



**UNIVERSIDAD TECNICA DE MANABI  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE MEDICINA**

**“PREVALENCIA Y CARACTERISTICAS DEL CONSUMO DE  
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS LÍCITAS EN ESTUDIANTES DE  
COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES DEL AREA URBANA.  
PORTOVIEJO, 2005”.**

**PROYECTO PREVIO A LA OBTENCION DEL TITULO DE  
DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA**

**AUTORES**

MARISCAL VALLE SANDRA MARÍA  
MERA MOLINA EDISON FERNANDO

**DIRECTORA DE TESIS**

LCDA. SANDRA LINARES GILER

Portoviejo, 8 de junio del 2006

## **DEDICATORIA**

Al culminar mi etapa universitaria dedico esta tesis:

A Dios amigo fiel que me ha guiado y me ha iluminado en este largo camino de mi carrera educativa para llegar a la culminación de la misma

A mis padres Mario y Ercilia, personas importantes, seres queridos que me dieron la vida, que han sido incondicionales brindándome todo su amor y apoyo durante toda mi carrera y que han permanecido a mi lado en los momentos de alegría y tristeza y que supieron sembrar en mí la fé y la confianza para llegar a cumplir mis objetivos y las metas propuestas

A mis hermanos y familiares que estuvieron conmigo cuando necesité de su ayuda.

*SANDRA*

## **DEDICATORIA.**

A Dios ser todopoderoso que iluminó el camino para cumplir mis metas

A mi madre por su sacrificio, dedicación, cariño y apoyo incondicional en cada etapa de mi vida.

A mi padre por su apoyo y sabios consejos.

A mis hermanos por los momentos buenos y malos que hemos compartido.

A mis tíos por estar presentes en todo momento.

A cada una de las personas que de una y otra manera contribuyeron para mi formación.

*EDISON*

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos en primer lugar a Dios por habernos dado la oportunidad de llegar a este momento.

También expresamos nuestro agradecimiento a las Autoridades de la Universidad Técnica de Manabí, y en especial a la Facultad de Ciencias de la Salud, por la oportunidad que nos brindaron para realizar la Carrera de Medicina y por el apoyo brindado en el desarrollo de este trabajo.

A nuestros profesores, quienes contribuyeron con sus conocimientos y enseñanzas en nuestra formación profesional.

A la Lcda. Sandra Linares por sus sabias enseñanzas, dedicación y paciencia en la dirección de nuestra tesis.

Al Dr. Guido Terán, Dra. Ingrid Vera y al Dr. Luis Seni por la ayuda brindada durante el desarrollo de nuestro trabajo.

A los rectores de los Colegios: Olga Vallejo, Olmedo, Portoviejo y Velasco Ibarra por el apoyo brindado para la realización de nuestra investigación.

A nuestras familias por brindarnos su apoyo incondicional en todo momento.

A todas aquellas personas que colaboraron de una u otra manera en el desarrollo de este trabajo y en nuestra carrera Universitaria.

*Los Autores.*

## **CERTIFICACION DEL DIRECTOR DE TESIS**

Yo Lcda. Sandra Linares , certifico que la presente tesis de investigación titulada: **“PREVALENCIA Y CARACTERISTICAS DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS LÍCITAS EN ESTUDIANTES DE COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES DEL AREA URBANA DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO, 2005”**., es trabajo original de la Srta. Mariscal Valle Sandra María y el Sr. Mera Molina Edison Fernando, el que ha sido realizado, revisado, corregido y aprobado bajo mi dirección; por lo que después de haber reunido los requisitos establecidos por el reglamento general de graduación de la UNIVERSIDAD TECNICA DE MANABI autorizo su presentación para los fines pertinentes.

Portoviejo, 31 de mayo del 2006

Lcda. Sandra Linares de Álava  
**DIRECTORA DE TESIS**

**CERTIFICACION DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y  
EVALUACION  
UNIVERSIDAD TECNICA DE MANABI  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE MEDICINA**

**TESIS DE GRADO**

Sometida a consideración del Honorable Consejo Directivo como requisito previo a la obtención del título: “Doctor en Medicina General y Cirugía”

**TEMA:**

**“PREVALENCIA Y CARACTERISTICAS DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS LÍCITAS EN ESTUDIANTES DE COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES DEL AREA URBANA DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO, 2005”.**

