolescentes. Cabe señalar que el hecho de que la sustancia con la que se comienza el consumo sea la marihuana, informa acerca de la derivación que tiene el uso del cigarrillo y el alcohol como sustancias iniciadoras, pues la inducción al consumo del tabaco actúa como puente social hacia el consumo de drogas “duras” o psicotrópicas.

El tiempo de ocio puede ser un factor de riesgo elevado en la etapa de la adolescencia, escenario vital donde se ve muy comprometida la salud física y psicológica, lo cual puede disminuir la efectividad de las habilidades de supervivencia, aumentar la deserción e inasistencia escolar además de propender una estructuración



débil e inadecuada de un plan de vida positivo con pro socialidad y sentido de lo social-comunitario, mismo que posibilite la adquisición de buenos hábitos que vayan en pro de sí mismo y de la sociedad.

Sustancia o droga psicoactiva: Sustancia que, cuando se ingiere (oral, nasal, intramuscular o intravenosa), afecta a los procesos mentales, p. ej., a la cognición o la afectividad. Este término y su equivalente, sustancia **psicotrópica**, son las expresiones más neutras y descriptivas para referirse a todo el grupo de sustancias, legales e ilegales, de interés para la política en materia de drogas. “Psicoactivo” no implica necesariamente que produzca dependencia sin embargo en el lenguaje corriente, esta característica está implícita, en las expresiones “consumo de drogas” o “abuso de sustancias”.

- **Consumo (use alcohol or drug):** Autoadministración de una sustancia psicoactiva.
- **Consumo abusivo (drinking, heavy)** Patrón de consumo que excede un estándar de consumo moderado o consumo social. Se define normalmente como el consumo que supera un volumen diario determinado (p. ej., tres bebidas al día) o una cantidad concreta por ocasión (p. ej., cinco bebidas en una ocasión, al menos una vez a la semana).
- **Consumo de riesgo (hazardous use, hazardous drinking):** Patrón de consumo de sustancias que eleva el riesgo de sufrir consecuencias nocivas para el consumidor. Algunos autores limitan estas consecuencias a las de tipo físico y mental (como en el consumo perjudicial), mientras que otros incluyen también las consecuencias sociales. A diferencia de consumo perjudicial, el consumo de riesgo se refiere a modelos de consumo que tienen importancia para la salud pública, pese a que el consumidor individual no presenta ningún trastorno actual. Este término se utiliza actualmente por la OMS, pero no figura entre los términos diagnósticos de la CIE-10 (ICD-10).
- **Consumo excesivo (drinking, excessive):** Término desaconsejado actualmente para referirse a un hábito de consumo que excede el estándar de **consumo moderado** o aceptado. Un equivalente aproximado que se utiliza hoy en día es “**consumo de riesgo**”. En CIE-8 se hacía una distinción entre dos tipos de



consumo excesivo de alcohol: el episódico y el habitual, donde el consumo excesivo era aparentemente equivalente al de intoxicación etílica. El consumo excesivo episódico consiste en episodios relativamente breves algunas veces al año. Pueden durar varios días o semanas. El consumo excesivo habitual es el consumo regular de grandes cantidades de alcohol como para perjudicar la salud de la persona o el orden social.

- **Consumo experimental (experimental use)** En general, las primeras veces que se consume una droga determinada (a veces incluye el tabaco o el **alcohol**). El término se refiere en ocasiones a un consumo extremadamente infrecuente o inconstante.
- **Consumo moderado (drinking, moderate):** Término inexacto para definir un hábito de bebida que, por deducción, contrasta con el **consumo abusivo**. Denota un consumo de cantidades moderadas que no causa problemas. A veces, esta expresión se compara también con “consumo de riesgo bajo”.
- **Consumo perjudicial (harmful use, drinking harmful):** Patrón de consumo de una sustancia psicoactiva que causa daño a la salud. El daño puede ser físico (p. ej., hepatitis por inyección de drogas) o mental (p. ej., episodios depresivos secundarios a una ingestión masiva de alcohol). El consumo perjudicial comporta a menudo, aunque no siempre, consecuencias sociales adversas; sin embargo, estas consecuencias por sí solas no son suficientes para justificar un diagnóstico de consumo perjudicial. El término se introdujo en la CIE-10 (ICD-10) y sustituyó a “consumo no dependiente” como término diagnóstico. El equivalente más aproximado en otros sistemas diagnósticos es “abuso de sustancias”, que normalmente incluye las consecuencias sociales.
- **Consumidores problemáticos de drogas:** Personas que usan drogas con un alto grado de riesgo, por ejemplo, las que se inyectan, las que consumen diariamente y/o las que tienen drogodependencia diagnosticada sobre la base de criterios clínicos contenidos en la CIE-10 y en el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (cuarta edición) de la American Psychiatric Association, u otros criterios o definiciones similares aplicables. (Campo, 2016)



Clasificación de las Drogas:

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

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

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

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

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

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

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

Por su Origen:

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

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



Por su regulación legal:

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

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

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

Por la dependencia:

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

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

Por su afectación a la conciencia:

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

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

Por sus efectos sobre el Sistema Nervioso Central:

1. Drogas estimulantes: café, tabaco, té, anfetaminas y la cocaína.
2. Drogas sedantes/depresoras: alcohol, morfina, heroína y algunos de los llamados somníferos y sedantes.
3. Drogas distorsionantes o deformantes de las percepciones: el LSD, la marihuana, el ICE (metanfetamina en su forma fumable) y algunos hongos, determinantes de alucinaciones y de ilusiones.

Según su grado de dependencia:

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



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

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

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

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

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

Durante todo este periodo del síndrome, el infortunado toxicómano no puede ni dormir ni descansar. Calambres dolorosos lo mantienen en la cama presa de una agitación incesante. Bien se levanta y pasea, bien se echa en el suelo. Salvo cuando se trata de



un individuo excepcionalmente estoico (y pocos toxicómanos los son, puesto que normalmente los estoicos no se entregan a los estupefacientes), llena el aire con gritos de desesperación. (Videa., 2016)

Factores de riesgo

En el desarrollo mental se encuentran en juego una serie de factores que según la capacidad de respuesta de la persona genera mecanismos de adaptación favorable o desfavorable. Estos factores de riesgo se refieren a las diferentes circunstancias inmersas en la vida del individuo que pueden desencadenar con mayor facilidad un comportamiento de carácter adictivo.

- **Factores de riesgo genéticos:** Se refieren a la mayor vulnerabilidad por parte de algunos individuos con respecto a otros, aun compartiendo circunstancias similares; esta susceptibilidad muy probablemente es transmitida genéticamente. Cabe mencionar la relación entre estos factores genéticos y las características del medio ambiente que pueden favorecer o no su desencadenamiento.
- **Factores de riesgo de trasmisión familiar:** La mayor predisposición al alcoholismo y consumo de sustancias, es decir, a la dependencia en general, se puede originar debido a la convivencia con otros consumidores, la permisividad ante el uso de las sustancias, la carencia de vínculos afectivos adecuados entre los miembros de la familia, la pobre participación de los padres en la educación de sus hijos, el ejercicio inadecuado de la autoridad (por exceso o defecto), pautas de disciplina incorrectas o inconstantes, desintegración familiar, sobreprotección, patrones de comunicación negativos como críticas permanentes y culpabilización, y el predominio de una comunicación conflictiva.
- **Factores de riesgo individuales:** La edad es un factor importante a tener en cuenta; el adolescente y el adulto joven del género masculino presentan mayor predisposición a iniciarse en el consumo. La conducta que puede resultar corresponde a estados de agresividad, violencia y en general comportamientos antisociales. De otro lado, algunos estados emocionales pueden prevalecer: la depresión, hostilidad, ansiedad y baja autoestima.



- **Factores de riesgo socioculturales:** La sociedad de consumo lleva implícitos mecanismos de seducción, lo que es favorecido en gran parte por los medios de comunicación; por ejemplo, la atractiva publicidad relacionada con el cigarrillo y el alcohol. Los grupos de pares son los que más se asocian con el inicio y mantenimiento del consumo, y con respecto a la escuela de manera importante opera el modelo de maestros consumidores de tabaco o alcohol. De igual forma, pueden incidir la deficiencia de alternativas para el correcto manejo del tiempo libre, el modelo autocrático de autoridad y el predominio de un currículo academicista en vez de enfatizar en la formación humana. Finalmente, la disponibilidad de las sustancias en ciertos ambientes que rodean al joven como espectáculos, discotecas y variados sitios de encuentro de estos facilitan su acceso al consumo.
- **Factores psicosociales:** La presencia de factores relacionados con la salud y el desarrollo humano, expresados en síntomas inespecíficos como dolores difusos, trastornos del sueño, ansiedad o depresión, son indicativos de la habilidad de algunos individuos para detectar con mayor facilidad las manifestaciones psicológicas que pueden indicar una respuesta negativa a eventos determinados y el control que este mismo ejerce sobre dicho factor. (Campo, 2016)

Factores protectores

La literatura mundial no ha dado mayor trascendencia a los factores protectores, ya que en su mayor parte equivalen a la contraposición del factor de riesgo. Pero, se encuentran: la influencia positiva de grupo de amigos (pares, prácticas sanas sin riesgo), adecuados vínculos y comunicación entre padres e hijos (apoyo emocional), respeto a rituales básicos familiares donde hay intercambio de experiencias, soporte emocional y compañía mutua entre los miembros lo que implica mayor apego familia, el nivel de escolaridad más elevado, una adecuada autoestima, y la disponibilidad de áreas de esparcimiento.

