

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS QUIMICAS
CARRERA DE FARMACIA
UNAN-LEÓN**



“A la Libertad por la Universidad”

Riesgos macrosociales causantes del abuso de sustancias adictivas en tres departamentos de Nicaragua (Matagalpa, Masaya y León), Febrero-Abril 2014.

MONOGRAFÍA PARA OPTAR AL TÍTULO DE LICENCIADO EN QUÍMICO FARMACÉUTICO.

Autoras:

Br: Karla Eugenia García Reyes.

Br: Melba Priscila Gutiérrez Rodríguez.

Br: Tanny Judith Pérez Montes.

Tutor:

M.Sc. Angélica María Sotelo Chévez.

León, Junio 2014

Dedicatoria

Nuestro trabajo investigativo, está dedicado primordialmente a nuestro Padre Celestial, quien nos brindó por su misericordia sabiduría, entendimiento, salud y apoyo para poder llevar acabo nuestros estudios. También agradecemos y dedicamos este trabajo a nuestros padres quienes con su apoyo incondicional nos ayudaron a llegar hasta el final, porque creyeron y confiaron en nosotras, en que podríamos lograrlo.

A nuestra tutora M.Sc Angélica María Sotelo Chevez, quien nos demostró cariño y apoyo incondicional, quien nos dedicó su tiempo, conocimientos y consejos para poder completar nuestro trabajo investigativo y de forma personal nos enseñó que en esta vida tenemos que luchar para lograr nuestras metas y sueños y sobre todo nunca olvidar de dónde venimos.

Y a nuestros verdaderos amigos quienes nos apoyaron y siempre están con nosotros

...Porque Dios no mira lo que mira el hombre; pues el hombre mira lo que está delante de sus ojos, pero Dios mira el corazón.

1 Samuel 16:7

Autoras:

Br: Karla Eugenia García Reyes.

Br: Melba Priscila Gutiérrez Rodríguez.

Br: Tanny Judith Pérez Montes.

Índice

CONTENIDO	N° DE PÁG
Introducción.....	1
Antecedentes.....	4
Justificación.....	6
Planteamiento del problema.....	7
Objetivos.....	8
Marco teórico.....	9
Hipótesis.....	35
Material y métodos.....	36
Análisis de resultado.....	39
Conclusión.....	49
Recomendaciones.....	51
Bibliografía.....	53
Anexos.....	56



Introducción

El presente trabajo de investigación está destinado a profundizar en los riesgos macrosociales que conlleva el abuso de las sustancias adictivas; también en las causas, consecuencias y mayor nivel de incidencia en los departamentos de Matagalpa, Masaya y León que por sus características y desarrollo puede conducir al progreso de esta nación.

Es de interés realizar este estudio en los municipios de: Matagalpa departamento de Nicaragua. El municipio tiene una población de 336,894 habitantes. Matagalpa se conoce como la «Perla del Septentrión», debido a sus características naturales y también como la «Capital de la Producción», por su variada actividad agropecuaria y comercial. Geográficamente ubicada a 128 km al noreste de Managua es, después de León y Managua, la tercera ciudad más poblada de Nicaragua representando su área de influencia en población y producción, la segunda del país. Siendo estos unos de los motivos por el cual se eligió para realizar el presente estudio.

León es un departamento de Nicaragua, localizado en el noroeste de este País Centroamericano. Esta ciudad ha sido la sede intelectual de la nación, con una universidad fundada en 1812. León es también un importante centro industrial y de comercio de Nicaragua. Conocida también como "La ciudad universitaria" o "La Ciudad Metropolitana", cuenta con una población aproximada de 441.308 habitantes y por la cantidad de personas y el turismo nos permitirá efectuar los estudios que se realizaran en nuestra investigación.

Masaya es una ciudad turística la cual se le conoce como “La ciudad de las flores” es la cuna del folcklor, está ubicada en la Región del Pacífico de Nicaragua, entre los Lagos Xolotlán y Cocibolca, con una privilegiada situación geográfica entre Managua y Granada. El municipio consta de 241, 354 habitantes aproximadamente.

El consumo de las drogas es tan antiguo como la humanidad y siempre han existido drogas asociadas a la cultura en cada contexto histórico y social. Hoy en día, el incremento del consumo se relaciona con el actual modelo social, que promueve el individualismo, el con



sumismo, la competitividad, el énfasis en el placer y la desigualdad socioeconómica, entre otras.²

Se puede decir que cada vez que una persona recurre a las drogas para disfrutar de la vida o enfrentarse a sus exigencias, está limitando la oportunidad de desarrollar sus propios recursos. El consumo de drogas induce, por otra parte, a comportamientos descontrolados en los que no se miden los riesgos, ni las consecuencias de los que se está haciendo, muchas veces dejándose llevar por los amigos, vecinos, o por los problemas personales que agobian al ser humano. El ambiente en que se mueve la persona también es decisivo a la hora de consumir drogas. Existen ambientes en los que estas sustancias gozan de prestigio social, está bien visto tomarlas, se asocian al ocio y a la diversión, están de moda y, todo ello, facilita su consumo.²

La drogodependencia como problemática, es compartida a escala mundial, afectando principalmente a la población adolescente. Son las características biopsicosociales particulares las que los vuelven “vulnerables” a una serie de factores de riesgo tales como: división familiar, deficiencia en el aprovechamiento escolar, baja o nula religiosidad, confusión y pérdida de valores, uso de sustancias adictivas a edades tempranas, etc.¹

Los diversos enfoques preventivos han ejercido influencias directas e indirectas en las diversas actividades de intervención de drogodependencias, tal es el caso del pronunciamiento de la organización mundial de la salud (O.M.S), organismo dependiente de las naciones unidas, la cual ratifica el uso de las drogas como una “lamentable epidemia social”, en la cual se ven inmersos factores de riesgos: individuales, escolares, familiares y sociales.¹

El fenómeno del consumo de drogas ha variado en los últimos años: se incorporan nuevas sustancias, aumenta el consumo de las sustancias legales, disminuye la edad de inicio y se llegan a vivir problemas a edades cada vez más tempranas; principalmente en materia de violencia, suicidio, infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados y prostitución; generando en la sociedad una serie de procesos de intervención; lo que en la mayoría de los casos surgen y se desarrollan basados en estereotipos y aptitudes negativas respecto a las drogas.¹



Las conductas de riesgo (CR) agrupan aquellas actuaciones repetidas y fuera de determinados límites, que pueden desviar o comprometer el desarrollo psicosocial normal durante la infancia y adolescencia, con repercusiones para la vida actual o futura.⁷

Las CR se establecen durante la adolescencia, se extienden a la edad adulta y siguen la trayectoria del desarrollo del adolescente (el consumo de tabaco y alcohol aumenta con la edad), y en cierta manera son prevenibles a través de la promoción y educación para la salud.⁷



Antecedentes

El consumo de drogas es uno de los problemas de salud pública más graves al cual se enfrentan la mayoría de los países del mundo. En EE.UU, por ejemplo, fumar cigarrillos acarrea más de cuatrocientos treinta mil muertes anuales. Esto se debe en gran parte a su papel en el desarrollo de enfermedades del corazón y de los pulmones. Botvin, G.J. EE.UU.³

Los principales estudios realizados para población adolescente y joven entre los años 2000 y 2003 indican que hay un incremento en el consumo de drogas, especialmente de alcohol, marihuana y metanfetaminas. Cabe aclarar que el índice general de consumo se mantiene estable a partir del 2001, sobre todo el relacionado con la cocaína. Sin embargo, las nuevas generaciones se ven más afectadas sin importar el nivel de urbanización del lugar en que viven. El estudio señala un ligero incremento, pasando de 14.7% a 15.2%, en el consumo de drogas en los últimos 3 años, que no es un aumento estadísticamente significativo. En tanto que el incremento en la marihuana es grande, en los inhalables y los tranquilizantes el consumo se mantiene estable y el de la cocaína decrece ligeramente. Villatoro, V.J., Medina, I.M., Hernández, V.M., Fleiz, B.C., Amador, B.N., y Bermúdez, L.P. México⁴

En febrero de 1998, la oficina regional para México y Centroamérica del Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID), organizó el taller Elaboración de un Programa Subregional en Materia de Reducción de La Demanda en la Ciudad de México. Participaron dirigentes de los organismos gubernamentales y ONGs, responsables de la atención de programas para la reducción de demandas de drogas, así como expertos en la materia de los países de Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica, Panamá y México.¹²

El uso del crack, una variante procesada de cocaína fumable, potente, fácilmente obtenible y poco cara, también disminuyó de una prevalencia de 5.4% en 1978 a un 4.7% en 1989 y a 3.5% en 1990. A pesar de todas estas declinaciones en el consumo, el 48% de los jóvenes durante 1990 hicieron uso de una droga ilícita y casi un tercio de ellos, hicieron uso a una droga ilícita distinta a la marihuana. Kaufman, E., y McNaul, J.P. México¹⁷



Durante 1990 hubo un pequeño incremento de 4% en el uso de inhalables, LSD y barbitúricos, así como un decremento en el uso de la marihuana en un 3% y cigarrillo en 1.3%. En esta misma población de jóvenes a finales de los 70' la prevalencia de tabaquismo, una droga de "escape", del abuso de drogas ilícitas, fue de 75%, cayendo a 64.4% en 1990.¹⁷

La información obtenida de la encuesta nacional en hogares durante 1991 en México revela una declinación importante en la prevalencia de uso desde 1985. También muestra que los niveles han decaído o disminuido. Entre los jóvenes en edades entre los doce y diecisiete años el uso actual de cualquier droga ilícita ha caído de un 14.9% en 1985 a un 6.8% en 1991. Sin embargo, el uso de droga en este grupo de edad, virtualmente permaneció sin cambio en 1990 a 1991. Kaufnan, E., y McNaul, J.P. México¹⁷

La marihuana es la droga ilegal de la que se abusa más ampliamente en los Estados Unidos de Norte América, estimándose que sesenta y ocho millones de norte americanos (33.4% de la población) han usado marihuana por lo menos una vez en su vida. El número de usuario actuales de cocaína ha decaído de manera significativa de 5.8 millones (2.9%), en 1981 a 1.6 millones (0.8%) en 1990. Kaufnan, E., y McNaul, J.P. México¹⁷

Según los datos ofrecidos por la Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar del año 2000, realizada por el Plan Nacional sobre Drogas (2001), el alcohol y el tabaco son las sustancias más consumidas por los escolares: un 76% ha tomado bebidas alcohólicas en alguna ocasión y un 34,4% ha probado el tabaco. Además, el 31,2% de los jóvenes encuestados había probado el cannabis alguna vez a lo largo de su vida, y el 5% psicoestimulantes (éxtasis o cocaína). Fernández, J.R. España²¹

Los mayores incrementos en los consumos de tabaco y alcohol se producen entre los 14 y los 15 años, lo que hace que estas edades sean críticas en la expansión de los mismos. Una parte importante de los escolares consumidores de drogas (28,5%) reconocen haber sufrido problemas derivados de los consumos: problemas de salud, en el trabajo o en los estudios, conductas agresivas, o estados de depresión, tristeza y apatía. Fernández, J.R. España.²¹



Justificación

El consumo acelerado de drogas y sustancias adictivas es un problema de salud pública. Considerando que la UNAN – León, y en este caso la facultad de Ciencias Químicas, está inmersa en uso y manejo de medicamentos y sustancias adictivas, el propósito principal de este estudio es conocer sobre los riesgos que conlleva el consumo de drogas; sustancias adictivas y mostrar cuál de los departamentos en estudio presenta mayor porcentaje de riesgos macrosociales como consecuencias de dicho consumo.

La información obtenida, permitirá desarrollar herramientas que facilitan de manera implícita colaborar con información importante e implementar nuevas políticas y estrategias en el desarrollo investigativo del abuso a sustancias adictivas en los departamentos en estudio; y posiblemente a nivel nacional ayudará a mejorar esta problemática de salud pública que es alarmante en la sociedad y en los núcleos familiares.

Como profesional de la salud esta investigación les será útil a los estudiantes que quieran realizar estudios en sustancias adictivas además será útil para futuras investigaciones.



Planteamiento Del Problema.

¿Cuáles son los riesgos macrosociales que conllevan el abuso de sustancias adictivas a la población que la consumen, en los departamentos de Matagalpa, Masaya y León en el periodo Febrero-Abril 2014?



Objetivo General

Conocer los riesgos macrosociales en los departamentos de Nicaragua (Matagalpa, Masaya y León), que provocan el abuso de sustancias adictivas y cuál de estos tiene mayor porcentaje.

Objetivos Específicos

1. Identificar las condiciones socio-demográficas de la población en estudio, que está sujeta al abuso de sustancias adictivas.
2. Clasificar los riesgos según la población en estudio.
3. Conocer las sustancias adictivas más utilizadas por la población en estudio.
4. Investigar el grado de conocimiento sobre el daño del abuso de sustancias adictivas.
5. Distinguir el departamento que muestra el nivel más alto de incidencia en abuso de sustancias adictivas.