**APROBADA**

---

Dr. Bosco Barberán

**DECANO DE LA FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

---

Abg. Yandri Sabando

**ASESOR JURÍDICO**

---

Lcda. Sandra Linares de Álava

**DIRECTOR DE TESIS**

---

Dr. Guido Terán Mogro

**PRESIDENTE DEL TRIBUNAL**

---

Dr. Luis Seni Pinargote

**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

---

Dr. Ingrid Vera de Vélez

**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

## **DECLARACION DE AUTORIA**

Las estudiantes de la escuela de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Manabí Srta. Mariscal Valle Sandra María y Sr. Mera Molina Edison, realizamos el presente trabajo de investigación titulado: **“PREVALENCIA Y CARACTERISTICAS DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS LÍCITAS EN ESTUDIANTES DE COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES DEL AREA URBANA DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO, 2005”**. Por lo tanto declaramos que este trabajo es original y no copia de ningún otro estudio; y asumimos todo tipo de responsabilidad que la ley señala para el efecto

---

Srta. Mariscal Valle Sandra María

CI: 130987522-5

---

Sr. Mera Molina Edison Fernando

CI: 130793183-0

## INDICE DE CONTENIDO

<b>PARTE PRELIMINAR</b>	<b>PAG.</b>
DEDICATORIA_____	i
AGRADECIMIENTO_____	iii
CERTIFICADO DEL DIRECTOR DE TESIS_____	iv
CERTIFICADO DEL TRIBUNAL DE REVISION Y EVALUACION_____	v
DECLARATORIA AUDITORIA _____	vi
INDICE_____	vii
INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS_____	xi
RESUMEN_____	xvii
SUMARY_____	xviii

## PARTE REFERENCIAL

<b>I INTRODUCCION_____</b>	<b>1</b>
<b>II. JUSTIFICACION_____</b>	<b>3</b>
<b>III PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA_____</b>	<b>5</b>
<b>IV OBJETIVOS_____</b>	<b>8</b>
4.1 Objetivo general_____	8
4.2 Objetivos especifico_____	8
<b>V MARCO TEORICO_____</b>	<b>9</b>
5.1 GENERALIDADES_____	9
5.2 CONTEXTO SOCIAL Y DROGAS EN EL ADOLESCENTE _____	12
5.3 MARCO LEGAL DE LAS ADICCIONES_____	13
5.4 COMPORTAMIENTO Y EL PROCESO DE SOCIALIZACION_____	15
5.5 PATRONES DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS_____	19
5.5.1 PATRONES DE CONSUMO DEL ALCOHOL_____	19
5.5.2 PATRON DE CONSUMO DE OTRAS DROGAS_____	21
5.6 DEFINICIÓN DE LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS_____	21
5.7 CLASIFICACIÓN DE LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS_____	23
5.8 MECANISMOS CEREBRALES DE DEPENDENCIA Y CONSUMO._____	24



5.9 PSICOFARMACOLOGÍA DE LA DEPENDENCIA DE DIFERENTE CLASES DE SUSTANCIAS	26
5.10 BASES NEUROBIOLÓGICAS Y BIOCONDUCTUALES DEL DESARROLLO DE LA DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS	26
5.11 RESUMEN DE LOS EFECTOS DE LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	26
5.12 BASE GENÉTICA DE LAS DIFERENCIAS INDIVIDUALES EN LA SUSCEPTIBILIDAD A LA DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS.	27
5.13 ALCOHOLISMO	29
5.13.1 Epidemiología	30
5.13.2 Genética	30
5.13.3 Transmisión familiar	30
5.13.4 Estudios de vulnerabilidad	31
5.13.5 Estudios de asociación y ligamiento	31
5.13.6 Estudios del metabolismo del alcohol	32
5.13.7 Farmacocinética del alcohol	32
5.13.8 Absorción del alcohol	32
5.13.9 Metabolismo del alcohol	33
5.13.10 Manifestaciones Físicas y Conductuales	33
5.13.11 COMPLICACIONES	35
5.13.12 DIAGNÓSTICO	36
5.13.14 DIAGNÓSTICO POR CIE-10	40
5.13.15 INTERACCIÓN FARMACOLÓGICA	42
5.13.16 DIAGNÓSTICO DEL ALCOHOLISMO	42
5.13.17 TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO	42
5.13.17.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	42
5.13.17.1.1 Desintoxicación	42
5.13.17.1.2 Interdictores	43
5.13.17.1.3 Fármacos que reducen el consumo de alcohol	43
5.13.17.2 TRATAMIENTOS PSICOSOCIALES	45
5.13.18 PREVENCIÓN DEL ALCOHOLISMO	45
5.14 TABAQUISMO.	45