Un estudio presentó una serie de factores protectores que evitan la llegada de la persona al consumo y abuso: religiosidad, actividades conjuntas en familia, diálogo abierto y



franco, expresiones de afecto, no consumo por parte de los padres, sentido de pertenencia, toma de decisiones por parte de los miembros de la familia, respeto a la autonomía y claridad de normas.

Específicamente relacionados con la mujer mencionan madres con roles positivos, restricción de la bebida a ocasiones especiales y el rechazo a la relación entre el modelo femenino y el consumo de alcohol (Pineda, 2001)

Carga de morbilidad atribuible a sustancias adictivas

1. El tabaquismo y el consumo de tabaco por vía oral

El tabaco es una planta originaria de América cuyo uso ha dejado de ser curativo y ceremonial. Esta droga se considera dentro de la clasificación de los estimulantes; su principio activo es la nicotina, que tiene una gran variedad de efectos complejos y, a veces, impredecibles tanto en la mente como en el cuerpo; es la responsable de la adicción al tabaco.

Según la OMS en el 2004 el 70% de las muertes causadas por el consumo de tabaco se produjo en países de bajos y medianos ingresos (LMIC). El fumar aumenta sustancialmente el riesgo de muerte por cáncer de pulmón y otros cánceres, enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular, enfermedad respiratoria crónica y otras condiciones.

El humo del tabaco y el tabaquismo durante embarazo también perjudica a otros. El tabaquismo está aumentando en muchos LMIC, mientras que de manera constante, pero está disminuyendo en muchos países de altos ingresos. A nivel mundial, el tabaquismo causa casi 71% de cáncer de pulmón, 42% de la enfermedad respiratoria crónica y 10% de la enfermedad cardiovascular. Es responsable de 12% de las muertes de hombres y el 6% de las muertes de mujeres en el mundo. Además, causó unos 5.1 millones muertes en el mundo en 2004, casi una de cada ocho muertes entre los adultos de 30 años y más. En la India, el 11% de las muertes en hombres entre 30-59 años fueron causados por el consumo de Tabaco.



Las tasas de mortalidad por enfermedades causadas por el tabaquismo son menores en los países de bajos ingresos que en los de medianos y altos ingresos, debido a las menores tasas de tabaquismo en los países de bajos ingresos. Debido a los grandes períodos de latencia para el desarrollo de cánceres y enfermedades respiratorias crónicas asociado con el tabaquismo, el impacto de las enfermedades causadas por el tabaquismo en la mortalidad de LMIC y para las mujeres en muchas regiones, seguirá aumentando durante al menos dos décadas, incluso si los esfuerzos para reducir el tabaquismo son relativamente exitosos (OMS, 2008).

2. Alcohol

Depresor del sistema nervioso central es la droga legal de más alto consumo y cuenta con un mayor número de adictos. Este se produce durante la fermentación de los azúcares por las levaduras y es el que provoca la embriaguez. (World Health Organization, 2011)

El alcohol contribuye a más de 60 tipos de enfermedades y lesiones, y puede también disminuir el riesgo de enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular y diabetes. Hay una amplia variación en el consumo de alcohol a través de las regiones. El consumo en algunos países de Europa del Este es casi 2.5 veces mayor que la media global de 6.2 litros de alcohol puro por año. Con la excepción de pocos países, los niveles más bajos de consumo están en África y el Oriente Mediterráneo.

El efecto neto de alcohol en las enfermedades cardiovasculares en las personas mayores puede tener un efecto protector en las regiones donde el alcohol se consume ligera a moderadamente en una forma habitual sin consumo excesivo de alcohol. Las muertes por accidente cerebrovascular isquémico serían 11% mayores en los países de altos ingresos si nadie bebiera alcohol. Sin embargo, incluso en los países de ingresos altos, el impacto global del alcohol sobre la carga de morbilidad es perjudicial (OMS, 2009)

Las regiones con mayores proporciones de muertes atribuidas al alcohol son Europa del Este (>1 de cada 10) y América Latina (1 de cada 12). En el mundo, el alcohol causa



más daño a hombres (6.0% de las muertes, el 7.4% de los AVAD) que a mujeres (1.1% de las muertes, 1.4% de los AVAD) lo que refleja las diferencias en los hábitos de consumo, tanto en cantidad como patrón de consumo. Además de la pérdida directa de la salud debido a la adicción al alcohol, este es responsable del 20% de las muertes debidas a accidentes de tránsito, 30% de muertes por cáncer de esófago y de hígado, epilepsia y homicidio, y 50% de por cirrosis hepática (OMS, 2008)

3. Uso de drogas ilícitas

El uso ilícito de opiáceos aumentó ligeramente durante el período de 2000 a 2004, en parte debido al aumento de la producción en Afganistán, lo que representa el 87% de la heroína ilícito en el mundo. Los consumidores de opiáceos se estima que han aumentado a casi 16 millones (11 millones de usuarios de heroína), sobre todo debido a los aumentos en Asia, que contiene la mitad de los consumidores de opiáceos del mundo. Es difícil estimar la magnitud del uso de drogas ilegales, y hay una considerable incertidumbre en el estimado de 245 000 muertes atribuibles al uso de drogas ilícitas. Los usuarios dependientes de inyección diaria durante años corren el mayor peligro, en particular del VIH / SIDA, sobredosis, suicidio y trauma.

A nivel mundial, el 0.4% de las muertes y el 0.9% de los AVAD se atribuyeron al consumo de drogas ilícitas en el 2004. Las cargas más altas per cápita del uso de drogas ilícitas se encontraban en LMIC de las Américas y el Mediterráneo oriental (OMS, 2008). La delincuencia en adolescentes tiene una relación importante con el consumo de sustancias psicoactivas así, el tipo de delito y la sustancia están asociados a la pauta comportamental que marca la actividad delictiva y también al de dicha actividad; estos patrones son determinantes al momento de analizar la conducta disfuncional de los adolescentes. Cabe señalar que el hecho de que la sustancia con la que se comienza el consumo sea la marihuana, informa acerca de la derivación que tiene el uso del cigarrillo y el alcohol como sustancias iniciadoras, pues la inducción al consumo del tabaco actúa como puente social hacia el consumo de drogas “duras” o psicotrópicas.



El hecho de no tener una adecuada ocupación del tiempo libre puede ser un factor de riesgo elevado en la etapa de la adolescencia, escenario vital donde se ve muy comprometida la salud física y psicológica, lo cual puede disminuir la efectividad de las habilidades de supervivencia, aumentar la deserción e inasistencia escolar además de propender una estructuración débil e inadecuada de un plan de vida positivo con pro socialidad y sentido de lo social-comunitario, mismo que posibilite la adquisición de buenos hábitos que vayan en pro de sí mismo y de la sociedad.

El consumo de alcohol y de otras drogas entre los adolescentes de las sociedades desarrolladas es un problema común. Al ser la adolescencia la etapa del desarrollo donde se forma la identidad individual y se produce la preparación hacia los diferentes roles sociales e individuales, es fácil entender como en este periodo es frecuente que los adolescentes experimenten con una amplia gama de actitudes y comportamientos entre los que se incluye el consumo de sustancias psicoactivas. (Gutiérrez, 2015)

En los inicios del consumo, quizás el papel determinante lo constituye el sujeto. Las drogas "cosas" están ahí, han existido y existirán. Es el hombre el que finalmente decide consumir, probar, o no consumir.

La curiosidad, la presión de grupo, la búsqueda continua de sensaciones y la búsqueda de alivio a desesperanzas aprendidas, son los factores que más frecuentemente están involucrados en la experimentación del consumo. Volver a consumir, continuar en el consumo y mantenerse consumiendo, depende de los resultados obtenidos en la primera experiencia.

Si el individuo tuvo un "mal viaje", una mala experiencia, con excepciones, no vuelve a consumir. Si su experiencia fue satisfactoria y el consumo experimental llena sus expectativas, encontró lo que buscaba u obtuvo un refuerzo positivo, el consumo se puede volver a presentar y continuar dependiendo del favorecimiento del contexto ambiental.



El contexto ambiental

Constituye otro de los elementos que condicionan el inicio, abuso y establecimiento de una posible dependencia. Hoy en día no se pone en duda que son muchos los factores ambientales que pueden determinar el desarrollo de una dependencia: factores familiares, socio-culturales, económicos, legislativos, educativos, laborales, etc. En el contexto familiar se pueden dar circunstancias que favorezcan el acercamiento al consumo, incluso que lo mantienen y pueden producir dependencia.