Marco teórico

La creciente magnitud, impacto y trascendencia del uso de drogas en el mundo, fenómeno al que no están ajenos Centroamérica y México lo convierten en un problema de salud pública, que como tal, participa de la situación de transmisión epidemiológica que prevalece en estos países por el efecto del desarrollo desigual y del mejoramiento de las condiciones de salud de amplios grupos sociales, al tiempo que otros sectores acusan aun diversos rezagos.¹²

La coexistencia de males propio del subdesarrollo principalmente enfermedades infectocontagiosa y de trastornos crónicos degenerativo, característicos de las sociedades desarrolladas, se refleja en una amplia diversidad de problemas y necesidades de salud.¹²

Finalmente, en las últimas décadas han emergido nuevas enfermedades, como el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) y la farmacodependencia, que paulatinamente han incrementado su magnitud y, en consecuencia, superado otros problemas de salud como causa de muerte o discapacidad.¹²

No obstante el avance en materia de salud y las nuevas necesidades de atención que este ejemplo ilustra, hoy en día, trastornos como SIDA y el uso de drogas amenazan en convertirse, si no se someten a un control oportuno, en problemas de cada vez con mayores dimensiones y más graves consecuencias: delincuencia, accidentes, aumento de las enfermedades de transmisión sexual, muerte, etc.¹²

La creciente magnitud del problema y los cambios observados recientemente en su forma, así como la evidencia de que afecta sobre todo a la población juvenil de nuestros países, lleva a reiterar la necesidad de orientar los servicios preventivos y terapéuticos-rehabilitatorios, preferentemente hacia los núcleos poblacionales y las áreas geográficas cuyos habitantes enfrentan mayores condiciones de riesgo de uso de drogas; tal es el caso de la población de jóvenes habitantes de grandes ciudades y de localidades situadas en zonas de producción o tránsito de drogas, en las fronteras, o bien, en los lugares con gran afluencia de turismo internacional. De manera especial, menores y jóvenes provenientes de familias desintegradas que han sido objeto de maltrato, no escolarizados, desocupados,



infractores o “niños en” y “de la calle”; en suma, menores y jóvenes en situación extraordinaria.¹²

La focalización de la atención preventiva del problema debe considerar no solo a los usuarios de drogas, sino también a las personas con quienes tienen un contacto frecuente y a los que se pueden ver presionados por los distribuidores de drogas. Visto de esta forma, lo anterior permite deducir que, cada vez más, el mundo de las drogas está al alcance de los jóvenes y muchos son los factores de riesgo que los tornan vulnerables, como la falta de educación y de información adecuada sobre los efectos de los estupefacientes. También influyen negativamente la desunión de la familia y la falta de diálogo entre padres e hijos, así como los entornos sociales, los mensajes distorsivos por los medios de comunicación, la deserción escolar y la falta de trabajo, entre muchos otros.²

Por lo tanto, es fundamental que los jóvenes reciban orientación no solo sobre el daño que causan las drogas, sino también sobre su capacidad y su derecho para rehusarse a consumirlas. Será necesario, entonces fortalecer su autoestima, el sentido del bien común, el valor del cuerpo y el espíritu sano para poder enfrentar con éxito los retos, problemas y riesgos que se les pueden presentar a lo largo de sus vidas.²

Siendo las cosas así, resulta claro que, las consecuencias de las adicciones a las drogas y a otras sustancias legales e ilegales deben hacer recapacitar sobre la necesidad de emprender un esfuerzo conjunto para poner de relieve su gravedad. Todos los actores de la sociedad deben, asumir esta responsabilidad con absoluta claridad y firmeza y el compromiso de estimular los valores que engrandecen al ser humano, no los vicios que lo degraden y dañen.²

Las drogas son sustancias que introducidas en el organismo por cualquier vía (inhalación, ingestión, intramuscular, endovenosa), es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central provocando una alteración física y/o psicológica, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de un estado psíquico, es decir, capaz de cambiar el comportamiento de la persona, y que posee la capacidad de generar dependencia y tolerancia en sus consumidores. Los factores relacionados con la génesis del consumo de drogas se han



agrupado en tres categorías: factores personales, influencias microsociales o interpersonales, e influencias ambientales globales.⁶

La drogadicción, drogodependencia o también llamada dependencia a sustancias psicoactivas es la imperiosa necesidad que una persona tiene por consumir bebidas con contenido alcohólico u otra clase de drogas (marihuana, cocaína, inhalantes, tranquilizantes, alucinógenos, etc.). Esta necesidad no desaparece a pesar de que la persona consumidora o usuaria sufra las consecuencias negativas producidas al momento de consumirlas o después de dejar de usarlas. Se trata más de una necesidad psicológica que física. La adicción es una enfermedad primaria, progresiva y mortal.¹¹

Hoy sabemos que el consumo de drogas está asociado con un gran número de trastornos mentales, algunos de los cuales acarrearán gran sufrimiento, como depresión, trastornos de ansiedad, esquizofrenia, etc; sabemos que el consumo de alcohol y tabaco facilita pasar a consumir en muchos casos drogas ilegales, como el cannabis, la heroína, la cocaína, etc.⁵

Aspectos generales de la farmacodependencia.

El uso, abuso y mal uso en el consumo de psicotrópicos y otras sustancias que llevan a la dependencia, se incluyen en el rubro genérico de farmacodependencia. Ésta, es a la vez un síntoma, una enfermedad y un fenómeno psicosocial, cuya condición nociva se ha diversificado muy ampliamente en diversos años, al punto que alcanza a grandes sectores de la población mundial y en la mayoría de las naciones representa actualmente un grave problema de salud pública.¹⁶

Las adicciones, como fenómeno de estudio, se encuentran cada vez más referidas al campo de una psiquiatría especialmente dedicada a ello, condición relativamente nueva que abre una brecha a la subespecialidad profesional, dada la profundidad y extensión de su campo clínico.¹⁶

En la etiopatogenia de las adicciones, es preciso considerar simultáneamente distintos grupos de factores, que aglutinados y expuestos en forma breve se refieren a dos: factor uno protectores y factor dos de riesgos. Los primeros son elementos que en términos generales



favorecen la cohesión, ya sea educativa, sanitaria, socio familiar, etc. Los segundos son elementos que se oponen a la organización y estructuración saludable de funcionamientos individuales y colectivos de las personas y por tanto se consideran desestructuradores.¹⁶

Factores de riesgos relacionados con el uso nocivo y abuso de psicotrópicos y otras sustancias de abuso.

- ✓ Alcoholismo materno, paterno o de ambos.
- ✓ Uso familiar episódico intenso de alcohol o psicotrópicos.
- ✓ Historia familiar de alcoholismo.
- ✓ Historia familiar de conducta antisocial.
- ✓ Antecedentes de abuso infantil intrafamiliar o extrafamiliar.
- ✓ Familiares con escasas habilidades paternofiliares.
- ✓ Dificultades en las relaciones familiares.
- ✓ Uso de psicotrópicos en los hermanos.
- ✓ Uso familiar de psicotrópicos.
- ✓ Uso de psicotrópicos por los mejores amigos.
- ✓ Deficiencia y escaso en el aprovechamiento escolar.
- ✓ Enajenación y rebeldía.
- ✓ Psicopatología, especialmente depresión.
- ✓ Alteraciones conductuales como la vagancia, baja empatía hacia los demás, poca tolerancia a la frustración, búsqueda constante de nuevas sensaciones, insensibilidad al castigo, etc.
- ✓ Desorganización estructural-funcional en la comunidad.
- ✓ Conducta antisocial.
- ✓ Baja o nula religiosidad.
- ✓ Confusión y pérdida de valores.
- ✓ Uso de alcohol y experimentación de psicotrópicos a edades tempranas.
- ✓ Conductas sexuales precoces.¹⁶



Fármacos de abuso

Existe una gran variedad de sustancias que se usan por autoprescripción debido a modas, tendencias sociales y de mercadotecnia. De modo que prácticamente cualquier sustancia de uso médico y no médico puede ser utilizada con fines de abuso. Ejemplos de ellos son:

- ✓ Los fármacos con propiedades analgésicas (no opiáceos) desde el ácido acetilsalicílico, hasta los analgésicos del tipo de las fenacetinas.
- ✓ Los medicamentos disolventes volátiles contenidos en los nebulizadores como la adrenalina y el salbutamol (ventolin).
- ✓ Anestésicos como la ketamina (kealar), halotane, enflurane, anestésicos oculares.
- ✓ Los anestésicos oculares como el clorhidrato de ciclopentolato. Una sustancia midriático-psicoplégica para uso oftalmológico tópico.
- ✓ Los antiácidos como el hidróxido de aluminio e hidróxido de magnesio usados en gastroenterología, que aunque no propician por si mismo dependencia, son capaces de instar el desarrollo de mecanismos de habituación en el individuo que los consume regularmente.
- ✓ La ciclicina, utilizada en pacientes dependientes a opiáceos, o en quienes reciben metadona y la usan a manera de estimulantes.
- ✓ El ácido gamahidroxi-butírico usado en gimnasios y en tiendas de productos alimentarios para “el modelaje corporal”, se considera un sustituto de los anabólicos esteroideos. Esta sustancia ha sido usada en dosis de 30-50 mg/kg en toma única al acostarse debido entre otras cosas a que relaja, produce sueño y permite el tan anhelado” rediseño de la figura”.
- ✓ Los anabólicos esteroideos de los cuales existe una gran cantidad de medicamentos. Entre ellos destacan el clostebol, la dehidroclormetiltestosterona, la mesterolona, la metandiona, la metenolona, la testosterona y otras sustancias relacionadas químicamente con ellos:
 - La hormona de crecimiento.
 - Las raíces de Ginsen.
 - Las ciproheptadina prescrita como agente oréxico.
 - Los aminoácidos esenciales.



- El oxígeno cuando se usa en concentraciones puras o por tiempos muy prolongados.
 - La eritropoyetina utilizada en los atletas con miras a reforzar sus capacidades básicas para competir.
 - Las enzimas proteolíticas.
 - Diversos agentes alcalinos.
- ✓ Algunos de los morfínicos de acción lenta como la buprenorfina (buprenex), y temazepam, se ha reportado como la forma más frecuente de abuso opiáceo endovenosa en otros países.
 - ✓ Los jarabes béquicos son a menudo sustancias de abuso especialmente los que contienen fosfato de codeína, clorhidrato de efedrina o clorhidrato de prometazina.
 - ✓ El consumo de dextrometorfan se usa con cierta frecuencia entre los adolescentes.
 - ✓ Las benzodiazepinas lorazepam y alprazolam tanto como la buspirona (agonistas serotoninérgicos con efectos ansiolíticos) constituyen también fármacos de abuso.
 - ✓ Los agentes atimuscáricos usados con indicación atiparkinsoniana, habitualmente se produce por los neurolepticos.
 - ✓ Otras sustancias como la tranilcipromina que es un fármaco inhibidor de la monoaminooxidasa, (MAO), semejante en su acción a los anfetamínicos.
 - ✓ El óxido nitroso utilizado en los consultorios dentales y como vehículo propulsor de algunos de los embaces nebulizadores.
 - ✓ Por su parte la loperamida, el fentanil y la naltrexona debido a su estructura química, sin duda también han ocasionados muchos cuadros de dependencia severa.
 - ✓ Los relajantes musculares de acción central tienen propiedades sedantes que los hacen ser escogidos solos o combinados con otros sedantes.
 - ✓ La levodopa, la ergotamina, los estrógenos, la nifepidina y el temazepam engruesan la lista de fármacos con propiedades mal usadas o abusadas como las pomadas y ungüentos y una larga lista de laxantes para uso tópico o ingestión.
 - ✓ Por último, el hipoclorito de sodio, una de las pocas sustancias conocidas capaces de inactivar al Virus de la Inmuno Deficiencia Humana (VIH), se mal usa al mezclarse con otras sustancias en la jeringas que se preparan para su aplicación



endovenosa compartida, produciendo así consecuencias nocivas a la salud de los usuarios al igual que la mayoría de las sustancias listadas.¹⁶

Sustancias psicotrópicas

Son por definición, todas aquellas sustancias naturales o sintéticas cuyos efectos se ejercen básicamente, en el Sistema Nervioso Central (SNC), y que por su perfil de acción farmacológica poseen la capacidad de crear estados de abuso o dependencia que llevan al sujeto a experimentar su uso continuado, generando así una adicción. Tales fármacos pueden ser de utilidad en la terapéutica médica debido a sus propiedades analgésicas, sedantes (tranquilizantes, hipnóticas o ansiolíticas, estimulantes, etc.). Las llamadas sustancias químicas o fármacos de uso no médico, son en su mayoría de producción ilegal y clandestina, su uso se limita habitualmente a una forma de consumo con fines de intoxicación.¹⁶

Clasificación de los psicotrópicos

Si bien la mayor parte de los psicotrópicos producen un efecto sobre el sistema nervioso central también generan modificaciones en otros aparatos y sistemas del organismo.¹⁶

La clasificación de psicotrópicos se realiza con bases a sus propiedades químico farmacológicas y muy especialmente sobre el Sistema Nervioso Central (SNC). De estas existen varias versiones. Una clasificación de utilidad práctica es la de NIDA (National Institute of Drug Abuse). Todos los fármacos que operan el SNC tiene un efecto estimulante y depresor de sus funciones provocando ya sea efectos sedantes y de alertamiento en mayor o menor medida.¹⁶

Los depresores intervienen en la función de los tejidos excitables interviniendo todas las estructuras presinápticas neuronales con la frecuente disminución de la cantidad de neurotransmisor liberado por el impulso nervioso lo cual produce además una disminución de la función de los respectivos receptores postsinápticos (alcohol, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, así como disolventes volátiles). Por su parte el alcohol inhibe la transmisión glutamatérgica excitatoria de acción directa sobre los receptores N-metil-D-aspartato (NMDA), lo cual también resulta una depresión del Sistema Nervioso Central (SNC).¹⁶



El grupo de los opiáceos incluye al opio, morfina, heroína, codeína, difenoxilato, fentanyl, nalbufina, propoxifeno, etc.¹⁶

Los estimulantes simpaticomiméticos ejercen un bloqueo en la inhibición o una excitación de las neuronas en forma directas, los mecanismos de acción son variados y pueden explicarse por acción fisiológica; por ejemplo, el aumento de la despolarización neuronal, incremento de la cantidad de neurotransmisores disponibles, labialización de la membrana neuronal o reducción del tiempo de recuperación sináptica (se considera un grupo de estimulantes mayores entre los cuales se incluyen la cocaína y a las anfetaminas y un grupo de estimulantes menores donde se clasifican a las xantinas).¹⁶

Existe un tercer grupo denominado alucinógenos (anteriormente llamados psicodélicos o psicodislépticos), por el efecto que producen sobre los procesos sensoriales de percepción. Generan, tanto una inhibición de los receptores serotoninérgicos, o un bloqueo de los receptores muscarínicos centrales (entre ellos se incluyen al LSD y otros fármacos similares como la psilocibina, mezcalina y el grupo de los cannabinoides).¹⁶

Clasificación farmacológica de los psicotrópicos de abuso

- ✓ Opio
- ✓ Morfina
- ✓ Heroína
- ✓ Meperidina
- ✓ Codeína
- ✓ Difenoxilato
- ✓ Fentanyl
- ✓ Nalbufina
- ✓ Propoxifeno
- ✓ Metadona
- ✓ Buprenorfina¹⁶



Factores macrosociales del abuso de sustancias adictivas.

Son factores de carácter socio estructural y se refieren a las características culturales o sociales que sirven de contexto general al consumo de drogas.

Entre estos destacan:

- ✓ Disponibilidad de drogas.
- ✓ Actitudes sociales tolerantes hacia el consumo de determinadas sustancias.
- ✓ Sistema colectivo de valores.
- ✓ Falta de recursos o facilidades para el empleo saludable del tiempo libre.
- ✓ Planificación urbanística.
- ✓ Publicidad de drogas legales.
- ✓ Inadecuado discurso social.

La disponibilidad de una droga tiene gran influencia sobre su consumo, de forma que al , 3

menos hasta cierto punto cuanto mayor es la cantidad de sustancia disponible en el mercado, mayor es el número de consumidores y mayores las cantidades consumidas. Directamente relacionados con la disponibilidad, factores como el precio de la sustancia y su regulación legal tienen también considerable influencia sobre su consumo.