5.14 .1 ASPECTOS GENERALES DEL CONSUMO_____	49
5.14.1.2 FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA CONDUCTA DEL TABAQUISMO_____	49
5.14.1.3 DEPENDENCIA_____	53
5.14.1.4 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS_____	54
5.14.1.5 ABORDAJE_____	55
5.15 PREVENCION DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS__	55
5.16 FACTORES DE RIESGO CON RELACIÓN AL CONSUMO DE DROGAS CONCEPTUALIZACIÓN DE FACTORES DE RIESGO _____	58
5.16.1 CLASIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO _____	59
5.17 TERMINOLOGIA._____	62
5.18 SITUACION ACTUAL DE LA ADOLESCENCIA EN LA PROVINCIA DE MANABÍ._____	64
<b>VI VARIABLES_____</b>	<b>66</b>
6.1 Variable dependiente_____	66
6.2 Variable independiente _____	66
6.3 Conceptualizacion de variables _____	66
6.4 Operacionalizacion de las variables_____	67
<b>VII DISEÑO METODOLOGICO_____</b>	<b>74</b>
7.1 Tipo de estudio _____	74
7.2 Universo_____	74
7.3 Población de estudio _____	74
7.4 Unidad de Observación _____	74
7.5 Muestreo_____	74
7.6 Tiempo_____	75
7.7 Criterios de inclusión _____	75
7.7 Criterios de exclusión_____	75
7.8 Técnica_____	75
7.9 Instrumento_____	75
7.10 Método_____	75
7.11 Prueba Piloto_____	76

7.12 Análisis e interpretación de datos	<u>76</u>
<b>VIII PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y ANALISIS</b>	<b><u>77</u></b>
<b>IX INTERPERTACION DE RESULTADOS</b>	<b><u>116</u></b>
<b>10.1 CONCLUSIONES</b>	<b><u>121</u></b>
<b>10.2 RECOMENDACIONES</b>	<b><u>122</u></b>

## **PARTE REFERENCIAL**

**PRESUPUESTO**

**CRONOGRAMA**

**BIBLIOGRAFIA**

**ANEXOS**

## **INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS**

	<b>PAG.</b>
<b>TABLA Y GRAFICO N° 1</b> _____	<b><u>77</u></b>
POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN GÉNERO, COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES, AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.	
<b>TABLA Y GRAFICO N° 2</b> _____	<b><u>78</u></b>
POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN GRUPOS DE EDAD, ESTUDIANTES DE COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES, AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.	
<b>TABLA Y GRAFICO N° 3</b> _____	<b><u>79</u></b>
POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN ESTADO CIVIL, COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES, AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.	
<b>TABLA Y GRAFICO N° 4</b> _____	<b><u>80</u></b>
POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN EL NIVEL QUE CURSAN, ESTUDIANTES DE COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES, AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.	
<b>TABLA Y GRAFICO N° 5</b> _____	<b><u>81</u></b>
POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN NIVEL QUE CURSAN Y POR COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES, AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.	
<b>TABLA Y GRAFICO N° 6</b> _____	<b><u>82</u></b>
POBLACION DE ESTUDIO EN COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES, AREA URBANA DE PORTOVIEJO, 2005.	
<b>TABLA Y GRAFICO N° 7</b> _____	<b><u>83</u></b>
PREVALENCIA DE CONSUMO DE TABACO EN ESTUDIANTES DE COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES, AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.	

<b>TABLA Y GRAFICO N° 8</b>	<b>84</b>
PREVALENCIA DE CONSUMO DE TABACO SEGÚN NIVEL QUE CURSAN Y COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES, AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.	
<b>TABLA Y GRAFICO N° 9</b>	<b>85</b>
PREVALENCIA DE CONSUMO DE TABACO SEGÚN GRUPOS DE EDAD ESTUDIANTES DE COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES, AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.	
<b>TABLA Y GRAFICO N° 10</b>	<b>86</b>
PREVALENCIA DE CONSUMO DE TABACO SEGÚN GÉNERO EN ESTUDIANTES DE COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES, AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.	
<b>TABLA Y GRAFICO N° 11</b>	<b>87</b>
PREVALENCIA DE VIDA POR GRUPOS DE EDAD POR CONSUMO DE TABACO EN LOS ESTUDIANTES DE COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES AREA URBANA , PORTOVIEJO, 2005.	
<b>TABLA Y GRAFICO N° 12</b>	<b>88</b>
PREVALENCIA DE AÑO POR CONSUMO EN LOS ESTUDIANTES DE COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES DEL, AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.	
<b>TABLA Y GRAFICO N° 13</b>	<b>89</b>
PREVALENCIA DIARIA CONSUMO DE TABACO EN ESTUDIANTES DE COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES DEL, AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.	
<b>TABLA Y GRAFICO N° 14</b>	<b>90</b>
ÚLTIMO CONSUMO DE TABACO EN ESTUDIANTES DE COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES, AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.	