Factor Familiar

En ocasiones, la familia puede encontrarse en una situación de mayor vulnerabilidad al actuar al mismo tiempo varios estresores, o al acumularse varias tensiones previas como consecuencia de otras crisis no resueltas satisfactoriamente, ya que se produce una acumulación de cambios vitales y tensiones, a la vez que se produce un agotamiento o merma de los recursos interpersonales, sociales y económicos. (McCubbin & Thompson, 1987)

La desestructuración familiar, la carencia de disciplina y organización, las estructuras de comunicación inexistentes o deficientes, las actitudes de sobreprotección, los comportamientos agresivos a nivel psíquico o físico, el consumo/abuso de drogas por parte de los padres y/o los hermanos, incluidas las legales y la coadición por parte de la familia o alguno de sus miembros se constituyen en posibles factores determinantes del consumo/abuso/dependencia por parte de alguno de los miembros del grupo familiar. El grupo de iguales o pares, se constituye sin duda en uno de los factores de riesgo o de protección más importante para el consumo de drogas. En la propia naturaleza humana subyace siempre el deseo de integrarse a un grupo afín con el objeto de hacer intercambios sociales, de recibir apoyo, reconocimiento.

El grupo tiene unas leyes psicológicas diferentes a las de la psicología individual. En éste el liderazgo y la cohesión grupal son componentes básicos fundamentales. El grupo arrastra, contagia. En él tienen lugar fenómenos de, simulación, por tratar de parecerse, de identificarse el uno con el otro y todos con el grupo.



Esta actitud individual y grupal innata, presiona de manera directa (abierta) o indirecta (encubierta). Si en el grupo existe de manera individual o colectiva consumos de drogas, esta tensión empieza a presionar, por contagio social, curiosidad o por temer a no ser aceptado/a.

- **Relaciones Interpersonales:** la persona que es consumidora tiende a aislarse del grupo de amigos/as no consumidores y a unirse a personas que sí consumen. Al cambiarle su estado de ánimo, puede mostrarse triste, agresiva o inquieta.
 - **Familia:** se ve afectada desde diversos ángulos, hay una disminución económica al invertir el dinero en la compra de la droga, se produce una situación de angustia, tristeza y hasta de agresividad en el núcleo familiar. La comunicación puede verse afectada, y frecuentemente, el consumidor no asume el papel que le corresponde dentro de la familia, lo cual conlleva a que otros/as deben asumirlo.
 - **Trabajo y/o estudio:** se comienza a bajar el rendimiento laboral o académico, se presentan llegadas tardías, ausencias hasta el punto que se llega a perder el trabajo o se da el abandono de estudios.
 - **Economía:** se comienza a utilizar el dinero en la obtención de la droga y no para cubrir necesidades básicas, lo cual afecta no sólo a la persona consumidora sino a quienes le rodean o dependen de la misma.
 - **Recreación:** se empieza a asociar la recreación con el consumo, al punto que el consumo se convierte en el único interés.
 - **Psicológica:** tal y como se vio en los efectos de las drogas, se observan cambios en el estado de ánimo y de comportamiento, tanto en el núcleo familiar como social. El consumo conforme avanza, lesiona la autoestima de la persona.
- Física:** dependiendo del tipo de droga, la cantidad y la frecuencia con que se utilice, el organismo presentará una serie de alteraciones que provocarán diversos daños en distintos grados, inclusive la muerte.
- **Judicial:** se pueden dar contravenciones a la ley, como, por ejemplo: detenciones por estado de ebriedad, escándalos en la vía pública y pleitos. También pueden darse delitos mayores como los son los robos, estafas y atentados contra la vida. (Gutiérrez, 2015)



Conducta de riesgo

Se entiende por conducta de riesgo aquella que al ser ejecutada con intencionalidad consciente o no, tiene la probabilidad de producir un daño, enfermedad o lesión a uno mismo o a los demás. Una de estas conductas de riesgo es el consumo de alcohol y drogas. Dentro de los factores que favorecen el consumo de drogas en la adolescencia tenemos aspectos culturales, interpersonales, psicológicos y biológicos, incluyendo la disponibilidad de sustancias, privaciones económicas extremas, comportamiento problemático, bajo rendimiento escolar, inicio precoz de consumo. (Salazar, Ugarte, Vàsquez, & Loaiza, 2004)

La adolescencia constituye una etapa del desarrollo del ser humano en la que se evidencian importantes cambios psicológicos, biológicos y sociales; generalmente cambios bruscos, rápidos, repentinos o demorados. Con un ritmo acelerado crea ansiedad y con ritmo demorado crea zozobra e inquietud.

En este periodo son particularmente intensas las conductas de riesgos en los adolescentes; que son aquellas acciones voluntarias o involuntarias, realizadas por el individuo o comunidad, que pueden llevar a consecuencias nocivas. Estas conductas son múltiples y pueden ser biopsicosociales. En su desarrollo contribuyen diferentes características propias de la edad, entre las que se destacan la “sensación de invulnerabilidad” o mortalidad negada, la necesidad y alto riesgo de experimentación emergente, la susceptibilidad a influencia y presión de los coetáneos con necesidad de conformidad intragrupal, la identificación con ideas opuestas a los padres y necesidad de transgresión en el proceso de autonomía y reafirmación de la identidad, el déficit para postergar, planificar y considerar consecuencias futuras (corteza pre frontal en desarrollo) y otros como la influencia de la testosterona en hombres, la asincronía de desarrollo tanto a las mujeres (pubertad precoz y riesgos en sexualidad), como en hombres (retraso puberal y conductas para la validación de pares).

La subestimación de los riesgos es habitual en los adolescentes en diferentes circunstancias. Será más probable cuando está en juego su imagen, cuando se han



habitado a ellos mismos, cuando creen poder controlarlos y/o tienen expectativas de daños pocos significativos, cuando se relacionan con importantes ganancias personales o cuando tienen una actitud fatalista y creen que los riesgos son inevitables.

Constituyen grandes riesgos en los adolescentes: la nutrición y actividad física inadecuada, actividad sexual que pueda conducir a embarazo no deseado o infección, el uso y abuso de sustancias y las conductas que contribuyan a lesiones no intencionales y violencia (homicidio/suicidio). (Rosabal García, Romero Muñoz, Gaquín Ramírez, & Hrenández Mérida, 2015)

La prevención es la principal arma para evitar el daño y deterioro en jóvenes adolescentes y que estas conductas repercutan en la vida diaria y de trabajo de nuestros jóvenes o perpetúen padecimientos inicialmente banales hacia la cronicidad. Las estadísticas mundiales apuntan a riesgos elevados socio-conductuales de la salud del adolescente tanto en países desarrollados como aquellos en vías de desarrollo, lo que está estrechamente vinculado con el desarrollo científico y tecnológico, y las condiciones socioeconómicas de cada nación.

Desde la década del 90 se viene analizando la influencia de las conductas de riesgo en la salud integral de los adolescentes; *Gómez de Giraudo* hace referencia al tema al reunir una serie de factores:

1. Los personales: su historia personal; sus modos de resolver situaciones infantiles de conflicto; su programa neurobiológico; la utilización de determinados mecanismos habituales de defensa frente a situaciones desestabilizadoras de su identidad, etcétera.
2. Los precipitantes: la percepción subjetiva del impacto de las experiencias que le toca vivir; la capacidad de afrontamiento con que se maneja; el grado de capacidad y flexibilidad cognitiva para la resolución de problemas, etc.
3. Los de contexto: la existencia o no de redes de apoyo solidario con que cuente; el nivel de integración yoica; la capacidad para diferenciar lo real de lo imaginario y para procesar la información de manera coherente.



La interacción de todos estos aspectos va a determinar la peculiar manera en que cada adolescente resolverá qué grado de riesgos asumirá en sus respuestas adaptativas.

Cabría preguntarse por qué tantos adolescentes adoptan conductas de riesgo que ponen en peligro su salud y hasta su vida. Entre las explicaciones, tiene que ver con que no siempre perciben el riesgo como tal. Por una característica evolutiva propia de este período: el egocentrismo, ellos fantasean "historias personales" en las que no se perciben expuestos a ningún riesgo. Estas historias anulan en ellos el principio de realidad y los llevan a actuar como si esta no existiera o no importara.

Tienen una sensación de invulnerabilidad que los hace sentirse inmunes. Es un sentimiento que los lleva a sentirse diferentes y mejores que los demás y, además, especiales: "a mí no me va a pasar".

Hay algunos autores que entienden que las conductas de riesgo cumplen un papel positivo muy importante en el tránsito de la adolescencia a la etapa adulta, en la medida que pueden ser funcionales para lograr la autonomía de los padres, permitir cuestionar normas y valores vigentes, aprender a afrontar situaciones de ansiedad y frustración, poder anticipar experiencias de fracasos, lograr la estructuración del ser, afirmar y consolidar el proceso de maduración.

Según lo expresado, las conductas de riesgo no serían totalmente negativas. Lo que sería necesario discriminar es cuándo una conducta de riesgo pone al adolescente en situación de riesgo: cuando esa conducta lo lleva a poner en riesgo su salud o su vida y cuando sus comportamientos afectan la integridad o ponen en juego la vida de los otros. Donar un órgano para salvar a un familiar, alistarse como voluntario para ir a la guerra, morir por salvar a otro, pueden ser actos de sano heroísmo que no ponen al adolescente en situación de riesgo. Muchas de las conductas arriesgadas de los jóvenes y las travesuras que a veces dan dolores de cabeza a la familia, en la medida que no cumplan con las condiciones antes mencionadas, tampoco lo son.