Actitudes sociales tolerantes hacia el consumo de determinadas sustancias. Las sociedades occidentales mantienen una postura confusa y, en ocasiones, llena de hipocresía respecto a la producción y consumo de drogas legales. Al mismo tiempo, el consumo de estas sustancias está claramente incorporado a nuestra forma de vida, de manera que una gran parte de la población consume en mayor o menor medida. Todo ello dificulta la toma de conciencia respecto a los riesgos derivados del consumo de drogas como el tabaco o el alcohol y hace que, en conjunto, la sociedad tienda a mostrarse tolerante con algunas prácticas claramente insaludables (abuso del tabaco, alcohol, etc.).



Riesgos macrosociales de farmacodependencia

La farmacodependencia es un fenómeno que afecta a todo el mundo. Desde una perspectiva integral, tiene dos vertientes: la de oferta y la de demanda, que exigen necesariamente el desarrollo de acciones y políticas complementarias orientadas, en la primera a alejar la droga del hombre y en la segunda al hombre de la droga.¹⁴

La escasez de recursos destinados a la atención de la demanda de drogas, plantea la necesidad de hacer uso óptimo y racional de los mismos, llevando los programas principalmente a los núcleos poblacionales que se encuentran en mayores condiciones de riesgo de ser afectados.¹⁴

Algunos indicadores vinculados con riesgos de farmacodependencia

I. Demográficos

- ✓ Alta concentración de población urbana.
- ✓ Alta proporción de población de 5-29 años.
- ✓ Alta proporción de población de 20-29 años.
- ✓ Que el departamento sea punto de atracción.
- ✓ Que el departamento sea punto de expulsión.¹²

II. Sociales

- ✓ Alta proporción de divorcios y separaciones.
- ✓ Alto número de hijos e hijas por madre.
- ✓ Alta proporción de población sin religión declarada.
- ✓ Alto índice de suicidios.¹²

III. Económicos

- ✓ Alto nivel de desempleo.
- ✓ Alto índice de población no pobre.
- ✓ Alto promedio de habitantes por vivienda.¹²



IV. Educativos

- ✓ Alto índice de analfabetismo.
- ✓ Alto índice de población sin formación universitaria.
- ✓ Alto índice de población de 6-29 años que asiste a la escuela.
- ✓ Alto índice de población de 6-29 años que no asiste a la escuela.
- ✓ Alto índice de escuelas privadas.¹²

V. Disponibilidad de drogas en Nicaragua

Existe en este país diversos factores que propician el consumo de drogas, como la extrema pobreza, su ubicación estratégica entre regiones productoras y consumidoras, la rápida urbanización, los conflictos armados y la limitada presencia del estado en regiones remotas. Esto ha convertido al territorio en un punto de transbordo y tránsito ilegal de drogas, lo que ha permitido mayor disponibilidad y con ello elevado consumo de drogas ilegales.¹²

Algunas drogas legales son de uso común en el país; en cuanto a las ilegales se da de preferencia a la marihuana, crack, pega y cocaína. Una justificación general para este módulo de indicadores es que la mayor disponibilidad de drogas facilita el acceso al consumo y a la poliadicción.¹²

✓ **Cocaína**

Las rutas del narcotráfico pasan por Nicaragua, donde en los últimos años se ha incrementado la cantidad de cocaína incautada. Originalmente esta droga estaba restringida a los estratos más altos de la sociedad; sin embargo hoy es de uso creciente entre jóvenes de clases marginales, pues los precios han tendido a la baja.¹²

✓ **Crack**

A mayor disponibilidad de cocaína, mayor disponibilidad de crack, como producto derivado de la cocaína.¹²

Por ser fácil su preparación y bajo costo, el crack está adquiriendo gran auge en el país. Actualmente se consume en todos los estratos de población.¹²



✓ **Marihuana**

Se produce en diferentes regiones del país y se introduce principalmente de Honduras y Colombia. Esta situación genera mayor disponibilidad y precio accesible, lo que representa más riesgo para el consumo.¹²

✓ **Abundancia de expendios**

En el ámbito nacional, la policía tiene conocimientos de más de ochocientos cincuenta expendios que inciden en la comercialización de cocaína, marihuana y crack, lo que aumenta la disponibilidad de drogas ilícitas.¹²

Drogas 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.¹¹

Las 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 de duras y blandas, es cuestionada, y se podría decir que las duras son malas y las blandas son buenas o menos malas, pero administradas en mismas dosis pueden tener los mismos efectos nocivos.¹¹

La Dependencia es el estado del individuo mediante el cual crea y mantiene constantemente un deseo de ingerir alguna sustancia. Si este 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.¹



Tipos de drogas según sus efectos

Narcóticos

La palabra narcótico es un vocablo griego que significa "cosa capaz de adormecer y sedar". Esta palabra se usa con frecuencia para referirse a todo tipo de drogas psicoactivas, es decir, aquellas que actúan sobre el psiquismo del individuo, se pueden dividir en:

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

Es una droga con composiciones y orígenes distintos, que tienen en común su efecto en el organismo, aunque este se manifieste en manera y de grado diferentes.¹¹

Neurolépticos o tranquilizantes mayores:

Se trata de sustancias utilizadas para tratar la depresión, las manías y las psicosis, y muchas de ellas se venden sin prescripción médica en la mayoría de farmacias, entre estas están fenotiazinas, el haloperidol y la reserpina.¹¹

Producen un estado de indiferencia emocional, sin alterar la percepción ni las funciones intelectuales, sumamente tóxicas, poseen efectos secundarios tales como parkinsonismo, destrucción de células de la sangre, arritmia cardíaca, anemia, vértigos, entre otros.¹¹

Ansiolíticos o tranquilizantes menores:

Habitualmente usados para tratar las neurosis, estas drogas constituyen la mitad de todos los psicofármacos consumidos en el mundo, a pesar de que producen un síndrome de abstinencia muy grave. En dosis mayores funcionan como hipnóticos o inductores del sueño: algunos se usan como relajantes musculares.

Producen letárgica, estupor y coma, con relativa facilidad. Al abandonar su consumo pueden aparecer episodios depresivos, desasosiego o insomnio.¹¹



Somníferos o barbitúricos:

Su uso puede provocar lesiones en el hígado o en los riñones, producir erupciones cutáneas, dolores articulares, neuralgias, hipotensión, estreñimiento y tendencia al colapso circulatorio.

La intoxicación aguda puede llegar a provocar la muerte. La dependencia física se genera entre las 4 o las 6 semanas.¹¹

Clasificación de las drogas según su acción sobre el SNC

1. Depresoras del SNC

- ✓ Alcohol
- ✓ Opiáceos: heroína, morfina, codeína, metadona, propoxifeno
- ✓ Sedantes
- ✓ Hipnóticos⁽⁷⁾

2. Estimulantes del SNC

- ✓ Estimulantes mayores: Cocaína
- ✓ Anfetamina: Dextroanfetamina
- ✓ Metanfetamina
- ✓ Metilfenidato
- ✓ Estimulantes menores: nicotina
- ✓ Xantinas: cafeína, teobromina.⁽⁷⁾

3. Drogas perturbadoras del SNC

- ✓ Alucinógenos: Alucinógenos serotoninérgicos: LSD, psilocibina, mescalina.
- ✓ Agentes anticolinérgicos: atropina y escopolamina.
- ✓ Anestésicos disociativos: fenciclidina (polvo de ángel), hidrocloreto de Ketamina.
- ✓ Derivados del cannabis: marihuana, hachís, aceite de hachís.
- ✓ Drogas de síntesis: 3,4-metilendioxi metanfetamina (MDMA), éxtasis.
- ✓ Inhalantes: solventes volátiles, nitrito de amilo y de butilo, anestésicos generales, gases propelentes en aerosol.⁷



Efectos de las drogas en el organismo

Dependiendo de la frecuencia y del tipo de uso, las drogas pueden tener efectos severos y duraderos sobre el organismo y sobre la vida personal. Algunas drogas pueden causar daño tras consumirlas una sola vez, mientras que otras pueden afectar al organismo de forma continua. Algunos de los efectos físicos más perjudiciales de diferentes drogas son:

Esteroides: Tumores de hígado, hipertensión, pérdida de cabello, acné severo, reducción testicular, bloqueo del crecimiento, y un ciclo menstrual irregular.

Cafeína: Insomnio, disminución de la concentración, ansiedad intensa, y agitación.⁸

Alcohol: El alcohol es una sustancia que deprime el SNC y en general todas las funciones del organismo. Una alta concentración de alcohol produce muerte celular factor que es aprovechado en la elaboración de antisépticos.⁸

Tabaco: Es la droga más extendida en el mundo, con una causa alta de mortalidad. Es una planta originaria de América que se puede consumir de distintas formas: mascado, fumado. Al fumar se inhala el humo de las hojas quemadas. Según la forma de fumar las acciones serán diferentes.⁹

Efectos en el organismo: Los efectos causados en el organismo son provocados por las diferentes sustancias que este contiene: El monóxido de carbono se encuentra en el humo del tabaco, y pasa a la sangre a través de los pulmones. Es el responsable del daño en el sistema vascular por una parte, y de la disminución del transporte de oxígeno a los tejidos de nuestro organismo, por otra. Produce fatiga, tos y expectoración.⁹

La nicotina actúa sobre las áreas del cerebro que regulan las sensaciones placenteras, provocando la aparición de dependencia. También actúa sobre el sistema cardiovascular aumentando la frecuencia cardiaca y la posibilidad de arritmias. Además, produce cambios en la viscosidad sanguínea y aumenta los niveles de triglicéridos y colesterol.⁹



Entre las enfermedades relacionadas con el tabaco destacan las siguientes:

- ✓ Bronquitis crónica.
- ✓ Enfisema pulmonar.
- ✓ Cáncer de pulmón.
- ✓ Hipertensión arterial.
- ✓ Enfermedad coronaria (angina o infarto de miocardio).
- ✓ Accidentes cerebrovasculares (trombosis, hemorragias o embolias).
- ✓ Úlcera gastrointestinal.
- ✓ Gastritis crónica.
- ✓ Cáncer de laringe.
- ✓ Cáncer bucofaríngeo.
- ✓ Cáncer renal o de vías urinarias.
- ✓ Impotencia sexual en el varón.⁹

Opiáceos (OPI): Los OPI (morfina, heroína y codeína) son las drogas derivadas del opio, que se extrae del fruto de la amapola o adormidera (*Papaversomniferum*). La estructura, efectos y consecuencias de estas tres drogas son semejantes.⁸

Los opiáceos actúan uniéndose a los receptores μ en el SNC, inhiben la adenilatociclasa, con la consecuente disminución de la síntesis de AMP, además de inactivar los canales del calcio. Como resultado de todas estas acciones se produce una disminución en la secreción de neurotransmisores.⁸

La utilidad médica de la morfina deriva de su potente efecto analgésico. La codeína también, se utiliza como analgésico suave y fundamentalmente como antitusígeno.

La heroína es un análogo de la morfina, más tóxica y adictiva, y no se conoce ningún uso médico. Su consumo provoca euforia, despreocupación, relajación y bienestar, pudiendo presentarse náuseas y vómitos, sensación de calor y depresión.

La vida media biológica de los OPI oscila entre 3 y 4 horas. En orina pueden detectarse hasta 3 días después de su consumo.⁸

Fentanilo: Cien veces más potente que la morfina y causante de cientos de sobredosis en EE.UU en usuarios de heroína cuando se les vendía como "China White" (3-metil-



fentanilo). Produce sedación profunda, bradicardia, rigidez muscular y convulsiones. Actúa rápidamente a los noventa segundos de la administración intravenosa. Es altamente lipofílico y produce coma prolongado y depresión respiratoria.⁸

Heroína: Es la 3-6-diacetilmorfina o diamorfina (caballo, sugar, papelina, chute). Potente derivado opiáceo sintético y es el más utilizado como droga de abuso. Fue lanzada por Bayer en 1898, tiene un alto poder adictógeno. Se presenta como heroína blanca y heroína marrón, de menor pureza y mayor toxicidad. La riqueza media oscila entre un 2-40% en nuestro medio. La heroína se diluye habitualmente con azúcares (glucosa, lactosa, sacarosa etc.).⁸

La heroína es autoadministrada por vía intranasales, esnifada-inhalada, subcutánea o intravenosa. Por cualquiera de ellas su comienzo de acción es rápido, durando su efecto de 3 a 4 horas. Tiene una vida media de 5-9 minutos, se metaboliza rápidamente a monoacetilmorfina por la esterasas sanguíneas. La monoacetilmorfina a su vez tiene una vida media de cuarenta minutos y se metaboliza a morfina. Se elimina fundamentalmente por el riñón de una forma libre o conjugada a las setenta y dos horas y tiene circulación enterohepática.⁸

Metadona: El clorhidrato de metadona es un opiáceo sintético derivado del difenilheptano. Es un polvo blanco amargo y soluble en agua y alcohol. La metadona es distinta a la morfina desde el punto de vista químico, pero con efectos clínicos similares. La biodisponibilidad por vía bucal y la duración de acción es más prolongada que la heroína. Tiene una farmacocinética similar a la morfina pero cuando se da por vía oral tiene una vida media de quince horas. Por vía oral sus efectos duran unas 36-48 horas. El 80% se metaboliza en el hígado y se excreta por la bilis y la orina. Sus principales propiedades son su efectividad analgésica y la eficacia por vía oral además de la parenteral.⁸



Sedantes o Hipnóticos

Barbitúricos: Los Barbitúricos son fármacos depresores del sistema nervioso central (SNC), utilizados en medicina como sedante y anticonvulsivantes. Dentro de este grupo se encuentran el fenobarbital, pentobarbital, secobarbital, butalbital, tiopental y amobarbital.⁸

Todos estos fármacos son derivados del ácido barbitúrico y se clasifican según la duración de su acción farmacológica, en barbitúrico de acción ultracorta, corta y larga. Sus efectos pueden ser sedantes, hipnóticos, anticonvulsivantes o anestésicos en función de la dosis administrada y su formulación.⁸

Los efectos tóxicos de estas drogas son desinhibición, pérdida de coordinación muscular, depresión y sedación, similares a los que produce el etanol. En dosis muy altas pueden producir shock, depresión respiratoria, coma o muerte.⁸

La vida media de los barbitúricos oscila entre 2 y 40 horas, dependiendo de la duración de su consumo. La detección en orina es función del tiempo de acción del fármaco. Los de acción corta pueden detectarse hasta 4 días posteriores al consumo, mientras que los de acción larga pueden detectarse hasta 3 semanas después.⁸

Benzodiazepinas (BZO): Las benzodiazepinas son fármacos de amplia utilidad clínica, empleados como ansiolíticos, aunque a dosis mayores presentan un perfil de sedación, hipnosis, relajación muscular y actividad anticonvulsivantes. Las aplicaciones terapéuticas de las benzodiazepinas son el tratamiento de la ansiedad, insomnio, inducción a la anestesia, distonía, epilepsia, etc.⁸

Son fármacos depresores del SNC. Su considerable prescripción se debe a su perfil de seguridad con bajo potencial de dependencia física y mínimas reacciones adversas.⁸

Los principios activos más representativos de este grupo farmacológico son, por un lado, los de acción larga, con vidas medias de eliminación de 15-60 horas (diazepam, clorazepatodipotásico, flunitrazepam, etc.), y por otro lado, los de acción corta, con vidas medias de eliminación de 1-13 horas (midazolam, alprazolam, lorazepam, lormetazepam, etc.)⁸



Psicoestimulantes: Son drogas que tienen la capacidad de aumentar el tono general del organismo, la capacidad de trabajo, de concentración y disminuyendo la sensación de cansancio. Se agrupan en tres grandes grupos farmacológicos: Anfetaminas, Cocaína y Metilxantinas.