**TABLA Y GRAFICO N° 15** 91  
PREVALENCIA DE CONSUMO POR NÚMERO DE CIGARRILLOS DIARIOS  
EN ESTUDIANTES DE COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES, AREA  
URBANA, PORTOVIEJO, 2005.

**TABLA Y GRAFICO N° 16** 92  
PREVALENCIA DE CONSUMO SEMANAL POR NUMERO DE CIGARRILLOS  
EN ESTUDIANTES DE COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES AREA  
URBANA, PORTOVIEJO, 2005.

**TABLA Y GRAFICO N° 17** 93  
PREVALENCIA DE MES POR CONSUMO DE TABACO EN ESTUDIANTES  
DE COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES, AREA URBANA, PORTOVIEJO,  
2005.

**TABLA Y GRAFICO N° 18** 94  
PREVALENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ESTUDIANTES DE  
COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES, AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.

**TABLA Y GRAFICO N° 19** 95  
PREVALENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL SEGÚN NIVEL QUE CURSAN  
Y COLEGIO NOCTURNO FISCAL, AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.

**TABLA Y GRAFICO N° 20** 96  
PREVALENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL SEGÚN GRUPOS DE EDAD  
ESTUDIANTES DE COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES, AREA URBANA,  
PORTOVIEJO, 2005.

<b>TABLA Y GRAFICO N° 21</b>	<b>97</b>
PREVALENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL SEGÚN GÉNERO EN ESTUDIANTES DE COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES, AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.	
<b>TABLA Y GRAFICO N° 22</b>	<b>98</b>
PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE ALCOHOL SEGÚN EDAD DE INICIO EN ESTUDIANTES DE COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES, AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.	
<b>TABLA Y GRAFICO N° 23</b>	<b>99</b>
PREVALENCIA DE AÑO POR CONSUMO DE ALCOHOL EN ESTUDIANTES DE COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES, AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.	
<b>TABLA Y GRAFICO N° 24</b>	<b>100</b>
PREVALENCIA DIARIA DE CONSUMO DE ALCOHOL EN ESTUDIANTES DE COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES, AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.	
<b>TABLA Y GRAFICO N° 25</b>	<b>101</b>
ÚLTIMO CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ESTUDIANTES DE COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES, AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.	
<b>TABLA Y GRAFICO N° 26</b>	<b>102</b>
PREVALENCIA POR CONSUMO DE VASOS DIARIOS EN ESTUDIANTES DE COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES, AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.	

<b>TABLA Y GRAFICO N° 27</b>	<b>103</b>
PREVALENCIA DE CONSUMO SEMANAL ALCOHOL EN ESTUDIANTES DE COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES, AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.	
<b>TABLA Y GRAFICO N° 28</b>	<b>104</b>
PREVALENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL MENSUAL EN ESTUDIANTES DE COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES, AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.	
<b>TABLA Y GRAFICO N° 29</b>	<b>105</b>
FAMILIAR CON QUIEN VIVEN LOS ESTUDIANTES DE COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES, AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.	
<b>TABLA Y GRAFICO N° 30</b>	<b>106</b>
TRABAJO ACTUAL DE LOS ESTUDIANTES DE COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES, AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.	
<b>TABLA Y GRAFICO N° 31</b>	<b>107</b>
TRABAJO COMO INGRESO ECONOMICO EN LOS ESTUDIANTES DE COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES, AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.	
<b>TABLA Y GRAFICO N° 32</b>	<b>108</b>
APOYO ECONOMICO DE LA FAMILIA EN LOS ESTUDIANTES DE COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES DEL, AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.	
<b>TABLA Y GRAFICO N° 33</b>	<b>109</b>
DEPENDENCIA FAMILAR DEL TRABAJO DE LOS ESTUDIANTES DE COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES, AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.	



**TABLA Y GRAFICO N° 34** 110

NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LOS PADRES DE LOS ESTUDIANTES QUE CONSUMEN ALCOHOL, COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES, AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.

**TABLA Y GRAFICO N° 35** 111

NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LOS PADRES DE LOS ESTUDIANTES QUE CONSUMEN TABACO, COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES, AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.

**TABLA Y GRAFICO N° 36** 112

CONSUMO DE SUSTANCIAS POR LOS PADRES DE LOS ESTUDIANTES DE COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES, AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.