Pero morir por sobredosis, matar a la novia de 13 puñaladas, asesinar a una religiosa de su colegio o al padre en un rito esotérico (elementos estos que nos proporciona la crónica periodística), no tienen la misma lectura. (Rosabal García, Romero Muñoz, Gaquín Ramírez, & Hrenández Mérida, 2015).

Los adolescentes deben también adaptarse a los cambios físicos (nueva imagen corporal) y cognitivos, establecer otro tipo de relaciones, responder al significado de su vida, continuar su educación, definir una profesión u ocupación, lograr autonomía e independencia, vivir su sexualidad, incorporarse al grupo de amigos y amigas, tareas todas de gran complejidad.

La intensidad puesta en el logro de estas *tareas del desarrollo* puede llevar a las personas jóvenes a involucrarse en comportamientos de riesgo. Desde el lado más bien psicosocial, es este el momento en que se confronta la necesidad de las personas jóvenes en demostrar sus recientes habilidades y capacidades y las oportunidades que ofrece la sociedad para lograr dicho cometido.

Algunas metas en la vida de los adolescentes son concebidas como tareas que deben cumplir las personas jóvenes como parte de su desarrollo. Estas tareas según Freire (1990), serían las siguientes:

- La reestructuración y consolidación de la imagen corporal, que existe desde que la persona es pequeña, pero que en la adolescencia –debido a las dramáticas transformaciones corporales que suceden- es necesario que se internalice en una nueva imagen corporal definitiva, que garantice que aun cuando el cuerpo cambie, la persona sigue siendo la misma. Esta incluye no sólo las formas físicas, sino también la manera cómo el individuo percibe su propia imagen y cómo ésta es percibida por los demás.
- El proceso de independencia y autonomía, económica, social y emocional de los padres, que entraña la separación física del hogar y la autopercepción de poseer capacidad de decidir por sí mismo, y de experimentar sentimientos profundos y amorosos por otras personas. Todo este proceso está muy ligado a la individuación



y al proceso de identidad, y contribuye al desarrollo de la valoración personal y de la autoestima.

- El establecimiento pleno de la identidad personal, que implica el conocimiento realista, auténtico y estable de lo que uno es, de cómo es, y de la manera como uno es apreciado y percibido por los demás.

El logro de una identidad clara y definida es la problemática central y fundamental del proceso psicosocial del adolescente y significa definir quién ser, en una síntesis entre la realidad interna y la realidad externa.

- El desarrollo y la asunción de un sistema de valores apropiado y satisfactorio para uno mismo, en relación al medio en que se desempeña, y que sea adaptable a otros medios.
- La programación de futuro, que implica las aspiraciones, la vocación, la búsqueda y el logro de habilidades y capacidades para convertirse en una persona social y económicamente estable e independiente. Está muy ligado al proceso de independencia.
- El desarrollo de una identidad psicosexual, que entraña el logro de una plena identidad sexual, de varón o mujer; la adaptación de los impulsos sexuales al propio código de valores y a los principios éticos y morales de la sociedad; y el normal funcionamiento y desempeño de un rol maduro y responsable.

Las tareas del desarrollo descritas anteriormente permiten entender muchas de las conductas adolescentes, si pensamos que muchas veces éstas sólo responden al intento por cumplir tales tareas, planteadas casi como imperativos sociales que deben lograrse para alcanzar el estatus de adulto.

Los comportamientos de riesgo, sin embargo, pueden comprometer estos aspectos psicosociales del desarrollo adolescente *exitoso*. El abuso de drogas, el abandono escolar, las relaciones sexuales sin protección, la iniciación sexual temprana y las conductas violentas son algunos ejemplos elocuentes.

Si la sociedad no es capaz de ofrecer recursos o condiciones que promuevan comportamientos alternativos en los jóvenes que les permitan canalizar de manera



productiva sus necesidades, disminuyendo la posibilidad de ver comprometida su salud y desarrollo, entonces quiere decir que la ayuda que se les brinda es insuficiente; y que no se está respondiendo a sus necesidades reales, ni menos se les está haciendo participar activamente en la creación de dichos espacios de reconocimiento e inserción social. Si se desea desestimular estos comportamientos riesgosos en las personas jóvenes, es importante brindarles mayores oportunidades de desarrollo creando mecanismos de inserción que los haga sentirse queridos, valorados y respetados por su comunidad.

Desde una perspectiva psicosocial se plantea una forma más amplia de comprender la conformación completa de los comportamientos adolescentes y promover esfuerzos para entender y alterar las circunstancias que dan origen y sostienen tales conglomerados o *síndromes* de comportamientos de riesgo adolescente.

Se encuentra que por lo general se está involucrado en más de un comportamiento de riesgo. Esto puede deberse a que dichas conductas pueden cumplir las mismas funciones, por ejemplo el uso de drogas, el sexo precoz, las manifestaciones de violencia juvenil, pueden ser una manera de lograr identidad, afirmar la independencia de los padres, incorporarse al grupo de amigos, o lograr aunque en un sentido negativo, reconocimiento social.

Jessor (1991) refiere que es necesario aproximarse a los comportamientos de riesgo desde un sistema teórico más amplio, que permita comprender los comportamientos de los adolescentes en general, y así mismo articule la perspectiva epidemiológica con el aspecto social del desarrollo psicológico.

El modelo conceptual propuesto por Jessor es un intento por hacer confluir la epidemiología con el desarrollo social y la psicología del desarrollo para dar explicación sobre los comportamientos de riesgo. El marco propuesto por el autor intenta identificar, por un lado, la relación entre las conductas riesgosas y sus efectos adversos para la salud física o psicosocial, y por el otro, identificar los factores determinantes de dichas



conductas. Estas se agrupan en cuatro dominios explicativos mayores o fuentes de variantes que son el *entorno social*, *percepción del entorno*, *personalidad*, *comportamiento*, y en un quinto dominio denominado *biología/genética*. (Sánchez, 1998)

Dentro del **medio social** considera como factores de riesgo la pobreza, la anomía normativa, la desigualdad racial y las oportunidades ilegítimas; de protección, las escuelas de calidad, la familia cohesionada, disponer de recursos vecinales y disponer de adultos interesados.

Dentro del **medio percibido** los factores de riesgo son los modelos de conducta desviada y los conflictos normativos entre padres y amigos; de protección, los modelos de conducta convencional y altos controles de la conducta desviada.

Dentro de **la personalidad**, como factores de riesgo considera la percepción de pocas oportunidades, baja autoestima y la propensión a correr riesgo; de protección, la valoración de los logros, la valoración de la salud y la intolerancia a la desviación.

Dentro de la **conducta**, como factores de riesgo los problemas con el alcohol y el bajo rendimiento escolar; de protección, la asistencia a la iglesia y participar en clubes escolares y de voluntarios.

Dentro de los factores de riesgo **biológico/genéticos** considera la historia familiar de alcoholismo y, de protección, la alta inteligencia.

Lo anterior muestra la complejidad para explicar la conducta de riesgo en adolescentes, la interrelación entre distintos factores entre sí, aunque también puede ocurrir que uno de ellos por sí solo tenga un efecto directo en la conducta de riesgo del adolescente, indirecto o mediador a través de las distintas conductas de riesgo.

Junto a los factores de riesgo y protección que considera la teoría de Jessor a lo largo de sus cinco dimensiones están las conductas de riesgo y los resultados del riesgo. (Becoña Iglesias, 2007)



Todos estos dominios juntos e interconectados constituyen la *telaraña causal*, concepto que alude a la necesidad de rastrear en una variedad de elementos psicosociales la aparición de ciertas manifestaciones comportamentales.

El modelo incluye los denominados *factores de protección*, los cuales resultan fundamentales para entender por qué algunos adolescentes expuestos a condiciones adversas no llegan necesariamente a desarrollar comportamientos de riesgo, y si lo hacen, pueden abandonar rápidamente dichas conductas.

Los factores de protección atenúan o actúan como balance, moderando, aislando el impacto de los riesgos en los comportamientos adolescentes y su desarrollo. Estos factores, según el modelo, operan en cada uno de los dominios conceptuales: ambiente social, cohesión familiar y vecinos involucrados; asimismo en la percepción del ambiente, los grupos de pares que modelan conductas convencionales, los controles sociales estrictos; en el dominio de la personalidad, actuarían el alto valor hacia el rendimiento académico y hacia la salud, y alta intolerancia hacia lo desviado; y en el dominio conductual, estar envuelto en comportamientos convencionales, como ir a la iglesia, o participar en actividades escolares, entre otros.

Este aspecto de la discusión plantea la necesidad de reflexionar acerca de la conveniencia de dirigir los esfuerzos hacia conductas específicas, o hacerlo desarrollando estrategias globales para influir en los estilos de vida de los adolescentes en su conjunto. Esto supondría un trabajo de coordinación intersectorial e interinstitucional que parta de la elaboración conjunta de una visión que sirva de horizonte a los programas diseñados.