Anfetaminas: Adenosínmonofosfato(AMP) son aminos simpaticomiméticos que ejercen su efecto como consecuencia de su similitud con las aminos adrenérgicas (adrenalina y la noradrenalina), y dopaminérgicos (dopamina).

Producen estimulación del SNC, disminución del apetito, hipertermia, insomnio y euforia. A nivel periférico, elevan la presión arterial, producen palpitaciones, taquicardias, broncodilatación y estimulación de la respiración. El consumo habitual de Adenosínmonofosfato (AMP), produce irritabilidad, inquietud, alteración del sueño, temblores, midriasis, dermatitis, psicosis (indistinguible de la esquizofrenia).⁸

Las AMP pueden administrarse por vía oral, intravenosa o se fuman. Se absorbe fácilmente en la mucosa digestiva y se metaboliza en el hígado. La vida media de las AMP en el organismo es de doce horas y el periodo de detección en la orina, es de 1 a 2 días tras su consumo.⁸

Clases de anfetaminas:

La benzedrina era la anfetamina base y se utilizaba como vasoconstrictor nasal. La desedrina es el D-isómero de la anfetamina o dextroanfetamina. El "speed" en el mercado ilícito, es el sulfato de anfetamina (hay que distinguirla del "speedball" o "revuelto", que es una mezcla de cocaína y heroína). La fenilpropanolamina está relacionada químicamente con la anfetamina y con la efedrina. Sus efectos químicos son similares, combinada con cafeína potencia sus efectos.⁸

La manipulación de la molécula de anfetamina ha conducido al derivado dextrometilanfetamina ("ice"). Disponible en cristales, es de gran poder adictivo y neurotóxica, se consume fumado. Es dos veces más tóxica que la anfetamina, sus efectos



clínicos son similares a los de la cocaína. Su acción dura horas, puede ser fumada y tiene un alto poder de adicción.⁸

Cocaína (COC): La COC es una sustancia derivada de las hojas del árbol de coca (*Eritroxylum coca*). Es un potente estimulador del Sistema Nervioso Central (SNC) como consecuencia de su acción dopaminérgica. En medicina, se usa como anestésico tópico en cirugía nasofaríngea. A dosis altas puede producir efectos físicos y psicológicos, como aumento del ritmo cardíaco, fiebre, midriasis, diaforesis, euforia y estados alucinatorios. El uso prolongado de la COC produce neurotoxicidad y cardiotoxicidad.⁸

Los consumidores habituales pueden sufrir cambios del estado de ánimo, depresión, alteraciones del sueño, pérdida de memoria, aislamiento social y paranoia. La COC se administra por vías intranasales, intravenosa o se fuma (crack).⁸

La COC se metaboliza rápidamente por las esterasas hepáticas y séricas, a benzoilecgonina y otros derivados. La vida media de este metabolito (5-8 horas) es superior a la de la COC y puede detectarse en orina hasta 3 días después del consumo.⁸

Metilxantinas: Las metilxantinas son un grupo de alcaloides estimulantes del sistema nervioso central (SNC), estas son: la teofilina (té), teobromina (chocolate) y cafeína (café). Alrededor de la mitad de la población de todo el mundo consume estos alcaloides diariamente. Este grupo comparte una estructura especial relacionada con el ácido úrico. La cafeína es 1, 3,7- trimetilxantina, la teofilina es 1,3- dimetilxantina y la teobromina es 3,7- dimetilxantina. Las metilxantinas tienen escasa solubilidad, la cual se intensifica por la formación de complejos (1:1) con diversos compuestos. Las metilxantinas comparten algunas acciones farmacológicas de interés terapéutico, tales como la relajación del músculo liso (bronquios principalmente), son estimulantes del SNC así como del músculo cardíaco. Sobre los riñones tienen un efecto diurético. Son infrecuentes las intoxicaciones letales por la ingestión de cafeína.

Alucinógenos: Son un grupo heterogéneo de compuestos químicos, que producen ilusiones o alteraciones de las percepciones sensoriales, alteraciones de los procesos del pensamiento



y cambios del humor. También son conocidos como psicodélicos, psicomiméticos, pseudoalucinógenos, dislépticos, enteógenos y expansores de la mente. Se incluyen en esta categoría un amplio grupo.⁸

Las alucinaciones son distorsiones subjetivas de la realidad que conducen a una percepción de cosas que no existen realmente, apareciendo como reales. Los colores aparecen más vivos y los sonidos son percibidos exageradamente. Son frecuentes las sinestias, sensaciones de ver sonidos y oler colores.⁸

Generalmente los enfermos bajo los efectos de estas drogas están conscientes y orientados, siendo raros las alteraciones del estado mental y el coma. Las alteraciones físicas suelen ser productos de la respuesta adrenérgica o bien resultado de la mala experiencia de un "mal viaje". Síntomas simpáticos: midriasis, taquicardia, taquipnea, hipertensión, diaforesis, piloerección, debilidad, vértigo, hiperactividad, ataxia. Síntomas parasimpáticos: salivación, lagrimeo, diarrea, náuseas, vómitos, broncoconstricción, e hipertensión.⁸

Fenilalquilaminas (Peyote / Mescalina): Puede causar estimulación del SNC y alucinaciones. Los efectos comienzan con náuseas y vómitos, seguido de midriasis, fotofobia secundaria, visión borrosa, moderada taquicardia y taquipnea, hipertermia, piloerección, enrojecimiento, calambres abdominales, diarreas, adormecimiento, vértigo, ataxia, nistagmos, debilidad, tremor, fasciculaciones y parestesias.⁸

Las alucinaciones pueden ser olfatorias, táctiles, auditivas (raras), visuales y gustatorias, manteniendo buena memoria de las sensaciones experimentadas. Puede haber desorientación temporoespacial, labilidad emocional, paranoia y miedo. Se han documentado flashback, además de psicosis, ansiedad, depresión. Estos efectos psicológicos duran entre 6 y 12 horas.⁸

Hongos alucinógenos: Las especies *Amanita muscaria* o phantherina pueden contener cantidades variables de sustancias colinérgicas o anticolinérgicas que a veces producen un cuadro clínico muy complicado. Efectos anticolinérgicos: sequedad de boca y piel, fiebre, taquicardia, midriasis con visión borrosa, disminución de los ruidos intestinales, retención



urinaria y alucinaciones. Efectos colinérgicos: miosis, bradicardia, salivación, lagrimeo, micción, defecación, cólicos y émesis.⁸

Psilocibina: La psilocibina es la 4-fosforiloxi-N, N-dimetiltriptamina y la psilocina es la 4-hidroxi-N, N-dimetiltriptamina. Se encuentra además en casi cien especies de hongos. Otros análogos a estos es la baecistina (4-fosforiloxi-N-metiltriptamina). Es activa a dosis de 5-50 mg, de inicio más rápido que la LSD y sus efectos mayores se sienten a los treinta minutos durando unas 3-4 horas. La psilocina es casi dos veces más potente. El efecto comienza a los quince minutos de la ingestión, con un pico a los noventa y duran no menos de 4 horas y un máximo de doce horas.⁸

Inhalantes: Son un grupo muy heterogéneo de sustancias químicas que se caracterizan por ser gaseosos o evaporizarse a temperatura ambiente. La mayoría son derivados hidrocarbonados que pertenecen a diferentes grupos. Se encuentran ampliamente distribuidos: gas natural, derivados del petróleo (butano, propano), gasolinas, queroseno, como solventes de grasas, pegamentos y pinturas. Como propelentes de aerosoles, extintores, líquidos refrigerantes y de frenos como lacas, barnices, tintes, quitamanchas, cementos, aceites, plásticos y resina.

Los usuarios suelen ser niños o adolescentes con problemas escolares, familiares o de nivel socioeconómico bajo, generalmente viviendo en barrios marginales en las grandes ciudades. Suelen utilizar diferentes tipos de productos esnifándolos o bien inhalándolos en bolsas, cajas o trapos impregnados de ellos.⁸

La mayoría de estos productos son altamente lipofílicos por lo que difunden rápidamente en el SNC. Tienen después de la absorción pulmonar, unos niveles pico en quince o treinta minutos dependiendo de la concentración, del gasto cardíaco y del volumen respiratorio, haciéndose notar sus efectos en pocos minutos y pueden durar horas. La eliminación suele ser pulmonar, renal y por metabolismo hepático en menor o mayor medida.⁸

Se utilizan por las propiedades euforizantes de sus vapores. Al inicio, producen hiperactividad y euforia posteriormente son depresores del SNC hasta llegar a la anestesia profunda. Generalmente producen alteraciones del estado mental con excitación, euforia,



alucinaciones visuales y auditivas, hiperactividad, paranoia, conducta extraña y agresiva, y pueden llegar al coma con depresión respiratoria, hipotensión y convulsiones. Otras manifestaciones son ataxia, confusión, visión borrosa, diplopia, cefalea, incoordinación, letargia, midriasis, nistagmo, habla confusa y tinnitus. Pueden tener molestias gastrointestinales, como náuseas, vómitos, dolor abdominal y diarrea. También pueden tener una historia crónica de tos, estornudos, disnea, palpitaciones, y dolor torácico.⁸

Su inhalación puede producir diferentes grados de hipoxemia por disminución de la FiO_2 y también neumonitis al ser fuertemente irritantes, presentándose con síntomas respiratorios como ronquidos, sibilancias y cianosis. La cianosis es debida por asfixia, neumonitis, fallo cardíaco o metahemoglobinemia.⁸

Cannabis sativo (tetrahidrocannabinol): El cannabis o marihuana es una de las drogas de uso más extendido. El cannabis es una droga que se extrae de la planta *Cannabis sativa*, con cuya resina, hojas, tallos y flores se elaboran las drogas ilegales más consumidas en España: el hachís y la marihuana. Sus efectos sobre el cerebro son debidos principalmente a uno de sus principios activos, el Tetrahidrocannabinol o THC, que se encuentra en diferentes proporciones según el preparado utilizado:

- ✓ Marihuana: obtenida de la trituración de flores, hojas y tallos secos, posee una concentración de THC entre el 1 y el 5%.
- ✓ Hachís: elaborado a partir de la resina almacenada en las flores de la planta hembra, tiene una concentración de THC entre el 15 y el 50%.
- ✓ Aceite de hachís: resina de hachís disuelta y concentrada con una concentración de THC entre el 25 y 50%.⁸

Estos preparados se consumen fumados en un cigarrillo aliado con tabaco, recibiendo diversas denominaciones que cambian con las generaciones de adolescentes: porro, canuto, peta, joint, etc. Con menor frecuencia se fuma en mini-pipas o se ingiere directamente.

Al consumirse fumado, sus efectos pueden sentirse casi inmediatamente y duran entre 2 y 3 horas. Por vía oral la absorción es más lenta y sus efectos aparecen entre la media hora y las dos horas, pudiendo durar hasta 6 horas.⁸



El THC tiene una vida media aproximada de una semana, lo que significa que, una semana después de consumirlo, el organismo no ha conseguido eliminar más que el 50%. Aunque una persona sólo consume los fines de semana, no habrá tiempo suficiente para que se elimine completamente y se irá acumulando en su cerebro, produciendo varios de sus efectos.⁸

Efectos tras el consumo:

Relajación, somnolencia, sensación de lentitud en el paso del tiempo. Desinhibición, alegría desmedida, enrojecimiento ocular. Aumento del ritmo cardiaco y la tensión arterial.

Sequedad de boca. Percepción distorsionada. Empeoramiento del tiempo de reacción y de la atención. Dificultades para pensar y solucionar problemas. Dificultad de coordinación.⁸

El consumo habitual provoca una serie de daños orgánicos y psicológicos:

- ✓ El hecho de fumarse sin filtro, aspirando profundamente el humo, reteniéndolo en los pulmones y apurándolo hasta el final, favorece enfermedades como la bronquitis crónica, el enfisema pulmonar o el cáncer de pulmón. Además, su efecto Broncodilatador potencia la absorción de sustancias tóxicas.
- ✓ Altera el sistema cardio-circulatorio, provocando taquicardia, por lo que las personas con hipertensión o insuficiencia cardiaca pueden sufrir un empeoramiento de su sintomatología.
- ✓ Existen datos que indican que podría haber un aumento de la incidencia de depresiones y psicosis por el consumo crónico de esta sustancia.