**TABLA Y GRAFICO N° 37** 113

TRABAJO ACTUAL DE LOS PADRES DE LOS ESTUDIANTES QUE CONSUMEN TABACO COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES, AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.

**TABLA Y GRAFICO N° 38** 114

TRABAJO ACTUAL DE LOS PADRES DE LOS ESTUDIANTES QUE CONSUMEN ALCOHOL COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES, AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.

**TABLA Y GRAFICO N° 39** 115

CONSUMO EN EL GRUPO DE AMIGO DE LOS ESTUDIANTES DE COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES DEL, AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.

## **RESUMEN**

El consumo de psicoactivos constituye un problema social muy discutido y documentado, que según los últimos estudios disponibles se ha incrementado, en especial en población joven; entre los grupos de mayor interés se encuentran los estudiantes de educación secundaria.

Con el objetivo de determinar la prevalencia y características del consumo de sustancias psicoactivas lícitas en los estudiantes de colegios nocturnos fiscales del área urbana de la ciudad de Portoviejo en el 2005. Se realizó un estudio no experimental, descriptivo transversal. El universo estuvo constituido por 565 alumnos que se encontraban matriculados en el periodo académico del 2005-2006, obteniéndose una muestra de 127 alumnos con el método probabilístico aleatorio simple por conglomerado

Entre los resultados más destacados se obtuvo que la prevalencia de consumo de tabaco fue del 40%, siendo mayor en el colegio Velasco Ibarra, en el grupo de edad de 17-19 años, en el género masculino, en los alumnos del 5° año, teniendo como prevalencia de vida entre los 14-16 años.

En relación al consumo de alcohol la prevalencia que se obtuvo fue del 72%, siendo mayor en el colegio Velasco Ibarra, en el grupo de 17-19 años, siendo mayor en el género femenino, en los alumnos del 5° año, teniendo como prevalencia de vida entre los 14-16 años.

Entre los factores de riesgo familiar y social el que más se relacionó es el grado de instrucción del padre y la ocupación de obrero, llamando la atención que en la madre el nivel de instrucción fue mayor en la secundaria y el nivel superior.

**PALABRAS CLAVE:** consumo de sustancias psicoactivas lícitas, prevalencia, factores psicosociales, estudiantes fiscales nivel secundario nocturno

## SUMMARY

The psychoactive consumption constitutes a very discussed and documented social problem that has been increased according to the last available studies, especially in young population; among the groups of more interest the students of secondary education are.

With the objective of determining the prevalence and characteristic of the consumption of substances licit psychoactive in the students of schools night district attorneys of the urban area of the city of Portoviejo in the 2005. He/she was not carried out a study experimental, descriptive traverse. The universe was constituted by 565 students that were registered in the academic period of the 2005-2006, being obtained a sample of 127 students with the method simple random probabilistic for conglomerate.

Among the most outstanding results it was obtained that the prevalence of consumption of tobacco was of 40%, being bigger in the school Velasco Ibarra, in the group of 17-19 year-old age, in the masculine gender, in the the 5° year-old students, having as prevalencia of life among the 14-16 years.

In relation to the consumption of alcohol the prevalence that was obtained was of 72%, being bigger in the school Velasco Ibarra, in the 17-19 year-old group, being bigger in the feminine gender, in the 5° year-old students, having as prevalence of life among the 14-16 years.

Among the factors of family and social risk the one that more he/she was related it is the grade of the father's instruction and worker's occupation, getting the attention that in the mother the instruction level was bigger in the secondary and the superior level.

WORDS KEY: consumption of substances licit psychoactive, prevalence, factors psicosociales, student's fiscal level secondary nocturne

# **CAPITULO I**

## **INTRODUCCION.**

Así como la histeria fue el mayor problema psiquiátrico durante el siglo XIX, no cabe duda que el abuso y dependencia de sustancias psicoactivas es el mayor problema de nuestro siglo. “El país con el mayor consumo de sustancias psicoactivas es EE UU, de tal modo que sus estudios de prevalencia nos permiten un marco de referencia”<sup>1</sup>.

El consumo de sustancias psicoactivas es uno de los principales problemas de salud pública del país, que hasta la actualidad no se le ha dado la importancia que se requiere. Por falta de conocimiento y capacitación, esta enfermedad ha sido invisibilizada dentro de la prestación de los servicios de salud, sin embargo, dada la situación nacional actual, es de urgencia que esta problemática sea abordada integralmente y así mejorar la salud mental de la población.