Desde el enfoque de riesgo, la finalidad es intentar identificar los elementos asociados con la aparición de daño, y la búsqueda epidemiológica se ha orientado a localizar los agentes asociados con un incremento de las probabilidades de desencadenar eventos que comprometan la salud, la calidad de vida o la vida misma.



Asumiendo que los comportamientos constituyen factores de riesgo para la morbilidad y mortalidad, el cambio para la epidemiología es moverse desde su habitual focalización biomédica para plantearse una nueva tarea, esto es la comprensión de los comportamientos, de sus antecedentes y consecuentes. De esta manera, los enfoques de salud pública podrían tender puentes sólidos en favor de la comprensión de ciertas manifestaciones del proceso de salud enfermedad vinculadas más bien con aspectos sociales e idiosincráticos de las comunidades. (Sánchez, 1998)



VII. DISEÑO METODOLÓGICO.



Tipo de estudio: Descriptivo de Corte Transversal.

Área de Estudio: El estudio se realizó en el Instituto Nacional Eliseo Picado del Municipio de Matagalpa, ubicado frente a Medicina Legal

Población: La población es de 456 estudiantes de décimo grado.

Muestra y muestreo: El tipo de muestreo que se empleó fue el muestreo aleatorio simple. Para el cálculo de la muestra se utilizó el software Epi Info (Statcalc), basándose en un nivel de confianza de 95%, una frecuencia de dependencia de consumo de sustancias psicoactivas de 46.5%, error del 5%, obteniéndose así una muestra de 208 estudiantes.

Criterios de Inclusión:

1. Consentimiento para participar en el estudio.
2. Estudiantes del Instituto Eliseo Picado.
3. Estudiantes de décimo grado.
4. De todas las edades del grado.

Criterio de exclusión:

Estudiantes que se nieguen participar en el estudio.

Estudiantes que no cumplan con los criterios de inclusión.

Fuente de información: Primaria información obtenida de manera directa de los y las participantes.

Instrumento de Recolección Datos:

Cuestionario auto aplicable construido y validado por el Centro de Investigación en salud y Demografía. UNAN León, para lo que se consideró la adaptación teórica, validez y confiabilidad. El instrumento consta de tres acápite: Datos sociodemográficos, consumo de sustancias psicoactivas y otro referente a conductas de riesgo.



Procedimiento para la recolección de datos:

El instrumento de recolección de datos ha sido validado con estudiantes una muestra con características similares a la del estudio y revisado por expertos en investigación.

Se visitaron a las autoridades educativas para explicarles la finalidad del estudio, el instrumento a aplicar y solicitar su autorización para la aplicación. Posteriormente a cada participante se le explicó el objetivo de la investigación, sus fines y se solicitó su colaboración voluntaria para la aplicación de este.

Plan de análisis

Se creó una base de datos en el programa estadístico SPSS versión 21 donde se digitaron los datos obtenidos y posteriormente se generaron los reportes necesarios para su debido análisis: Tablas de frecuencia absoluta y porcentual, medidas de asociación por medio de RP (razón de prevalencia), con sus respectivos intervalos de confianza del 95%.

Consideraciones éticas.

- Se informó a las autoridades correspondientes del MINED.
- Se contó con el consentimiento informado de los y las estudiantes.
- Se respetará la confidencialidad.
- Se respetará el anonimato.



VIII. RESULTADOS.

Datos Generales

En la tabla N°1 se muestra la distribución de los 208 participantes por edad, sexo, Estado civil y religión. Se puede observar que en la distribución por edad la mayoría (41.8%) se concentra en la edad de 15 años, el 33.2% con 16 años de edad, el 16.8% con una edad de 17 años, el 4.8% con 18 años de edad, el 2.4% con 14 años de edad y el 1.0% con edad de 20 años. En cuanto al sexo el 47.1% son hombres y el 52.9% son mujeres. Referente al estado civil 1.0% es casado, 4.3% en unión de hecho estable, 0.5 separado(a) y el 94.2% solteros(as). Para el 55.3% de los(as) participantes sus creencias religiosas son muy importantes, el 36.5% las considera importantes, el 5.3% considera las creencias religiosas poco importante y el 2.9% no importantes.

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los participantes en el estudio. N=208

Demografía	N	%
Edad		
14 a 16 años(Adolescencia media)	161	77.4
17 a 20 años(Adolescencia tardía)	47	22.6
Sexo		
Hombres	98	47.1
Mujeres	110	52.9
Estado Civil		
Casado(a)	2	1.0
Unión de hecho estable	9	4.3
Separado(a)/divorciado(a)	1	0.5
Soltero(a)	196	94.2
Religión/creencia		
Muy importante	115	55.3
Importante	76	36.5
Poco importante	11	5.3
No es importante	6	2.9

Fuente: Primaria



Prevalencia de consumo de sustancia psicoactivas.

La tabla N°2 Muestra la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas: el 37.5% de los participantes han consumido algún tipo de sustancias psicoactivas alguna vez en su vida, el 33.7% ha consumido sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses y el 29.8% ha consumido en los últimos 30 días. Las edades de inicio de consumo fue de 10 y máximo de 17 años, siendo los 14 años (SD± 1) la edad promedio de inicio de consumo de sustancias psicoactivas.

Tabla 2. Prevalencia del consumo de sustancia psicoactiva en los participantes en el estudio. N=208

Consumo de sustancias psicoactivas	N	%
Consumo alguna vez en su vida	78	37.5
Edad promedio	14 años	
Desviación estándar	1 año	
Edad mínima	10 años	
Edad Máxima	17 años	
Consumo en los últimos 12 meses	70	33.7
Consumo en los últimos 30 días	62	29.8

Fuente: Primaria

Frecuencia de consumo

En la Tabla N° 3 se presenta la frecuencia del consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses y 30 días.

En los últimos 12 meses: el 9.6% de los participantes ha consumido cannabis, el 14.9% ha consumido tabaco, el 27.4% ha consumido alcohol, 3.8% ha consumido cocaína, 1% ha consumido crack y éxtasis, el 2.4% ha usado inhalantes, el 2.8% ha usado drogas prescritas, el 1.4% de los participantes ha consumido otras drogas.

En los últimos 30 días: el 7.7% ha consumido cannabis, 13.5% ha consumido tabaco, el 25.5% ha consumido alcohol, el 2.9% cocaína, el 1% ha consumido crack y éxtasis, el 0.5% ha consumido heroína e inhalantes, el 1.9% drogas prescritas, el 1.4% de los participantes ha consumido otras drogas.



Tabla 3. Tipo de sustancia psicoactiva consumida en los últimos 12 meses y 30 días en los participantes en el estudio. N=208

Tipo de sustancias psicoactivas	N	%	N	%
	Últimos 12 meses		Últimos 30 días	
Cannabis	20	9.6	16	7.7
Tabaco	31	14.9	28	13.5
Alcohol	57	27.4	53	25.5
Cocaína	8	3.8	6	2.9
Crack	2	1	2	1
Éxtasis	2	1	2	1
Heroína	-	-	1	0.5
Inhalante	5	2.4	1	0.5
Drogas prescritas	8	2.8	4	1.9
Otras drogas	3	1.4	3	1.4

Fuente: Primaria



En la tabla número 4 se observa que el consumo de sustancias psicoactivas se presenta con mayor incidencia los fines de semana con un 4.3% de consumo de cannabis, 6.3% de consumo de tabaco, 17.3% de consumo del alcohol, 1.4% de consumo de cocaína y 1% de consumo de drogas prescritas y 0.5% otras drogas.

Tabla 4. Tipo de sustancia psicoactiva consumida semanalmente, fin de semana y diario en los participantes en el estudio. N=208

Tipo de sustancias psicoactivas	N		%		N		%	
	Semanalmente	Fin de semana	Diariamente					
Cannabis	3	1.4	9	4.3	4	1.9		
Tabaco	8	3.8	13	6.3	7	3.4		
Alcohol	15	7.2	36	17.3	2	1		
Cocaína	2	1	3	1.4	1	0.5		
Crack	2	1	-	-	-	-		
Éxtasis	2	1	-	-	-	-		
Heroína	1	0.5	-	-	-	-		
Inhalante	1	0.5						
Drogas prescritas	1	0.5	2	1	1	0.5		
Otras drogas	2	1	1	0.5	-	-		

Fuente: Primaria



Modelo de consumo de sustancias y factores asociados.

La Tabla 5 describe el consumo de sustancias y factores asociados, encontrando que los estudiantes del sexo masculino tienen [1.3 (IC95%; 0.92-1.86)] veces más posibilidad de consumir sustancias psicoactivas en comparación con las mujeres; además se determinó que los estudiantes que se han llevado algo de una tienda sin pagar tienen [1.5 (IC95%; 0.81-1.60)] veces más posibilidad de estar bajo el consumo de sustancias.

Los estudiantes que han cruzado la calle aunque venga un vehículo tienen [1.1 (IC95%; 0.91-1.41.9)] veces más posibilidad de estar bajo el efecto de una sustancia psicoactiva.

Quienes han tenido relaciones sexuales en lugares desfavorables tienen [6.5 (IC95%; 1.01-41.9)] veces más posibilidades de estar bajo el consumo de alguna sustancia psicoactiva. Siendo esta relación estadísticamente significativa.