Signos físicos de consumo de ciertas sustancias ilícitas

Signos físicos	Drogas de adicción
Taquicardia	Anfetaminas, cocaína, marihuana
Hipertensión	Anfetaminas, cocaína, marihuana
Miosis puntiforme	Heroína, morfina, otros opiáceos
Respuesta pupilar lenta	Barbitúricos
Irritación/ulceración de la mucosa	Inhalación de Cocaína y heroína intranasales, inhalación de pegamentos.
Nasal Cicatrices cutáneas	Heroína, morfina, otros opiáceos
Necrosis de grasa subcutánea	Heroína, morfina, otros opiáceos
Tatuajes en la fosa ante cubital	Heroína, morfina, otros opiáceos
Abscesos cutáneos y celulitis	Heroína, morfina, otros opiáceos
Ictericia	Heroína, morfina, otros opiáceos

Indicios clínicos de abuso crónico de drogas

Datos físicos	Hábitos personales	Aspectos académicos	Aspectos de conducta
Pérdida de peso	Uso de gotas oculares	Alteración de la memoria	Riesgo
Hipertensión arterial	Alteraciones del sueño	juicio inadecuado	Oscilaciones estado ánimo
Enrojecimiento de ojos	Alteraciones del apetito	Falta a clase	Depresión
Irritación nasal	Menos higiene	Fallo rendimiento escolar	Reacciones de pánico
Resfriado/alergia	Cambio forma de vestir	Problemas con profesores	Psicosis agudas
Tos crónica	Pérdida de interés	Expulsión escolar	Paranoia
Hemoptisis	Nuevos amigos		Problemas con los compañeros
Dolor retro esternal	Nuevos intereses		Problemas con la familia
Dificultad Respiratoria	Nuevos gustos musicales		Robos
Hepatomegalia			Promiscuidad
Huellas de inyecciones			Problemas legales



Consecuencias de las sustancias adictivas

Sustancias Adictivas	Efectos a Corto plazo	Posibles Consecuencias
Alcohol	Pérdida de la inhibición, Sedación, Impotencia, Infertilidad, Defectos congénitos (si se consume alcohol durante el embarazo). Muerte accidental (por ejemplo, por imprudencia al conducir)	Depresión, Enfermedad cardíaca, Envejecimiento prematuro, Daño hepático, Dependencia física, Convulsiones de abstinencia, pérdida de la memoria, alucinaciones
Alucinógenos (LSD, Éxtasis)	Euforia, Alucinaciones, Pérdida del apetito, Distorsión del tiempo y de la percepción, Deshidratación, Fiebre extrema	Dependencia física, Escenas retrospectivas, Psicosis, Insuficiencia renal, Insuficiencia cardíaca, Muerte
Heroína	Episodio breve de placer, Somnolencia, Disminución de la frecuencia respiratoria, Sensación de pesadez en los brazos o piernas, Náuseas, vómitos, Picazón intensa, Aborto espontáneo, Síntomas de abstinencia, Escalofríos, Náuseas / diarrea, Dolores musculares, Esgurrimiento nasal ocular, Sudoración, Insomnio	Dependencia física, Infección por el VIH (heroína inyectable), Hepatitis B (heroína inyectable), Hepatitis C (heroína inyectable), Daño cardíaco, Daño pulmonar, Problemas hepáticos / renales, Daño cerebral, Infección bacteriana, abscesos, Artritis
Inhalantes (Pegamento, Solventes de pintura, Corrector líquido)	Euforia rápida, Somnolencia, Desinhibición, Mareos, Agitación, Náuseas, Vómitos	Dependencia Física, Insuficiencia cardíaca, Pérdida del conocimiento, Asfixia, Muerte, Daño nervioso permanente
Marihuana	Problemas de memoria, Latidos cardíacos rápidos, Aumento de la presión arterial, Problemas de concentración, juicio y percepción	Dependencia física, Depresión, Problemas pulmonares crónicos
Nicotina (Tabaco de mascar, Cigarrillos, Cigarros)	Movimientos bruscos, Complicaciones en el embarazo, Reacción de abstinencia, Irritabilidad, Insomnio, Ansiedad, Depresión, Enojo, Ansias, Aumento del apetito	Dependencia física, Depresión, Cáncer de pulmón, Ataques cardíacos, Enfisema, Presión arterial alta, Ulceras, Cáncer oral, Muerte
Sedantes (Píldoras para dormir, Medicamentos contra la ansiedad)	Sedación, Problemas de memoria, Coordinación deficiente, Disminución de la frecuencia respiratoria, Defectos congénitos (embarazo)	Dependencia física, Muerte, Convulsiones
Estimulantes (Cocaína, Crack, etc)	Exaltación del estado de ánimo, Actitud alerta, aumento de la atención, Aumento de la frecuencia cardíaca, la presión arterial o la frecuencia respiratoria, Complicaciones en el embarazo (aborto espontáneo, partos de feto muerto, bajo peso al nacer, discapacidades de la niñez)	Depresión, Convulsiones, Derrames, Ataques cardíacos, Ansiedad, Cambios en el comportamiento (paranoia, psicosis, agitación, violencia), Muerte



Hipótesis:

Siendo el abuso de sustancias adictivas uno de los principales problemas de salud pública que sufren las sociedades modernas nos hemos planteado la siguiente hipótesis para dar respuesta al problema.

Los riesgos macrosociales tales como: demográficos, sociales, económicos y educacionales, al verse éstos afectados, conlleva a la población de la ciudad de León a ser más propensos al abuso de sustancias adictivas, en comparación con los departamentos de Masaya y Matagalpa.



Material y Métodos

Tipo de estudio:

Descriptivo de corte transversal

Área de estudio:

El estudio se llevó a cabo en los municipios de Matagalpa, Masaya y León.

León: está ubicado al occidente del país y es uno de los departamentos más productivo de Nicaragua. Limita al norte con los departamentos de Chinandega y Estelí, al sur con el departamento de Managua y al oeste con el océano pacífico.

Matagalpa: ubicado en la región central del país, limita al norte con Jinotega; Esquipulas y San Dionisio al sur, Tuma- La dalia, San Ramón y Muy Muy al este y Sèbaco al oeste.

Masaya: situada al sur oeste de Managua limita al norte con Granada y está situada a la orilla de la laguna del mismo nombre y al pie del volcán Masaya.

Universo de estudio

Los municipios en estudio cuentan con una población total de: Matagalpa 336,894 habitante. El municipio de León cuenta con una población aproximada de 441.308 habitantes y Masaya 241, 354 habitantes aproximadamente. El Total es de: 1, 019,556 de habitantes.

Muestra de estudio

La selección del tamaño de la muestra fue al azar y por conveniencia de 450 personas.

Criterios de inclusión

Serán incluidos en este estudio los individuos que cumplan con:

- ✓ Ser habitante de los tres departamentos de estudios.
- ✓ Que acepte a participar en el estudio.
- ✓ Que consuman alguna de las sustancias adictivas.



Criterios de exclusión

Serán excluidos en este estudio los individuos que:

- ✓ No habiten actualmente en los departamentos de estudio.
- ✓ No acepten participar en el estudio.
- ✓ Que no consuman ninguna sustancia adictiva.

Procedimiento e instrumento para la recolección de información.

El procedimiento para la recolección de la información fué la encuesta. Se elaboró la encuesta con un total de once preguntas, las cuales son de tipo abiertas y cerradas, basadas en los objetivos planteados en este estudio y seleccionando a las personas con las características necesarias, que acepten colaborar con esta investigación, aplicándolos en los municipios de los departamentos de (Matagalpa, Masaya y León), de esta manera unificar las respuestas de las encuestas para lograr obtener los resultados esperados.

Variables

- ✓ Sexo
- ✓ Edad
- ✓ Empleo
- ✓ Religión
- ✓ Estado civil
- ✓ Nivel escolar
- ✓ Consecuencias de personas que consumen sustancias adictivas.
- ✓ Sustancias adictivas más utilizadas por la población.
- ✓ Departamento de mayor incidencia en el consumo de sustancias adictivas.

Procesamiento de los datos y análisis de los resultados

Una vez realizadas y recolectadas todas las encuestas se utilizó el programa SPSS para procesar toda la información que fue recolectada con la ayuda de las personas que aceptaron participar de este estudio.



Operacionalización de las variables

Variable	Definición	Indicador	Escala
Sexo	Características fenotípicas definidas y que se expresan biológicamente.	-Masculino -Femenino	Nº %
Edad	Periodo en años que ha transcurrido desde el nacimiento hasta el momento en que se le aplicara la encuesta.	-Menores de 20 años - 21-30 años - 31 años a mas	Nº %
Empleo	Es la ocupación que desempeña el individuo en la sociedad.	-empleado. -desempleado.	Nº %
Religión	Es una actividad humana que suele abarcar creencias y prácticas sobre cuestiones de tipo existencial, moral y sobrenatural	-católico -evangélico. -testigo de Jehová. -mormones. -otros	Nº %
Estado civil	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	-soltero. -casado. -viudo. -divorciado.	Nº %
Escolaridad	Nivel de conocimiento adquirido por el individuo en la escuela o cualquier centro de enseñanza.	-primaria. -secundaria. -universidad. -técnico. -ninguno.	Nº %
Consecuencias que corren las personas que consumen sustancias adictivas.	El daño que se pueden causar al utilizar estas sustancias adictivas.	-ningún riesgo. -un ligero riesgo. -un riesgo moderado. -mucho riesgo. -no sé.	Nº %
Sustancias adictivas más utilizadas por la población.	Son las diferentes sustancias que consume la persona.	Tabaco -Alcohol Tranquilizantes -Cannabis (Hachís, Marihuana) -Cocaína -Anfetaminas -Heroína -Alucinógenos -Sustancias volátiles	Nº %
Departamento de mayor incidencia en el consumo de sustancias adictivas.	Lugar geográfico en el cual se ve un mayor consumo de sustancias adictivas.	-Matagalpa. - Masaya. - León.	Nº %
Riesgos macrosociales	Son aquellas situaciones internas o externas, individuales y de contexto que facilitan o incrementan las probabilidades del uso y abuso de drogas.	-Económicos -Sociales -Educativos -Demográfico -Disponibilidad de drogas	Nº %



Resultados

TABLA 1: Distribución de los individuos según sexo vs estado civil en los departamentos de León, Masaya y Matagalpa.

sexo		Soltero	Casado	Divorciado	Viudo
León	Masculino	42.7%	16.7%	3.3%	1.3%
	Femenino	24.7%	8.7%	2.0%	0.7%
Masaya	Masculino	64%	6.0%	0%	0%
	Femenino	29.3%	0%	0%	0%
Matagalpa	Masculino	50.7%	16.7%	5.3%	1.3%
	Femenino	18.7%	7.3%	0%	0%

Análisis de resultado de tabla 1.

De Febrero a Abril del 2014 se recolectó y procesó información de individuos de los departamentos de León, Masaya y Matagalpa. La población total del estudio fue de 450 personas, las cuales aceptaron participar del estudio y que consumen alguna sustancia adictiva.

De acuerdo a los resultados de las personas que participaron en este estudio, se observa que en el departamento de Masaya, los porcentajes de la población soltera del sexo femenino con un 29.3% y la del sexo masculino con un 64%, es mayor en comparación con los otros departamentos en estudio. El departamento de Matagalpa la población soltera masculina predomina con un 50.7% que la población femenina con un porcentaje de 18.7 y los resultados en el departamento de león reflejan 42.7% de hombres y 24.7% de mujeres son personas sin compromiso sentimental.

Diversos estudios han puesto de manifiesto las diferencias entre las causas de consumo de sustancias adictivas según el lugar de procedencia. En este estudio la selección del tamaño de la muestra se hizo al azar por conveniencia en tres departamentos de Nicaragua León, Masaya y Matagalpa. Se encuestaron cuatrocientos cincuenta personas, ciento cincuenta



por cada departamento estas fueron dirigidas solo a personas que consuman alguna sustancia adictiva.

En esta investigación el sexo que mayor consume drogas en los tres departamentos es el sexo masculino soltero de un 42-64%, esto se debe a que mayor libertad y menor responsabilidad puede ocasionar un porcentaje alto de consumo de sustancias adictivas, en el caso del sexo femenino soltero es de 18-29%, en la actualidad las mujeres en su deseo de conquistar la igualdad con los hombres, imitaron algunos comportamientos característicos del sexo masculino, como es el uso de drogas pero a pesar de ello, los consumos de drogas siguen siendo hoy en día claramente superiores en el hombre.

En otros estudios se observa también que los hombres tuvieron un mayor consumo de las distintas sustancias que las mujeres sobre todo en lo que respecta a las drogas ilegales, en estudios similares realizados a la población adolescente en Nicaragua mostraron un porcentaje mucho menor al encontrado a este estudio.¹ De esta forma podemos definir claramente que la población soltera es más propensa al consumo de sustancias adictivas, ya que gozan de privilegios entre ellos: libertad, mayor tiempo libre, salario, en algunos casos grupos sociales, fiestas hasta el amanecer, paseos, viajes; las cuales son cosas que un hombre o una mujer con obligaciones no pueden realizar con tanta libertad y facilidad.



TABLA 2: Distribución de individuos según sexo vs nivel de escolaridad en los departamentos de León, Masaya y Matagalpa.

Sexo		Primaria	Secundaria	Universidad	Técnico	Ninguno
León	Masculino	6.0%	30.7%	22.0%	4.7%	0.7%
	Femenino	1.3%	19.3%	13.3%	2.0%	0%
Masaya	Masculino	2.7%	61.3%	4.0%	1.3%	0.7%
	Femenino	0%	30.0%	0%	0%	0%
Matagalpa	Masculino	5.3%	32.0%	22.7%	10.0%	4.0%
	Femenino	2.7%	12.0%	8.0%	3.3%	0%

Análisis de resultado de tabla 2

De acuerdo al número de individuos que se encuestaron, en este estudio, los resultados obtenidos en esta tabla resumen los datos en función del sexo y nivel escolar. Se refleja que el departamento de León obtuvo el 19.3% del sexo femenino y 30.7% del sexo masculino; alcanzaron el nivel escolar de secundaria. En el departamento de Masaya el 30% del sexo femenino y el 61.3% del sexo masculino el nivel escolar es secundaria. Y en el departamento de Matagalpa el 12.0% del sexo femenino y el 32.0% del sexo masculino el nivel escolar es secundaria. Observando que en los departamentos de estudio tanto del sexo femenino como del masculino, el nivel de escolaridad que predomina es secundaria.

No hay que sobrevalorar el papel del éxito académico como protector frente al consumo de drogas (de hecho, algunas investigaciones han encontrado consumidores de drogas en todos los niveles de rendimiento escolar y en todos los niveles educativos), es cierto que un escaso aprovechamiento escolar es un factor que se relaciona habitualmente con el consumo de drogas. En este estudio la mayoría tanto del sexo masculino como femenino son personas que iniciaron el consumo de drogas a temprana edad en la secundaria; es donde aumenta la curiosidad de conocer nuevas fronteras. Es admirable el porcentaje alto de personas del nivel escolar secundaria, se puede decir que en esta etapa es donde se abren las puertas prohibidas por la sociedad culta, y los incita a hacer uso de ellas, a experimentar



y tomarlo sin control propio, mas solo para satisfacer una ilusión y llevarlo al abuso, pero también se pueden ver más factores implicados como la mala comunicación en la familia, discusiones entre familia, el divorcio de los padres, la falta de amor y orientación de un mayor o un ser querido, el ser huérfano, malas amistades etc., como resultado tenemos que el sexo masculino, nivel escolar secundaria, consume droga de un 30.7-61.3% y las mujeres, nivel escolar secundaria, de un 12-30% son consumidoras de drogas o alguna sustancia adictiva, por lo que cabe destacar que el sexo masculino siempre es el de mayor consumo. En otra investigación declara que; “al abordar los problemas que refieren tener los adolescentes dentro de la escuela se identifican los de carácter académico principalmente, además de problemas en las relaciones interpersonales con compañeros de clases y maestros, los que pueden generar bajo autoestima, sentimiento de frustraciones o agresividad, todo esto se suma a los problemas en el entorno familiar incrementando los factores de riesgos vinculados al consumo de drogas y los problemas asociados como suicida, violencia, etc”.¹



TABLA 3: Distribución de individuos según sexo vs religión vs empleo en los departamentos de León, Masaya y Matagalpa.