En las últimas décadas, en Ecuador se hace cada vez más evidente el consumo de drogas, principalmente entre grupos de adolescentes y jóvenes. Como consecuencia de este fenómeno, se hace necesario contar con datos epidemiológicos que establezcan los niveles de prevalencia y las características del consumo de drogas, legales e ilegales, que se manifiestan tanto en la población general como en determinados grupos poblacionales.

Esta circunstancia, requiere que la problemática del consumo de drogas, sea incorporada en la agenda pública en el marco de las Políticas de Estado dirigidas a la lucha contra el uso y el tráfico ilícito de drogas.

En este marco, en el año del 2005 se realizó el Estudio de prevalencia y características del consumo de sustancias psicoactivas lícitas en la población escolar

---

<sup>1</sup> **MODULO:** CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS CAPACES DE PRODUCIR DEPENDENCIA Caja Costarricense de Seguro Social Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS). Universidad de Costa Rica. Sistema de Estudios de Posgrado (SEP). Facultad de Medicina Escuela de Salud Pública. 2004.

de los colegios nocturnos, se pretende de manera simple describir y caracterizar los índices de consumo en la población escolar y se aspira dar las pautas necesarias para que la sociedad en su conjunto conozca más sobre esta temática.

## **CAPITULO II**

### **JUSTIFICACION.**

Como estudiantes de la Facultad de Medicina nos compete investigar un fenómeno psicosocial del dominio de una de las especialidades de la ciencia psicológica: la psicología social; esto es importante porque aporta el conocimiento objetivo de un problema social.

El ambiente nocturno en los estudiantes de bachillerato y la presión académica que los y las estudiantes deben enfrentar al estudiar, pueden causar en ellos grandes frustraciones y angustias, y por consiguiente que busquen una forma de evadir la realidad o de ayudarse a sentirse despreocupados al ingerir sustancias psicoactivas.

La importancia de este estudio radica en realizar un diagnóstico de la prevalencia y características del consumo de sustancias psicoactivas en los colegios nocturnos fiscales del área urbana de la ciudad de Portoviejo.

Los beneficios que proporcionará este trabajo van enfocados hacia el conocimiento de los porcentajes de estudiantes de dichos colegios que consumen sustancias psicoactivas y cuánto afecta el consumo de tabaco y alcohol.

Los colegios nocturnos son instituciones educativas, formativas y socializantes por lo que deberían ser el lugar en la cual los valores éticos y morales deben ser enfatizados para lograr un aprendizaje significativo en la vida de los estudiantes.

El abuso en el consumo de drogas representa un problema grave, capaz de producir importantes alteraciones a la salud y conflictos sociales, en torno a este problema existe una gran preocupación social; por ello junto a las medidas legales y sociales, las medidas educativas son la base de la labor preventiva.

Es importante recordar que la preocupación manifestada por padres de familia y profesores ante el problema de las drogas debe dirigirse a adquirir una serie de conocimientos y aprender una serie de habilidades concretas que les permitan realizar su labor como educadores.

### **CAPITULO III**

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

El consumo de drogas, legales e ilegales, es un tema en torno al cual existe en nuestro país una gran preocupación social; preocupación totalmente justificada a la luz de los resultados de las diferentes encuestas realizadas y de los datos que se disponen en la actualidad sobre el abuso de estas sustancias.

El 6% de los y las adolescentes ha consumido estupefacientes y/o sustancias sicotrópicas. Correspondiendo por sexo al 7% hombres y 6% mujeres. Se observa el inicio de este comportamiento más temprano en los hombres. Por ciudades Quito 11%, Guayaquil 5% y Cuenca 4%.

“El 49% de los y las adolescentes ha consumido alcohol antes de los 18 años de edad, los hombres consumen más tempranamente (28%) entre los 12 y 14 años, mientras que las mujeres de esa edad el 18%, lo que representa que uno de cada 4 estudiantes consumió alcohol antes de los 15 años. La región Sierra con el 58%, tiene el porcentaje más alto de inicio en el consumo, seguido de la costa con el 40% de los adolescentes que inician tempranamente este consumo”.<sup>2</sup>

En el país el 28% de los adolescentes consumen alcohol. En la región Sierra, existe mayor consumo en este grupo con el 36%. Por ciudades llama la atención el alto porcentaje de consumo en Quito (46%) y Cuenca (33%). Por sexo, las mujeres con el (34%) consumen con mayor frecuencia que los hombres (23%). El grupo de edad de mayor consumo esta entre los 15 y 17 años de edad con 31%.