Las personas que han mentido o estafado para conseguir lo que quería o para evitar hacer algo tienen [1.2 (IC95%; 0.96-1.65)] veces más posibilidades de estar bajo el consumo de sustancias psicoactivas.

Las personas que han conducido a exceso de velocidad tienen [2.1 (IC95%; 1.28-3.47)] veces más posibilidades de estar bajo el consumo de sustancias psicoactivas y los estudiantes que han participado en carreras ilegales de moto u otro vehículo tienen [2.5 (IC95%; 1.17-5.37)] veces más posibilidades de estar bajo el consumo de alguna sustancia psicoactiva. Siendo ambas relaciones estadísticamente significativas.

Los estudiantes que han pensado en abandonar la escuela tienen [1.8 (IC95%; 1.20-2.84)] veces más posibilidades de estar bajo el consumo de una sustancia psicoactiva. Siendo esta relación estadísticamente significativa.

Los estudiantes que alguna vez ha intentado suicidarse tienen [1.1 (IC95%; 0.86- 1.47)] veces más posibilidades de estar bajo el consumo de una sustancia psicoactiva.



Tabla 5. Factores de riesgo asociados al consumo de sustancia psicoactiva consumida semanalmente, fin de semana y diario en los participantes en el estudio. N=208

Factores de riesgo		Consumo de sustancias psicoactiva		RP	IC95%
		Si	No		
Sexo	Masculino	42; (42.9%)	56; (57.1%)	1.3	0.92-1.86
	Femenino	36; (32.7%)	74; (67.3%)		
Se ha llevado algo de una tienda sin pagarlo	Si	65; (36.3%)	114; (63.7%)	1.5	0.81-1.6
	No	13; (44.8%)	16; (55.2)		
He cruzado la calle, aunque venga un vehículo	Si	58; (40%)	87; (60%)	1.1	0.91-1.41
	No	20; (31.7%)	43; (68.3%)		
Ha tenido relaciones sexuales en lugares y condiciones desfavorables	Si	9; (90%)	1; (10%)	6.5	1.01-41.9
	No	69; (34.8%)	129; (65.2%)		
Ha mentido o estafo para conseguir lo que quería o para evitar hacer algo	Si	28; (47.5%)	31; (52.5%)	1.2	0.96-1.65
	No	50; (33.6%)	99; (66.4%)		
Ha conducido a exceso de velocidad	Si	23; (67.6%)	11; (32.4%)	2.1	1.28-3.47
	No	55; (31.6%)	119; (68.4%)		
Ha participado en carreras ilegales de moto u otro vehículo	Si	14; (73.7%)	5; (26.3%)	2.5	1.17-5.37
	No	64; (33.9%)	125; (66.1)		
He pensado en abandonar la escuela	Si	24; (63.2%)	14; (36.8%)	1.8	1.20-2.84
	No	54; (31.8%)	116; (68.2)		
Alguna vez ha intentado suicidarse	Si	22; (43.1%)	29; (56.9%)	1.1	0.86-1.47
	No	56; (35.7%)	101; (64.3%)		

Fuente: Primaria



IX. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos de esta investigación implica un avance en el estudio e información contextualizada del consumo de sustancias psicoactivas dentro del ámbito educativo. Lo que permite tener un punto de partida para el acompañamiento oportuno basado en evidencias científicas y fortalecimiento de acciones que se realizan con visión preventiva dirigida a estudiantes y familias.

Esta investigación se realizó con la participación de 208 estudiantes de secundaria con edades entre 14 a 20 años de edad, 47.1% de sexo masculino y 52.9% femenino. De los cuales 94.2% son solteros. En cuanto a su religión el 55.3% la considera muy importante, 36.5 importante, 5.3% poco importante y para el 2.9% no es importante.

En este estudio se encontró que el consumo de sustancias psicoactivas es mayor en adolescentes del sexo masculino (42.9%) que en adolescentes de sexo femenino (32.7%). Otros estudios de prevalencia realizados en la ciudad de León Nicaragua confirman esta tendencia de consumo mayor en personas del sexo masculino, de 55% en estudiantes de sexo masculino y 45% en estudiantes de sexo femenino. (Espinoza, 2013).

En cuanto a la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas el 37.5% de los participantes han consumido algún tipo de sustancias psicoactivas alguna vez en su vida, el 33.7% ha consumido en los últimos 12 meses y el 29.8% ha consumido en los últimos 30 días. Las edades de inicio de consumo fue de 10 y máximo de 17 años, siendo los 14 años ($SD \pm 1$) la edad promedio de inicio de consumo de sustancias psicoactivas. Estudios similares realizados en población estudiantil de la Ciudad de Estelí reflejan que el 46.5% habían consumido alguna vez en la vida, de los cuales el 42.5% han consumido en los últimos doce meses y de ellos, el 19.4% en los últimos 30 días. (Gutiérrez, 2015). En esta comparación se puede observar que el consumo alguna vez en la vida y en los últimos doce meses tienen tendencias similares aunque sus porcentajes no sean iguales sin embargo hay una diferencia significativa en la tendencia de consumo de los últimos 30 días.



Las sustancias de mayor consumo en los últimos doce meses fueron: cannabis (9.6%), tabaco (14.9%) y el alcohol,(27.4%) comparando estos resultados con estudio sobre Policonsumo de sustancias psicoactivas realizado en la ciudad de Estelí refleja que estas mismas sustancias son las más consumidas entre los jóvenes estudiantes cannabis(10.8%), tabaco(21.7%) y alcohol(34.2%) (Morales Videa, 2016). Se puede observar que la más consumida es el alcohol.

El consumo de alcohol ocasiona grandes riesgos para la salud, especialmente en los países de las Américas con ingresos bajos y medios, y su consumo está asociado tanto con la incidencia de enfermedades, como con diversos problemas sociales y guarda una estrecha relación con la violencia doméstica, el abandono y el abuso infantil, la delincuencia y las conductas delictivas afectando no solamente la calidad de vida de quien consume, sino del entorno familiar y social (Organización de Estados Americanos OEA, 2019), por ello la adolescencia es un grupo etario vulnerable que al estar en contacto con diferentes tipos de drogas legales o no implica un alto riesgo.

En los últimos 30 días las sustancias más consumidas fueron: cannabis (7.7%), tabaco (13.5%), alcohol (25.5%) , esta misma tendencia fue estimada en estudiantes de primer ingreso de una universidad de Estelí en el año 2016; donde se encontró el siguiente patrón de consumo en los últimos 30 días: cannabis (8.3%), tabaco(17.5) y el alcohol(29.2%) (Morales Videa, 2016)

El uso de drogas supone un proceso de reinserción en el cual el abandono o reducción de uso de las drogas solo sería el primer paso, el uso de drogas suele tener un impacto importante en la vida social que se ve reflejado en mayor o menor grado de dependencia. La adicción a las drogas suele estar relacionada con una representación social en la que el usuario es situado como diferente por lo tanto es marginado o excluido, en este caso el uso de drogas se traduce a una reducción de la calidad de vida, donde se pierde gradualmente un lugar y un espacio dentro del entorno social. (Espinoza Mondragón, 2016)

En cuanto a las conductas de riesgo se encontraron las siguientes con significancia estadística:



Quienes han tenido relaciones sexuales en lugares desfavorables tienen [6.5 (IC95%; 1.01-41.9)] veces más posibilidades de estar bajo el consumo de alguna sustancia psicoactiva. Siendo esta relación estadísticamente significativa. Estudio realizado en la Ciudad de Managua referente a conducta sexual de riesgo en estudiantes adolescentes reflejó que del 68% de los adolescentes que consumen licor y que eran sexualmente activos el 40% realizaba conductas sexuales de riesgo como: habían tenido 2 o más parejas sexuales en un año y la tercera parte sin protección (la mitad de ellos consumidores de marihuana). El 41% de adolescentes tenían asociadas dos a cuatro conductas de riesgo y el 17% cinco a más. Al analizar la asociación con el sexo se encontró la mayor frecuencia de cinco a más conductas de riesgo en el hombre, debido a la mayor frecuencia de conductas relacionadas con la actividad sexual, la diferencia en relación a la mujer fue significativa.(OR: 2.70, p: 0.01, IC95%: 1.14-6.47) . (García Hernández, 2015)

Las personas que han conducido a exceso de velocidad tienen [2.1 (IC95%; 1.28-3.47)] veces más posibilidades de estar bajo el consumo sustancias psicoactivas y los estudiantes que han participado en carreras ilegales de moto u otro vehículo tienen [2.5 (IC95%; 1.17-5.37)] veces más posibilidades de estar bajo el consumo de alguna sustancia psicoactiva. Siendo ambas relaciones estadísticamente significativa.