Religiones			Católica	Evangélica	Testigo de Jehová	Ninguna	Adventista
León	Empleo	Masculino	17.3%	5.3%	0%	9.3%	0%
		Femenino	6.7%	1.3%	0%	6.0%	0.7%
Masaya	Empleo	Masculino	12.0%	10.0%	0%	4.7%	0%
		Femenino	1.3%	0.7%	0.7%	0.7%	0%
Matagalpa	Empleo	Masculino	22.0%	6.0%	0%	0%	0%
		Femenino	7.3%	3.3%	0%	0%	0%

Análisis de resultado de tabla 3

En esta tabla se refleja que individuos del sexo masculino de religión católica con un 17.3% tiene empleo del cual estos con su salario financian el consumo a sustancias adictivas al igual que las del sexo femenino y de religión católica con un 6.7%. En el departamento de Masaya del sexo masculino de religión católica con un 12.0% y mujeres de esta misma religión con un 1.3% también trabaja para sustentar su adicción a los diferentes tipos de drogas y el departamento de Matagalpa los pobladores del sexo Masculino y religión católica con un 22.0% y mujeres de la religión católica con un 7.3% tienen un empleo.

En el estudio realizado en los tres departamentos de un 12-22% del sexo masculino religión católica son consumidores de sustancias adictivas, 1.3-6.7% del sexo femenino religión católica son consumidores de drogas, mientras que las otras religiones como evangélicos, testigos de Jehová, adventista, ninguno, en ambos sexos son consumidores con un porcentaje de un 0.7-10%. Algunas personas católicas toman las festividades cristianas como un pase a celebrar pero no de manera apropiada sino, con licor, fiestas paganas, drogarse, fumar; creyendo y engañándose de esta manera así mismo ya que esto es un insulto para la misma iglesia; por eso obtienen el porcentaje más alto, las otras religiones, el



porcentaje menor se debe a que son un poco más temerosos y respetan su religión ya que son más exigentes y su doctrina es otra.

En algunos estudios la religión de los individuos constituye un factor protector del consumo de drogas, sobre todo en el caso de las drogas ilícitas como marihuana y cocaína. Como es señalado anteriormente, resalta el hecho de que los individuos protestantes tiendan a consumir menos drogas que los individuos que participan en otras religiones. Los individuos católicos, respecto a las drogas lícitas, no se diferencian significativamente del consumo de los individuos que no se adscriben a creencias religiosas.²²

TABLA 4: Distribución de individuos según su edad vs las sustancias adictivas que consume.

Consumo		Alcohol	Tabaco	Heroína	Cocaína	Alucinógenos	Cannabis	Tranquilizantes	Anfetaminas	Sust. Volátiles	Otras
León	20A-	18.0%	17.3%	0%	1.3%	0%	2.0%	2.0%	0%	0.7%	0.7%
	21A-30A	32.7%	19.3%	0%	2.0%	0%	6.7%	2.6%	0%	0%	1.4%
	31A+	16.0%	10.7%	0%	1.3%	0%	2.7%	2.0%	0%	0%	0.7%
Masaya	20A-	68.0%	48.7%	9.3%	9.3%	8.7%	19.3%	8.0%	7.3%	6.0%	12.0%
	21A-30A	5.3%	4.7%	1.4%	2.0%	1.4%	3.3%	0.7%	0%	0.7%	0%
	31A+	4.7%	4.7%	0.7%	2.0%	1.3%	1.3%	1.3%	0.7%	0.7%	1.3%
Matagalpa	20A-	16.0%	23.3%	0.7%	3.3%	0%	2.0%	3.3%	0.7%	0%	2.7%
	21A-30A	27.3%	28.0%	1.3%	6.0%	0%	4.6%	15.3%	1.3%	0%	2.0%
	31A+	1.3%	2.0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Análisis de resultados de tabla 4

Podemos observar que el departamento con mayor consumo de drogas es Masaya ya que obtuvo los porcentajes más altos; alcohol con un 68%, tabaco 48.7%, heroína y cocaína 9.3%, alucinógenos 8.7%, Cannabis 19.3%, anfetaminas 7.3%; en personas de menores de veinte años, en comparación a León y Matagalpa. León tiene el menor consumo de cocaína en personas menores de veinte años y mayores de treinta y el menor porcentaje en personas menores de veinte años que consumen sustancias volátiles. El departamento de Matagalpa tiene el mayor consumo en relación de los otros departamentos con el consumo de tranquilizantes con un 15.3% en personas de veinte y uno a treinta años, pero también



obtiene el menor porcentaje en consumo de alcohol 16%, heroína 0.7% y anfetaminas 0.7% en personas menores de veinte años y el tabaco 2% en personas mayores de 30 años.

En este estudio se identificó cual es la sustancia adictiva de mayor consumo en León, Masaya y Matagalpa en los rangos de edades de menores de 20 años, de 21-30 años y de 31 años a más, donde los resultados de la encuesta nos refleja que el alcohol y el tabaco son sustancias de mayor consumo. Otro estudio demuestra resultados similares, que el tipo de droga consumida principalmente por las personas son las llamadas “drogas legales”, como el alcohol y el tabaco. ¹ siendo la edad de prevalencia menores de veinte años, este comportamiento es similar al encontrado en poblaciones norteamericanas en edades escolares de 13-15 años. Comparando también con otros estudios realizados en centros escolares en Nicaragua, se aprecia el inicio de consumo entre 16-18 años, esto aclara que a una edad más tardía de inicio, la dependencia a desarrollar es menor que a edades más tempranas. ¹

Los adolescentes que consumen abusivamente sustancias adictivas a menudo sufren otros trastornos no tratados, como depresión, trastorno de hiperactividad o déficit de la atención y ansiedad, que incrementan su vulnerabilidad. Cualquier joven que tenga acceso al alcohol o las drogas puede desarrollar posiblemente un problema de consumo de sustancias adictivas. Sin embargo, algunos se encuentran en mayor riesgo. La vulnerabilidad genética desempeña un rol importante y los trastornos de consumo de sustancias adictivas se transmiten en las familias. Sin embargo, existen factores modificables, influencias que se pueden cambiar, que también son importantes. Los adolescentes son más propensos a desarrollar trastornos de consumo de sustancias adictivas si sufren depresión, autoestima baja o el sentimiento de que no “encajan” en la sociedad. Otros factores modificables incluyen disponibilidad de sustancias, precio y actitudes familiares y culturales.



TABLA 5: Distribución de individuos según su edad vs conocimiento sobre el daño al consumir sustancias adictivas.

Edad		Ningún daño	Un ligero riesgo	Mucho riesgo	Un riesgo moderado	No se
León	20A-	2.0%	8.7%	16.0%	6.0%	1.3%
	21A -30A	0%	6.7%	26.7%	7.7%	2.0%
	31A+	1.3%	2.0%	13.3%	5.3%	1.3%
Masaya	20A-	5.3%	7.3%	59.3%	4.0%	10.0%
	21A-30A	0.7%	0%	5.3%	0%	0%
	31A+	0%	0.7%	5.3%	0%	0%
Matagalpa	20A-	0%	23.3%	16.0%	0%	0%
	21A-30A	0%	20.0%	36.6%	0%	1.4%
	31A+	0%	0%	2.7%	0%	0%

Análisis de resultado de tabla 5

Se puede distinguir mediante la tabla los siguientes resultados, que en el departamento de Masaya la población menor de 20 años, con el 5.3% consideró que no ocasiona daño el abuso de sustancias adictivas a diferencia el 59.3% de la población opinaron que ocasiona mucho riesgo el abuso de estas sustancias y un 10% de esta misma población opinó que no sabía cuáles eran las consecuencias del abuso de estas sustancias. Y la población de las edades entre 21 y 30 años de León, dio a conocer los siguientes resultados el 26.7% consideran que el consumo de sustancias adictivas genera mucho riesgo al que lo consume y la minoría de esta población con un 2.0% considera que no tiene ningún conocimiento sobre las consecuencias que producen estas drogas. Y el departamento de Matagalpa la población entre las edades de 21 a 30 años considera que las consecuencias son de mucho riesgo con un porcentaje de 36.6% y una minoría no sabe de ningún riesgo.

No obstante, la composición química y la capacidad adictiva de algunas sustancias hacen que su consumo genere riesgos. En relación con los conocimientos sobre las consecuencias que conlleva el abuso de sustancias adictivas en las personas encuestadas en los



departamentos de estudio, respondieron en su mayoría que hay mucho riesgo y un ligero riesgo en el abuso de sustancias adictivas, siendo las edades de mayor conocimientos sobre los riesgos en León en menores de 20-30 años, en Masaya menores de 20 años y en Matagalpa en menores de 20-30 años. En comparación con un reporte, donde nos afirma que hay consecuencias de mucho riesgo al consumir o abusar de las drogas, el cual se llevó a cabo en Estados Unidos se demuestra que 2/3 de los delitos están asociados al consumo de drogas, el cual tiende a incrementarse en caso de crímenes violentos.¹

De igual manera es relevante destacar que a pesar de que los menores de edad tengan conocimientos sobre las consecuencias que conlleva el abuso de drogas, son los que más la consumen y abusan de ellas, esto se debe al bajo índice de escolaridad, desinterés familiar, la falta de una mano que los socorra o los corrija, sin deseos de formarse y progresar, creyendo que todo será fácil al final, que los problemas se van y la realidad es que empeoran, podemos afirmar que a pesar de sus conocimientos la población joven no usa su intelectualidad, ni la razón sino el impulso.



TABLA 6: Distribución de los individuos según los medios que utiliza para consumir sustancias adictivas vs departamento.

Medios	León	Masaya	Matagalpa
Trabaja	46.0%	40.0%	54.7%
Roba	4.0%	5.3%	4.0%
Por amigos	21.3%	45.3%	26.0%
Pide a otras personas	28.7%	8.7%	15.3%

Análisis de resultado de tabla 6

De acuerdo al número de individuos encuestados en este estudio, según los resultados obtenidos en los departamentos, se observó que León obtuvo el menor porcentaje en adquirirlo por medio de robo con un 4.0% y por amigos con un 21.3%, pero el mayor porcentaje se reflejó en que la droga la adquirirían por pedir a otras personas con un 28.7%. Masaya muestra como resultados que hay un mayor porcentaje de adquisición por medio de robos con un 5.3% y Matagalpa hay un mayor porcentaje de personas que trabajan con un 54.7% para adquirir drogas, pero al igual que León tiene menor porcentaje en robos con un 4.0%.

La mayoría de las personas encuestadas para este estudio, en los departamentos León, Masaya y Matagalpa, declara un mayor porcentaje de que trabajan en un rango de 40-45% para adquirir diferentes sustancias adictivas, de un 20-45% en que sus amigos los invitan a consumir drogas, entre un 8-28% piden a otros y de 4-5% roban como medio para consumir.

No existe una causalidad directa entre los factores de riesgo y consumo, pero se sabe que la conjunción de los factores de riesgo puede despertar la vulnerabilidad en los sujetos respecto al uso de drogas y pueden generar una predisposición favorable al consumo.



Conclusiones

Los resultados obtenidos en este estudio no permiten confirmar que exista evidencia suficiente, para aceptar la hipótesis planteada en la investigación, conforme a los resultados que se refleja en la encuesta, ya que el departamento que se ve más afectado, en riesgos macrosociales que los conlleva a un porcentaje mayor de abuso de sustancias adictivas es Masaya.

Conocida como “la ciudad de las flores”, Masaya es considerada la cuna del folclor nacional debido a la fuerza, la conservación y la expresión de las tradiciones y el sincretismo cultural. Fue declarada “Patrimonio Cultural de la Nación” en 1989, y Capital del Folklore Nacional en el año 2000. Hay varias manifestaciones culturales muy antiguas que se realizan con pasión en Masaya. Algunas son de fuerte carácter artísticas, otras son de espíritu fiestero y varias más de connotación meramente religiosa y popular. Es por ello que los riesgos macrosociales se incrementan, porque en el transcurso de todo el año pasan en festejos de diferentes índole y su alto porcentaje de visitantes a los lugares turísticos que ofrece dicho departamento, lo cual inducen a las personas de diferentes edades, estados civiles, educacionales, demográficos, económicos, etc., el uso y abuso de las diferentes sustancias adictivas. Por lo tanto este es el departamento con mayor índice de consumo de drogas tanto legales como ilegales.

1. De cierta forma el estado civil de los individuos de ambos sexos influye en el uso y abuso de sustancias adictivas ya que al ser solteros tienen menos responsabilidades, más dinero para gastar y libertad siendo el departamento de mayor incidencia Masaya.
2. En los departamentos de León, Masaya y Matagalpa la población fue mayormente Masculina y el nivel de escolaridad secundaria. Esto nos indica que, en los tres departamentos, hay deficiencia y escaso aprovechamiento escolar debido al consumo de sustancias adictivas.
3. También se refleja que el sexo masculino de religión católica trabaja actualmente. La religión influye muchas veces de forma positiva como debe ser, pero en este caso hay personas que utilizan la religiosidad o más bien la mal interpretan, ya que en cada ocasión



de festividades, recurren al alcohol o cualquier otro tipo de sustancia adictiva con el fin de celebrar.

4. Algunas personas inician a trabajar a corta edad, ya sean por las circunstancias en las que se encuentran o por el simple hecho de querer adquirir las sustancias adictivas y otros por querer ser independientes.

5. En esta investigación se manifiesta que el mayor consumo de drogas en los departamentos en estudio, es la ciudad de Masaya, por personas menores de 20 años ya que es la que obtuvo porcentajes más altos en el uso y abuso de alcohol y tabaco en comparación con León y Matagalpa, esto se debe a que ambas sustancias son más accesibles, poco costosas y más populares que existen.

6. La edad influye de manera significativa en el consumo de drogas, el índice más alto fue en Masaya con personas menores de 20 años consideran que el abuso de sustancias adictivas producen mucho riesgo; la confusión y la pérdida de valores entre los jóvenes que aún no son conscientes de las consecuencias que ocasiona el abuso de estas sustancias, la rebeldía, la depresión, alteraciones conductuales como el libertinaje, baja empatía hacia los demás, poca tolerancia a la frustración, búsqueda constante de nuevas sensaciones, todas estas acciones conlleva a que los jóvenes tengan una mayor vulnerabilidad al consumo de estas sustancias.

7. El departamento que mayormente obtenía la droga por robo fue el departamento de Masaya. El que obtenía la droga por que trabajaba fue el departamento de Matagalpa. León reflejó que la droga la adquirirían por pedir a otras personas. En los tres departamentos podemos observar que de cualquier manera las personas buscan los medios para el consumo sin importar lo que esto ocasione, el daño a la sociedad, la violencia en el caso de robo, déficit económica de los hogares por pérdida del trabajo, y la pérdida de valores al recurrir a pedir a otras personas para obtener las drogas.



Recomendaciones

Para los jóvenes:

- ✓ Implicación de los jóvenes en actividades alternativas. Es decir que estas personas aprovechen el tiempo en actividades que generen resultados positivos en la vida y en todos los ambientes en los que se desenvuelva, ejemplo de esto sería, el deporte, diferentes cursos artísticos, religiosos, círculos de estudios, ayudar en las actividades del hogar ,etc.