El 42.8% de los adolescentes consume tabaco, Por sexo el porcentaje de consumo es más alto entre los hombres (52.3%), que en las mujeres (34.4% ). Por ciudades el porcentaje más alto de consumo se da en la ciudad de Quito, seguido de Cuenca. Este comportamiento riesgoso puede tener serias consecuencias cuando es frecuente.

---

<sup>2</sup> INNFA, Cartilla de Indicadores sobre adolescentes, 2004. Disponible en: <http://168.96.200.17/ar/libros/ecuador/iinfa/adoles.pdf>



“Un estudio realizado por un grupo de especialistas en tabaquismo revela que los adolescentes fumadores se encuentran en mayor riesgo que los no fumadores de comenzar a consumir sustancias estupefacientes como la marihuana o la cocaína”<sup>3</sup>.

El abuso en el consumo de sustancias psicoactivas, sean éstas de venta legal o ilegal, se ha reconocido como uno de los principales problemas con los que se enfrenta la sociedad actual.

“Kessler y cols. encontraron una prevalencia de 26,6% a lo largo de toda la vida para abuso o dependencia de cualquier sustancia psicoactiva, siendo más frecuente en hombres (35,4%) que en mujeres (17,9%). Esta prevalencia es la más alta que la suma de todas las formas de trastornos del ánimo (19,3%) o trastornos de ansiedad (24,9%). El alcohol es la sustancia más prevalente (14,1%), en relación a la suma de las otras sustancias (12,5%)”<sup>4</sup>.

En Chile, el alcoholismo ha sido históricamente el mayor problema de Salud Pública, con una prevalencia cercana al 20% en los mayores de 15 años. En los últimos 30 años se ha triplicado en la población menor de 21 años y se ha observado un aumento creciente entre las mujeres y los mayores de 65 años, asociándose a un aumento del consumo de cerveza y licores. Las complicaciones psiquiátricas del alcoholismo determinan entre el 35% al 50% de todos los ingresos a los hospitales psiquiátricos, los suicidios logrados son mayores en los grupos de dependientes de alcohol y de otras sustancias psicoactivas.

Entre los jóvenes, las drogas de mayor consumo son el alcohol y el tabaco. En varios estudios se ha determinado que el alcohol es consumido en cerca del 80% de

---

<sup>3</sup> Los adolescentes fumadores, más vulnerables a las drogas. Disponible en: [www.infobae.com](http://www.infobae.com) 15 de Febrero de 2005

<sup>4</sup> **LIZAMA**, Mario, Abuso y dependencia de sustancias psicoactivas, Boletín Esc. De Medicina, P. Universidad Católica de Chile 1994; 23: 113-118. Disponible en: [http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/Boletin/html/psiquiatria/5\\_6.html](http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/Boletin/html/psiquiatria/5_6.html), 15 de Febrero de 2005

los jóvenes de 14 a 18 años. Se observa que la prevalencia aumenta con la edad y se concentra fuertemente durante los fines de semana.

El tabaco es la segunda droga en importancia. En este caso, las mujeres fuman más que los hombres, aunque éstos comienzan a fumar antes y lo hacen más intensamente. La edad media de comienzo de consumo de tabaco sigue siendo la más baja de todas las drogas. Por otro lado, más del 40% de los escolares que fuman ya han intentado dejar de hacerlo.

Muchos padres y madres de familia, educadores, responsables sanitarios, políticos y sociales sitúan el fenómeno del consumo de drogas preocupante y como el principal problema a resolver.

Desde el 1992 la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de las Drogas (CICAD) de la Organización de Estados Americanos (OEA), en coordinación con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha estado apoyando a los países de América Central y la República Dominicana en la utilización de un sistema de bajo costo que ayude a vigilar el consumo de drogas en estos países.

El uso y abuso de las drogas representa un problema grave, capaz de producir importantes alteraciones de la salud y problemas sociales. El fenómeno del consumo de drogas se presenta con unas características que lo hacen muy preocupante: el tipo de sustancias consumidas, la frecuencia de su uso, el aumento del número de consumidores junto al descenso de la edad de iniciación, acentúan la necesidad de una acción preventiva eficaz y de disponer de estrategias de tratamiento adecuadas.

El impulso de esta investigación nace de la necesidad de colaborar con los estudios a nivel nacional e internacional. Con el presente estudio se pretende despejar la siguiente interrogante.

**¿Cual es la prevalencia y características del consumo de sustancias psicoactivas lícitas en estudiantes de colegios nocturnos fiscales del área urbana de la ciudad de Portoviejo en el 2005?**

## **CAPITULO IV**

### **OBJETIVOS**

#### **4.1 Objetivo General**

Determinar la prevalencia y características del consumo de sustancias psicoactivas lícitas en estudiantes de colegios nocturnos fiscales del área urbana de la ciudad de Portoviejo en el 2005.