El anuario estadístico 2020 de la Policía Nacional de Nicaragua reporta que de los accidentes de tránsito ocurridos entre el año 2019-2020, 216 fueron causados por exceso de velocidad de los que resultaron 16 lesionados y 116 personas fallecidas. (Policia Nacional de Nicaragua., 2021)

En muchos países el consumo de alcohol en la adolescencia suscita gran preocupación. Puede reducir el autocontrol y alimentar comportamientos arriesgados, como las prácticas sexuales de riesgo o la conducción peligrosa, y es una causa subyacente de lesiones (en particular a consecuencia de accidentes de tránsito), violencia y muerte prematura. Las lesiones y traumatismos no intencionados son una de las principales causas de muerte o discapacidad entre los adolescentes. En 2019 murieron más de 115 000 adolescentes a consecuencia de un accidente de tránsito. Muchos de ellos eran



«usuarios vulnerables de las vías de tránsito», esto es, peatones, ciclistas o usuarios de vehículos de dos ruedas motorizados. (OMS, 2021)

Los estudiantes que han pensado en abandonar la escuela tienen [1.8 (IC95%;**1.20-2.84**)] veces más posibilidades de estar bajo el consumo una sustancia psicoactiva. Siendo esta relación estadísticamente significativa.

El consumo de drogas, legales e ilegales, se relaciona, como causa y como efecto, con la deserción escolar. Diversos estudios muestran la relación que las dificultades y bajas aspiraciones académicas de los adolescentes, así como la deserción escolar, tienen con la realización de conductas de riesgo como el consumo de tabaco, alcohol y de drogas ilegales. Los adolescentes que consumen alcohol y tabaco tienen un menor desempeño académico; pero también, los que han abandonado procesos escolares presentan mayor proclividad a presentar estas pautas de consumo (Secretaría de Seguridad Pública, México, 2011)

Según Jerome Kagan “El tipo más frecuente de adolescente con estatus de riesgo, es aquel que ha experimentado una historia de fracaso escolar crónica. Esta situación genera sentimientos de desesperanza respecto de sus potencialidades y oportunidades de éxito en cualquier actividad que desee emprender, aún a pesar de tener una historia familiar que promueva normas y valores de la comunidad respecto a la agresión, la sexualidad y el consumo de drogas”.

En Nicaragua al igual que en otros países de Latinoamérica como Brasil, El Salvador, Guatemala y Honduras, el abandono escolar se produce tempranamente, y es uno de los factores que ha repercutido tanto en el rezago educativo, como en el incremento de los índices de analfabetismo y reducción de las probabilidades de continuar avanzando a lo largo del Sistema Educativo. A partir del año 2007 como resultado de la implementación de nuevas políticas educativas se observa como la tasa de abandono escolar tiende a registrar una disminución para Secundaria del 17% al 13.8%, (Ministerio de Educación Nicaragua, 2015)



X. CONCLUSIONES.

1. Entre las principales características sociodemográficas de los participantes están: el 2.4% está en el rango de edad de 12 a 14 años, el 96.6% en el rango de edad de 15 a 19 años de edad el 1% en etapa de la juventud. El 47.1% son hombres y el 52.9% son mujeres. De los cuales el 94.2% solteros(as). Para el 55.3% de los(as) participantes sus creencias religiosas son muy importantes, el 36.5% las considera importantes, el 5.3% considera las creencias religiosas poco importante y el 2.9% no importantes.
2. La prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas es del 37.5% que han consumido alguna vez en su vida, el 33.7% ha consumido en los últimos 12 meses y el 29.8% ha consumido en los últimos 30 días, siendo los 14 años la edad promedio de inicio de consumo de sustancias psicoactivas.
3. Las conductas de riesgo identificadas en el grupo de estudio fueron: llevarse algo de una tienda sin pagarlo, cruzado la calle aunque venga un vehículo, tener relaciones sexuales en lugares y condiciones desfavorables, haber mentido o estafado para conseguir lo que quería o para evitar hacer algo, haber conducido a exceso de velocidad y participado en carreras ilegales de moto u otro vehículo, pensado en abandonar la escuela e intentos suicidas
4. Las conductas riesgosas asociadas al consumo de sustancias psicoactivas con significancia estadística son: tener relaciones sexuales en lugares y condiciones desfavorables, haber conducido a exceso de velocidad y participado en carreras ilegales de moto u otro vehículo, pensado en abandonar la escuela.



XI. RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Educación y dirección del Centro Educativo:

- Fortalecer procesos de capacitación en alerta tempranas ante las adicciones dirigidos a docente, madres, padres y estudiantes.
- Priorizar en centros educativos la elaboración de diagnóstico de jóvenes en situación de riesgo en centros de secundaria que permita su caracterización para dirigir acciones oportunas de acompañamiento.
- Que las acciones del plan Mi vida sin Drogas Paz y Porvenir sean propuestas por los jóvenes y docentes de centros educativos.
- Establecer coordinaciones interinstitucionales para trabajar grupos de autoayuda con adolescentes que consumen algún tipo de sustancias psicoactivas.
- Continuar con la implementación del Protocolo de Acompañamiento de las Consejerías de Comunidades Educativas ante situación de consumo de sustancias psicoactivas.

A la familia:

- Adoptar estilos de crianza que generen ambiente de confianza que permitan a los hijos expresar sus insatisfacciones y frustraciones en el marco del respeto.
- Participar de manera activa en las acciones de prevención que se realizan en centros educativos.
- Mostrar actitudes anuentes a ayudar a los adolescentes, dejando claro la desaprobación de la conducta y no el rechazo a la persona.
- En el caso de detectar un consumo abusivo o dependencia: es necesario buscar ayuda profesional y no ocultar el problema.

A la policía Nacional:

- Fortalecer línea estratégica II del Plan Mi vida sin Drogas paz y porvenir: Atención y acompañamiento Integral a Jóvenes y sus familias con enfoque de Derechos Humanos.



- Continuar con la implementación de planes de seguridad vial desde la comunidad educativa.

Al Ministerio de Salud:

- Ampliar cobertura de atención psicosocial dirigida a jóvenes en situación de adicciones.
- Realizar en coordinación con el MINED planes de educación integral de sexualidad dirigido a estudiantes.



XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Becoña Iglesias, E. (24 de Agosto de 2007). Teorías y modelos explicativos en prevención de drogodependencia. Santiago de Compostela, Galicia, España.
- Campo, E. D. (2016). *Prevalencia y Nivel de Riesgo del Consumo de Sustancias Psicoactivas, en adultos urbanos de Boaco, durante mayo-junio del 2016*. Boaco.
- Castillo Rojas, D. I., Medina Gullén, E., Solorzano, D. M., & Valladares, T. (2009). Las drogas en el comportamiento social de los adolescentes. León, Nicaragua.
- Castro, N., Cortés, P., Pereira Vasters, G., & Lobo da costa, M. (2010). Uso de drogas entre estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León, Nicaragua. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 600-611.
- Escohotado, A. (1999). *Conociendo de las Drogas*. Mexico: SBN.
- Espinoza Mondragón, B. (2016). *Revista jurídica IUS Doctrina*. Obtenido de Revista jurídica IUS Doctrina: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/iusdoctrina/article/view/27510>
- Espinoza, A. M. (septiembre de 2013). Prevalencia, razones de consumo de sustancias psicoactivas relacionadas a disfunción familiar. León, Nicaragua.
- Fernández Hermida, J. R. (2003). *Intervención Familiar en la prevención de la drogodependencia*. España: REBIUN.
- Gallardo Bravo, F. R. (Abril de 2013). Conductas de riesgos en los adolescentes, estudiantes de los colegios de Juigalpa Chontales. Juigalpa, Chontales, Nicaragua.
- García Hernández, L. D. (2015). *Conductas sexuales de riesgo en estudiantes adolescentes, Colegio Público Miguel de Cervantes*. Managua.
- Gutiérrez, N. R. (2015). *Policonsumo simultáneo de sustancias psicoactivas en estudiantes de secundaria de undécimo grado del Instituto Público Guillermo Cano*. Estelí.
- Hernández, L. d. (Septiembre de 2015). Conductas sexuales de riesgo en adolescentes del colegio Miguel de Cervantes. Managua, Nicaragua.



- Lucchese, M. (2012). *Consumo de sustancias y escuela: un estudio en adolescentes escolarizados de Córdoba. Argentina.*
- Mayorga, R. F. (2017). POLICONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ESTUDIANTES DEL 7° DE SECUNDARIA. Estelí, Nicaragua.
- McCubbin, H., & Thompson, A. (1987). *Inventario de Evaluación Familiar para la Investigación y la Práctica.* Obtenido de WWW.scielo.org/co/pdf
- Meneses Falcón, C., Romo, N., Uroz, J., Gil, E., Markez, I., Gimenez, S., & Vega, A. (12 de marzo de 2008). Adolescencia, consumo de drogas y comportamientos de riesgo: diferencias por sexo, etnicidad y áreas geográficas en España. Madrid.
- Morales Alfaro, J. R., Herrera, A., Guidorizzi Zanetti, A. C., & Gherardi-Donato, E. C. (2014). Acercamiento al mundo de los jóvenes usuarios de drogas: un estudio cualitativo en Nicaragua. *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.*, 144-150.
- Morales Videá, R. A. (2016). *Policonsumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de primer ingreso de las carreras de ingeniería FAREM Estelí.* Estelí.
- OEA. (2015). *Informe del Uso de Drogas en las Américas 2015.* Washington, D.C.: Documentos oficiales.
- OMS. (2000). *La Salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad. Informe de un grupo de estudio.* Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2008). *INFORME OMS SOBRE LA EPIDEMIA MUNDIAL DE TABAQUISMO, 2008.* Ginebra.
- OMS. (2009). *Riesgos para la salud mundial: mortalidad y carga de morbilidad atribuibles a determinados riesgos importantes.* Ginebra: OMS.
- OMS. (18 de Enero de 2021). Salud del adolescente y el joven adulto.
- OPS. (2007). *Alcohol, Género, Cultura y Daños en las Américas.* Washington, D.C.
- Organización de Estados Americanos OEA. (2019). *Informe sobre el consumo de drogas en las Américas.* Washington D.C: CICADI OEA.
- Paya, B., & Castellano, G. (2013). *Consumo de Sustancias y factores de riesgo.* Argentina: Universidad de Buenos Aires.