Para los centros educativos:

- ✓ Insertar dentro de los programas escolares la educación preventiva que contenga, no solamente el aspecto informativo, sino también el formativo y la oferta de alternativas saludables, el centro escolar debe de tratar de ser una fuente de protección de los adolescentes ante todos los factores de riesgos más incidentes en ese núcleo escolar.

Para las iglesias:

- ✓ Que las diferentes iglesias de las distintas religiones realicen más jornadas de evangelización con el objetivo de incluir a jóvenes, adolescentes, adultos, que consuman sustancias adictivas o drogas con el fin de sacar a esas personas del mundo de la drogadicción.

Para las instituciones:

- ✓ Es importante que instituciones gubernamentales (MINSA, POLICÍA, UNIVERSIDAD, MIFAMILIA etc.), y no gubernamentales (ONG), o instituciones con experiencia en este estudio aborden de manera integrada los ámbitos escolar, familiar, y comunitario de todas las personas que conviven en la sociedad, para desarrollar factores de protección y potencializar los ya existentes, para minimizar



los factores de riesgos y alejar a las personas en especial a los jóvenes de las drogas, lo cual en este caso ayudaría a mejorar la calidad de vida.

- ✓ Incluir no solo a profesionales dentro de las estrategias de intervención, sino también, a personas en proceso de recuperación, lo que fortalecería los procesos de prevención ya que se expresaría el vivir de las personas que eran adictas y que están buscando su rehabilitación. Para alejarse del mundo de las drogadicción.

Para padres de familias:

- ✓ Los padres de familia son fundamentales en la formación de los hijos es por esto que deben dedicar una parte del tiempo de cada día para conversar con los hijos. Acerca de sus vidas, sus sentimientos, sus ideas y las consecuencias que conlleva al abuso de sustancias adictivas. Con esto ayudará al crecimiento personal del individuo a lo largo de su vida y alejarlo de los factores de riesgo.



Bibliografía

- 1) Ugarte, W.J.(2005). *Percepción de los estudiantes adolescentes de secundaria del Instituto Nacional de Occidente de León sobre el uso de drogas y sus propuestas de intervención*. Tesis de doctorado no publicada, UNAN, León, Nicaragua.
- 2) Cornejo, H. (2009). *Estrategias preventivas para evitar el consumo de drogas en jóvenes adolescentes*. Tesis de maestría en educación no publicada, Universidad Nacional Experimental, Distrito Federal, México.
- 3) Botvin, G.J. (1995). Entrenamiento en habilidades para la vida y prevención del consumo de drogas en adolescentes: consideraciones teóricas y hallazgos empíricos. Recuperado el 04 de febrero del 2014 de: <http://scholar.google.com.ni/scholar>.
- 4) Villatoro, V.J., Medina, I.M., Hernández, V.M., Fleiz, B.C., Amador, B.N., y Bermúdez, L.P. (2003). Prevalencia y evolución del consumo de drogas. Recuperado el 04 de febrero del 2014 de <http://new.medigraphic.com>
- 5) Becoña, E. (2007). Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. Recuperado el 04 de febrero del 2014 de <http://estudio.sobre.consumo.de.drogas>
- 6) Caudevilla, F. (2004).drogas conceptos generales, epidemiología y valoración del consumo. Recuperado el 31 de marzo del 2014 de:
<http://www.drogas/conceptos/generales.com/art/pdf.htm>⁴.
- 7) Hidalgo, M.I., y Redondo, M.A. (2009). consumo de drogas en la adolescencia. Recuperado el 31 de marzo del 2014 de:
http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/_user_/drogas_adolescencia.pdf



- 8) Valcárcel, M.T., Cruz, C.Z., Gacimartín, M.V., Avello, M.T., Álvarez, L.O., Y Gutiérrez, C. B. (2005).servicio de análisis clínicos. bioquímica boletín informativo drogas de abuso. Recuperado el 31 de marzo del 2014 de: <http://drogas-de-abuso.com/articulos/pdf.htm>.
- 9) Cadahía, c. (2001). Plan Nacional Sobre Drogas, Riesgo, Abuso, Consumo y Dependencia de drogas. Recuperado el 31 de marzo del 2014 de: http://www.navarra.es/home_es/gobierno+de+navarra/organigrama/los+departamentos/salud/pdf.htm
- 10) Montes. C. (2005). Cannabis. Recuperado el 08 de abril del 2014 de: http://www.formacionsanitaria.com/cursos/urgencias_sobredosis/material/urgencias_sobredosis.pdf
- 11) (Colado, M.I (2008). Ecstasy (MDMA) and designer drugs: structure, pharmacology, mechanism of action and effects in human beings, Recuperado el 08 de abril del 2014 de: <http://zl.elsevier.es/es/revista/trastornos-adictivos-182/articulo/xtasis-mdma-drogas-diseno-estructura-13128592>).
- 12) Salinas, E., y Forch, M. (2000). *Riesgos Macrosociales de Farmacodependencia a Nivel Departamental en la República de Nicaragua*. México: printed in mexico.
- 13).Centros de Integración Juvenil, A.C. (1997). *Riesgos Macrosociales de Farmacodependencia a Nivel Municipal y Red Estratégica de Atención en México. Plan rector institucional 1998-2000*. México: printed in mexico.
- 14) Pineda, E., Alvarado, E.L., y Canales, F. (1994). *Metodología de la Investigación*. Washington D.C: PALTEX.



- 15) Pineda, E., y Alvarado, E.L. (2008). *Metodología de la investigación*. Washington D.C: PALTEX.
- 16) Díaz, L., (2001). *Especialidad en problemas de farmacodependencia*. México: Manual Moderno.
- 17) Kaufnan, E., y McNaul, J.P. (1992). *Desarrollo Recientes en la Comprensión y Tratamiento del Abuso de Drogas y de la Dependencia*. México: Manual Moderno.
- 18) García, R. (2010). *Larousse Diccionario Básico Escolar*. México: printed in México.
- 19) Matus, A. (2009). *Diccionario de Uso del Español de Chile Academia Chilena de la Lengua*. Santiago, Chile: Mn Editorial Ltda.
- 20) Fernández. J. (2006). *Diccionario de la real academia de la lengua española*. Recuperado el 25 de mayo del año 2014 de:
https://www.google.com.ni/gws_rd=diccionario+de+la+real+academia+dela+lengua+espa%C3%B1ola&tbm=bks.
- 21) Fernández, J.R. (2001) *Consumo de drogas y factores de riesgo en los jóvenes del municipio de Oviedo*. Universidad de Oviedo, España.
- 22) Sepúlveda, M. J., Roa, J., y Muñoz, M.R. (2011). *Revista médica de Chile. Estudio cuantitativo del consumo de drogas y factores sociodemográficos asociados en estudiantes de una universidad tradicional chilena, vol.139 no.7, 856-863*.



ANEXOS



Glosario

- ✓ **Intoxicación:** f. Acción y efecto de intoxicar.
- ✓ **Drogodependencia:** f. uso habitual de estupefacientes al que el drogadicto no se puede sustraer.
- ✓ **Distorsionador:** adj. Que causa distorsión en la transmisión de imágenes, sonidos, etc.
- ✓ **Estereotipos:** m. imagen o idea aceptada comúnmente por un grupo o sociedad con carácter inmutable.
- ✓ **Deserción:** f. acción de desertar. // 2. Der. Desamparo o abandono que alguien hace de la apelación que tenía interpuesta.
- ✓ **Psicoactivo:** adj. Dicho de una sustancia: que actúa sobre el Sistema Nervioso, alterando las funciones psíquicas.
- ✓ **Proclive:** adj. Inclinado o propenso a algo, frecuentemente a lo malo.
- ✓ **Desarraigo:** m. Acción y efecto de desarraigar.
- ✓ **Ocio:** m. Cesación del trabajo, inacción o total omisión de la actividad.
- ✓ **Letargia:** (del lat. Letargia, letargo).
- ✓ **Letargo:** m.med. Síntomas de varias enfermedades nerviosa, infecciosa o tóxicas, caracterizado por un estado de somnolencia profunda y prolongada.
- ✓ **Auge:** m. Periodo o momentos de mayor elevación o intensidad de un proceso o estado de cosas.
- ✓ **Esnifada:** f. En lenguaje de la droga, aspiración por la nariz de cocaína u otra sustancia análoga.
- ✓ **Labilidad:** f. Cualidad de lábil.
- ✓ **Midriático:** aumento del diámetro o dilatación de la pupila.
- ✓ **Enteògeno:** sustancia vegetal o preparado de sustancias vegetales con propiedades psicotròpicas, que cuando se ingiere provoca un estado modificado de conciencia.



Abreviaturas.

- ✓ **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- ✓ **CR:** Conductas de riesgo.
- ✓ **EEUU:** Estados Unidos
- ✓ **PNUFID:** Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Droga.
- ✓ **UNAN:** Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
- ✓ **ONGs:** Organismos No Gubernamentales.
- ✓ **OPI :**Opiáceos
- ✓ **LSD:** Acido Lisérgico.
- ✓ **SNC:** Sistema Nervioso Central.
- ✓ **Na-K:** Sodio-Potasio.
- ✓ **pH:** Medida de acidez o alcalinidad de una sustancia.
- ✓ **AMP:** Adenosínmonofosfato.
- ✓ **THC:** Tetrahidrocannabinol.
- ✓ **IMAO:** Monoaminoxidasa.
- ✓ **SIDA:** Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida.
- ✓ **VIH:** Virus de laInmuno deficiencia Humana.
- ✓ **NIDA:** National Institute of Druog Abuse.
- ✓ **COC:** Cocaína.
- ✓ **NMDA:** N-metil-D-aspartato.
- ✓ **MDMA:** 3,4-metilendioximetanfetamina.
- ✓ **BZO:** Benzodiacepina.
- ✓ **FiO₂:** Fracción inspirada de oxígeno
- ✓ **SPSS:** Stadistical product and service solution (productos de estadísticas y servicios soluciones).



ENCUESTA

ENCUESTA SOBRE LOS RIESGOS MACROSOCIALES CAUSANTES DEL ABUSO A SUTANCIAS ADICTIVAS EN LOS DEPARTAMENTOS DE LEON, MASAYA Y MATAGALPA.

Responda a cada pregunta poniendo una equis(X) en el recuadro correspondiente.

I. En las primeras preguntas se desea obtener cierta INFORMACIÓN PERSONAL.

1. Sexo

-Masculino -Femenino

2. Edad

3. ¿actualmente trabaja?

Sí No

4. ¿Cuál es su religión? _____

5 ¿cuál es su estado civil?

Soltero Casado

Viudo divorciado

6¿Cuál es su nivel escolar?

Primaria Secundaria Universidad

técnico ninguno



II. Las siguientes preguntas se relacionan con el CONSUMO DE DROGAS.

1. ¿Cuáles son los factores de riesgos relacionados con el uso y abuso de sustancias adictivas?

- Económicos -educacionales -Demográficos
-sociales -disponibilidad de las drogas

2. ¿Cuáles son los daños o consecuencias que corren las personas que consumen drogas o sustancias adictivas?

- Ningún daño ligero riesgo - Mucho riesgo
-Un riesgo moderado - No sé

3. ¿consume usted algún tipo de droga?

- Sí No

En el caso que usted conteste afirmativo a la pregunta anterior, que tipo de droga o sustancia adictiva consume:

- Alcohol Cannabis (Hachís, marihuana)
Tabaco Tranquilizantes o sedantes
Heroína Anfetaminas
Cocaína Sustancias volátiles
Alucinógenos Otras

4. ¿Qué medios utiliza para obtener drogas?

- Trabaja Roba
Por amigos pide a otras personas

5. ¿cuál es su departamento de procedencia?



Gráfico 1

Distribución de los individuos según Edad vs estado civil de los departamentos de León, Masaya y Matagalpa

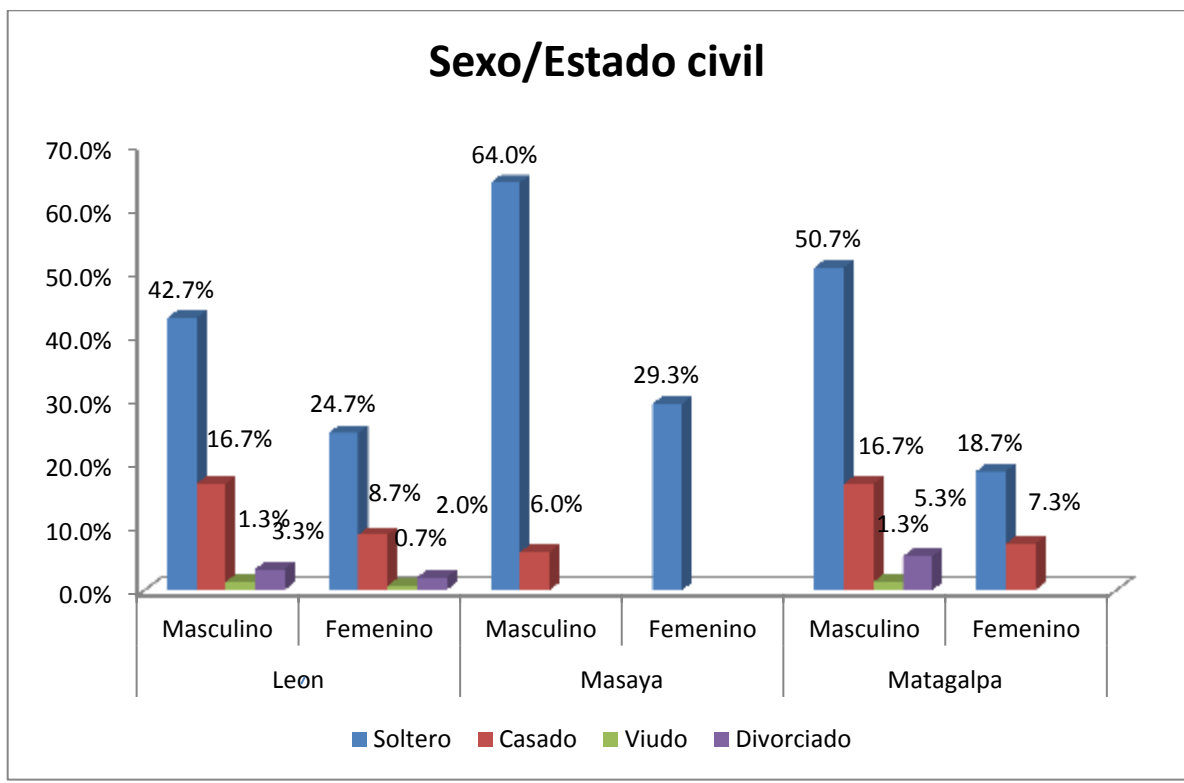




Gráfico 2

Distribución de los individuos según sexo vs nivel escolar de los departamentos de León, Masaya y Matagalpa.