- Pineda, D. R. (2001). Alcoholismo, Tabaquismo y Sustancias Psicoactivas. *Revistas Salud Pública*, 74-88.
- Policia Nacional de Nicaragua. (2021). *Anuario estadístico 2020*. Managua.
- Rodríguez, J. A. (2003). Familia y Drogas: aspectos psicosociales. *Revista internacional de ciencias sociales y Humanidades*, 22.
- Rosabal García, E., Romero Muñoz, N., Gaquín Ramírez, K., & Hrenández Mérida, R. (2015). Conductas de riesgo en los adolescentes. *Revista cubana de Medicina Militar*, 218-229.
- Salazar, E., Ugarte, M., Vásquez, L., & Loaiza, J. (septiembre de 2004). Consumo de alcohol y drogas y factores psicosociales asociados en adolescentes de Lima. Lima, Perú.
- Sánchez, E. P. (1998). Comportamiento de riesgo en adolescentes una aproximación psicosocial. *Revista de Psicología de la PUCP*, 267.
- Santis, R. B., Hidalgo, C., Haydey, V., Anselmo, E., Rodríguez, J., Cartajena, F., . . . Torres, R. (2007). Consumo de sustancias y conductas de riesgo en consumidores de pasta base de cocacina y clorhidrato de cocaina no consultantes a servicios de rehabilitación. *Revista médica de Chile*, 43-55.
- UNODC. (2009). *Informe Mundial sobre las Drogas 2009*. Viena: Publicación de las Naciones Unidas núm. de venta S.09.XI.12.
- UNODC. (2012). *Informe Mundial sobre las Drogas 2012*. Viena: publicación de las Naciones Unidas.
- UNODC. (2013). *Informe Mundial sobre las Drogas 2013*. Viena: publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.13.XI.6).
- Vázquez, V., & Nava, C. (25 de septiembre de 2014). *www.Pemex.com/servicios/salud*. Obtenido de [www.Pemex.com/servicios/salud: https://www.pemex.com/servicios/salud/TuSalud/EnfermedadesEstacionales/Paginas/default.aspx](https://www.pemex.com/servicios/salud/TuSalud/EnfermedadesEstacionales/Paginas/default.aspx)
- Videa., I. M. (2016). Prevalencia del consumo y policonsumo simultáneo de sustancias psicoactivos y factores asociados en estudiantes de primer ingreso y último año de las diferentes carreras de una Universidad Privada de Estelí. Estelí, Nicaragua.



World Health Organization. (2011). *Global Status Report on Alcohol*. Geneva: Department of Mental Health and Substance Abuse.



XIII. ANEXOS O APÉNDICES

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA

UNAN – LEÓN

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN DEMOGRAFÍA Y SALUD

CIDS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

INTRODUCCIÓN: Gracias por estar de acuerdo en participar en este estudio acerca **Consumo de sustancia psicoactivas y conductas de riesgo en estudiantes de décimo grado de secundaria en el municipio de Matagalpa.** Por favor, tómese un tiempo para leer la introducción de este estudio antes de responder cualquier pregunta.

La información que usted suministre en respuesta a este cuestionario será muy importante para los/las estudiantes y las escuelas. Le estamos haciendo algunas preguntas relacionadas con su experiencia de uso de “sustancias psicoactivas”, tales como alcohol, cigarrillo, marihuana, cocaína e inhalantes. Estas sustancias psicoactivas pueden ser fumadas, ingeridas, inhaladas o inyectadas.

Adicionalmente estamos preguntando si usted ha usado alguna vez algún medicamento psicoactivo prescrito, que no ha sido recetado para usted por un Doctor. Ejemplos de algunos de estos medicamentos son opioides para aliviar el dolor (e.j. Codeina), estimulantes (e.j. Ritalina) o sedantes/tranquilizantes (e.j. Benzodiacepinas). No estamos preguntando acerca de ASPIRINA o ACETAMINOFEN. No preguntamos acerca de antidepresivos porque estos medicamentos no tienen usos potenciales de abuso.

Nosotros reconocemos que el uso de sustancias psicoactivas es un asunto personal y por lo tanto este cuestionario NO requiere su nombre o cualquier otra información que lo identifique a usted directamente. (Es anónimo) Adicionalmente, aseguramos que



cualquier información que usted suministre será manejada en forma estrictamente confidencial, por parte del equipo de trabajo.

Consentimiento:

He leído y estoy de acuerdo en participar en el estudio:

Firma _____

Matagalpa fecha: _____

CUESTIONARIO

Para uso oficial

Cuestionario # _____

INSTRUCCIONES

Por favor lea cada pregunta cuidadosamente y marque con una “X” la casilla correspondiente a la respuesta. Algunas preguntas requieren más de una respuesta, para estas preguntas, por favor revise todas las posibles respuestas y marque las casillas que aplican para usted. Algunas preguntas tienen algunas líneas en blanco, por favor escriba su respuesta sobre estas líneas.

Datos Sociodemográficos - Sección 1

1. **¿Cuál es su sexo?** 1) Hombre 2) Mujer

2. **¿En qué año nació usted?** _____

3. **¿Cuántos años tiene usted?** _____

4. **¿Cuál es su estado civil?**

- 1) Casado (a)
- 2) Unión libre/convivencia
- 3) Separado (a)/Divorciado (a)
- 4) Viudo (a)



5) Soltero (a)

5. ¿Qué tan importante es para usted su religión/creencias?

- 1) Muy importante
- 2) Importante
- 3) Poco importante
- 4) No es importante

Información sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas - Sección 2

6. ¿Alguna vez en su vida usted ha usado alguna sustancia psicoactiva?

- 1) SI 0) NO

6.1 Si su respuesta es "SI", ¿Cuántos años tenía usted cuando comenzó a utilizarlas?.....

7. ¿En los últimos 12 meses, usted ha usado sustancias psicoactivas?

- 1) SI 0) NO

7.1 Si su respuesta es "NO", POR FAVOR PASE A LA SECCION 3

8. Por favor indique cuales sustancias psicoactivas ha usado usted, en los:
(Marque con una "X" las opciones posibles)

	Últimos 30 días		Últimos 12 meses	
	SI	NO	SI	NO
1) Cannabis (e.j. marihuana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Tabaco (e.j. cigarrillo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Alcohol (e.j. cerveza/ron/vino)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Cocaína (e.j. polvo de cocaína)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Éxtasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Heroína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Inhalantes (e.j. goma/gasolina/pintura)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Drogas prescritas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Otras drogas (especifique) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



9. En el último mes, con qué frecuencia usted ha usado cada una de las siguientes sustancias psicoactivas?

	Semanalmente	Diariamente	Fin de semana
1) Cannabis (e.j. marihuana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Tabaco (e.j. cigarrillo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Alcohol (e.j. cerveza/ron/vino)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Cocaína (e.j. polvo de cocaína)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Crack)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Éxtasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Heroína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Inhalantes (e.j. goma/gasolina/pintura)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Drogas prescritas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Otras drogas (especifique) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Información sobre Conductas de riesgos - Sección 3

(Marque con una "X" la opción de respuesta)

¿Ha conducido alguna vez bajo el efecto de drogas?

1) SI 0) NO

¿Se ha llevado algo de una tienda sin pagarlo?

1) SI 0) NO

¿Ha tenido relaciones sexuales en lugares y condiciones desfavorables?

1) SI 0) NO

¿Ha mentido o estafó para conseguir lo que quería o para evitar hacer algo?

1) SI 0) NO

¿Ha conducido a exceso de velocidad?

1) SI 0) NO



¿Intimidó o amenazó o buscó pleitos con otras personas?

1) SI 0) NO

¿Ha tenido relaciones sexuales sin protección?

1) SI 0) NO

¿Sube pasajeros cuando conduce bajo efectos de alguna sustancia?

1) SI 0) NO

¿Alguna vez ha ideas o pensamientos suicidas?

1) SI 0) NO

¿Ha participado en carreras ilegales de moto u otro vehículo?

1) SI 0) NO

¿He pensado en abandonar la escuela?

1) SI 0) NO

¿Alguna vez ha intentado suicidarse?

1) SI 0) NO

¿Ha causado daño o destrucción a la propiedad que no le pertenecía?

1) SI 0) NO

¿He cruzado la calle aunque venga vehículo?

1) SI 0) NO

¿Ha usado arma blanca (cuchillo,navaja/instrumento de fabricación artesanal) o de fuego para amenazar o intimidar a alguien?

1) SI 0) NO

!!GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!!