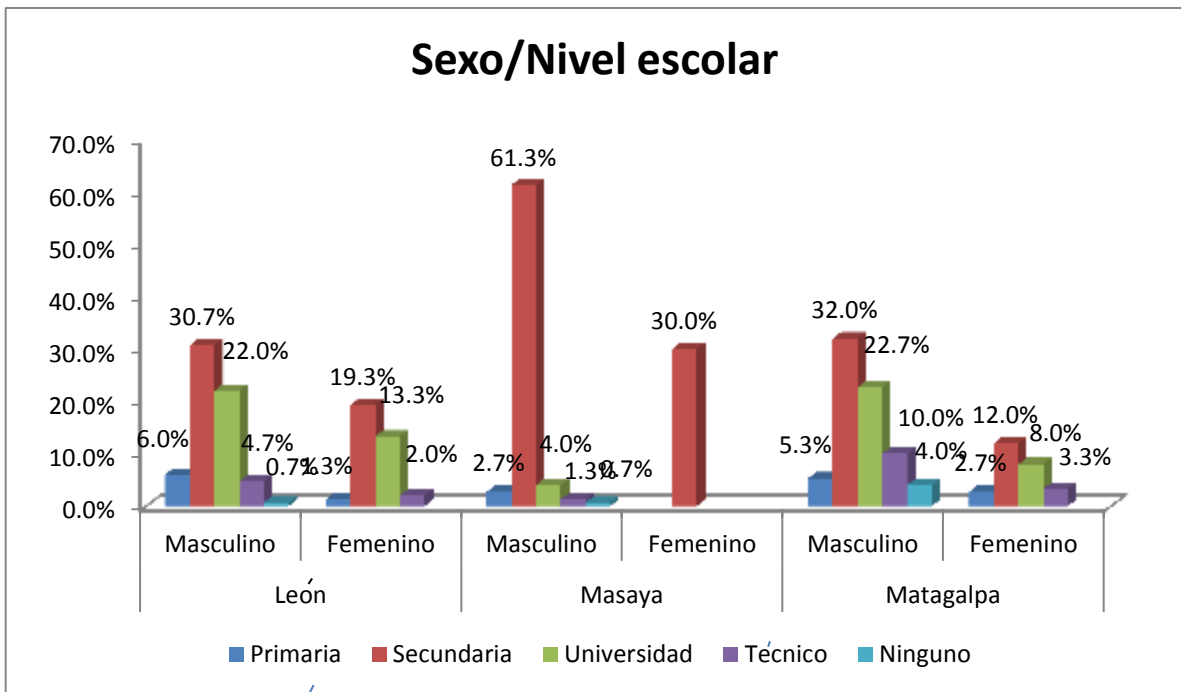




Gráfico 3

Distribución de 450 individuos según sexo vs religión vs empleo de los departamentos de León, Masaya y Matagalpa.

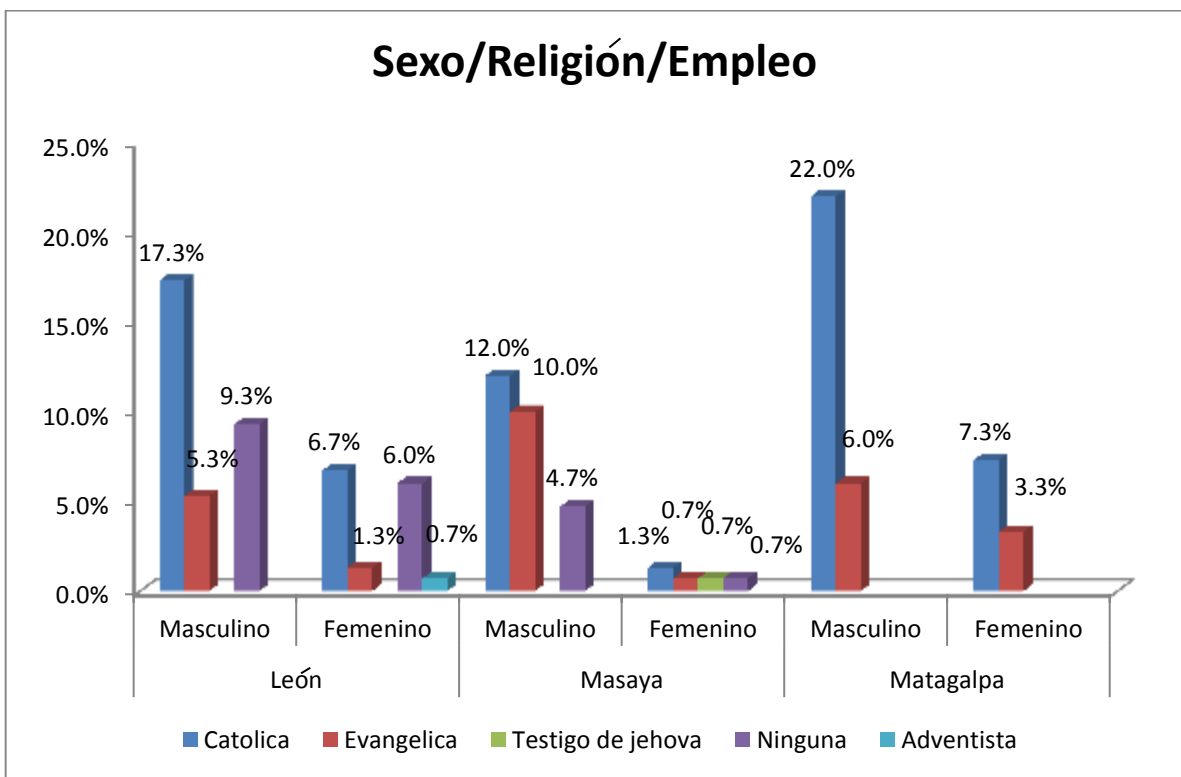




Gráfico 4

Distribución de los individuos según su edad vs las sustancias adictivas que consume.

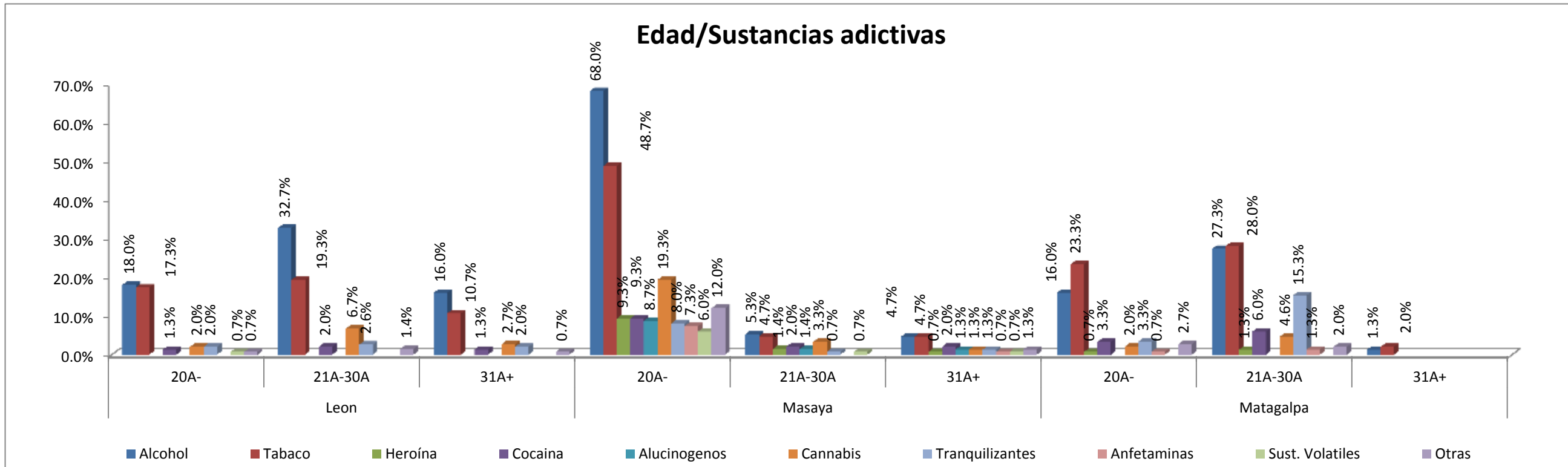




Gráfico 5

Distribución de los individuos según su edad vs consecuencias al consumir sustancias adictivas.

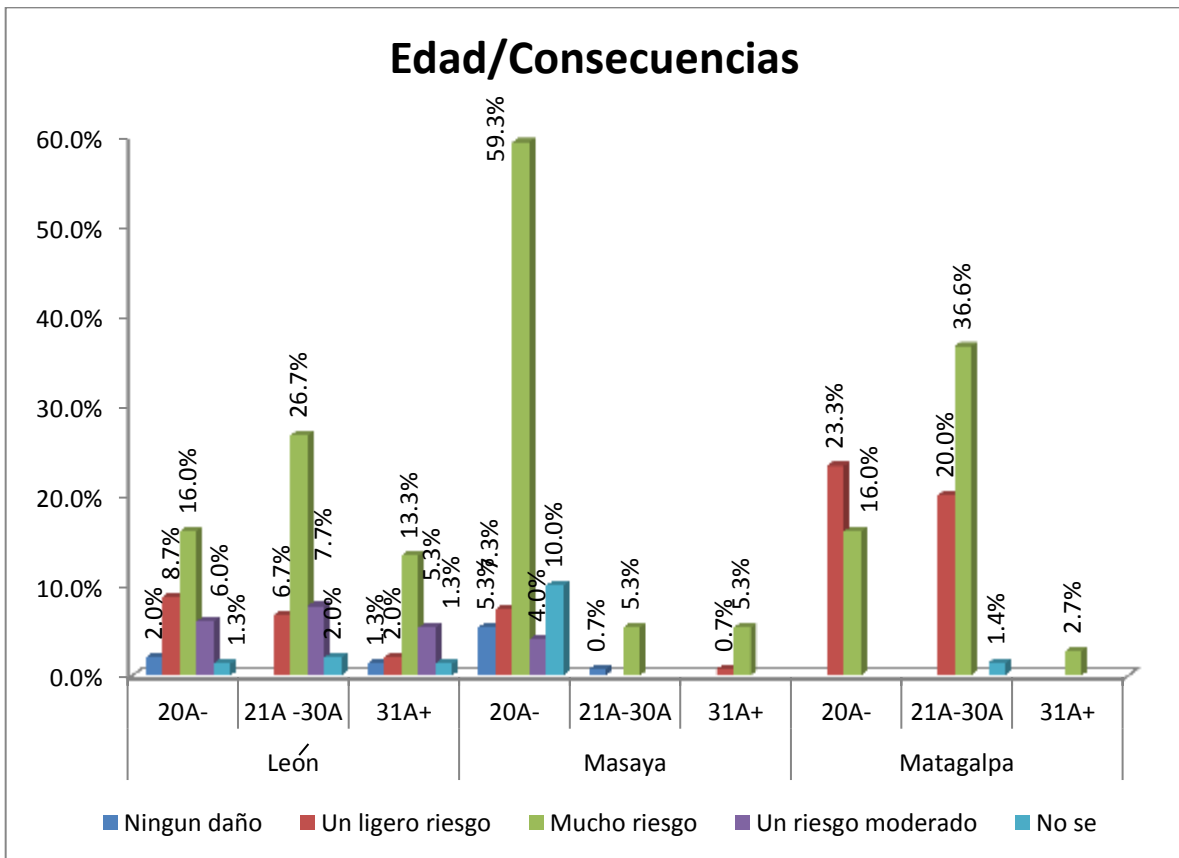
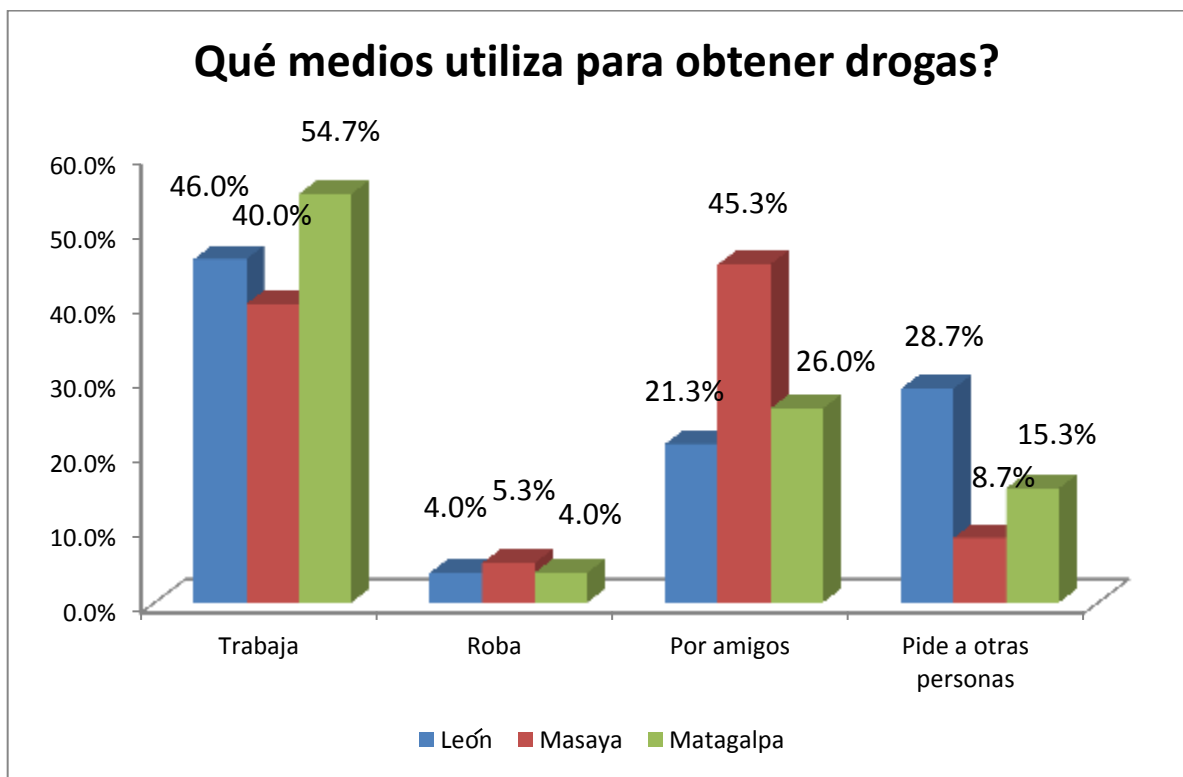




Gráfico 6

Distribución de los individuos según los medios que utiliza para consumir sustancias adictivas vs departamento.





Matagalpa





León





Masaya