#### **4.2 Objetivos Específicos**

- Estimar las tasas de prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas lícitas según patrón de consumo (tipo de sustancia y frecuencia de consumo) en la población estudiantil de los colegios nocturnos fiscales del área urbana de la ciudad de Portoviejo.
- Determinar los factores de riesgo familiar y social que influyen en el consumo de sustancias psicoactivas lícitas en la población estudiantil de los colegios nocturnos fiscales de la ciudad de Portoviejo.
- Medir la prevalencia del sustancias psicoactivas lícitas según características como edad, género y grado que cursan en la población estudiantil de los colegios nocturnos fiscales de la ciudad de Portoviejo.
- Impartir charlas a los estudiantes para disminuir el consumo de sustancias psicoactivas en la población de los colegios nocturnos de la ciudad de Portoviejo.

## CAPITULO V

### MARCO TEORICO

#### 5.1 GENERALIDADES.

“El Dr. Carlos Viesca Treviño (2001) escribió un bosquejo histórico sobre las adicciones en Latino América, y comenta que el consumo de sustancias psicoactivas ha estado presente desde la época prehispánica”<sup>5</sup>. La utilidad de las sustancias dentro de la cultura se consideraba sagrada, ya que lo usaban para poder comunicarse con los dioses de la naturaleza, ejemplo de ello es la estatua del señor de las flores, Xochipilli, que tiene en el muslo izquierdo representaciones de flores, que muchas de las cuales han resultado ser alucinógenas. No a todas las personas de las tribus se les permitía usarlas, era un privilegio para los adultos mayores, los shamanes o doctores-brujos y para los de sagrado linaje, con excepción en festividades, ritos y ceremonias ofrecidas a los dioses, como por ejemplo en la fiesta de Huitzilopochtli todos bebían hasta emborracharse; a los prisioneros, que servían de victimas en sacrificio gladiatorio, y a los niños se les daban teoclipulque de los dioses.

Las drogas que utilizaban eran naturales, así se tiene el pulque, una bebida fermentada, el tabaco y el bangué. Las personas que consumían estas sustancias divinas” entraban en una especie de trance, muchos de ellos caían en el dominio de las drogas y nunca se liberaban de ellas. Fue hasta la época de la conquista que las tribus fueron criticadas por sus tradiciones.

Los conquistadores trajeron consigo la religión católica que hacía ver a las tribus como diabólicas al consumir las sustancias. Algunos de los conquistadores se aventuraron en trasladar las sustancias a sus países nativos y ser pioneros en su uso.

---

<sup>5</sup> **RIVAS**, Rosario. “Diagnóstico de la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas lícitas (alcohol y tabaco) en la Universidad Francisco Gavidia de San Salvador” Noviembre del 2004. Disponible en:

Durante la época de las conquistas, los exploradores no solo encontraron que los indígenas utilizaban el tabaco y el alcohol (sustancias fermentadas) para su placer, sino también otras drogas exóticas.

En nuestra sociedad es común observar como cada vez es mayor el número de jóvenes que en los colegios nocturnos de nuestra ciudad comienzan a consumir sustancias psicoactivas de una manera creciente.

Los escolares empiezan a fumar a los 13 años y a beber alcohol a los 14 y, al igual que los adultos, creen que el consumo de drogas ilegales es más perjudicial que el de las legales; el riesgo percibido ante el consumo habitual y esporádico es muy bajo, y en los últimos diez años, entre los jóvenes de 14 a 18 años, se ha duplicado el consumo de Cannabis y el consumo de cocaína se ha multiplicado por cuatro, según dos encuestas realizadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

“El abuso y dependencia de sustancias psicoactivas como el tabaco, el alcohol, los sedantes y las anfetaminas, puede causar serios trastornos cerebrales, al igual que cualquier otro trastorno neurológico o psiquiátrico. Así lo afirma la Organización Mundial de la Salud, en su informe “Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas”, presentado este jueves”<sup>6</sup>.

La dependencia de ese tipo de sustancias está determinada por factores biológicos y genéticos, en los cuales los caracteres hereditarios pueden desempeñar un papel importante, y también por factores psicosociales, culturales y ambientales.

El Director General de la OMS, Jong-Wook Lee, exhortó a la comunidad de salud pública a “prestar más atención a los problemas sanitarios y sociales asociados con el consumo de tabaco, alcohol y sustancias ilícitas y con la dependencia de esos productos”, para lo cual, agregó, es necesario dar una respuesta normativa apropiada.

---

<sup>6</sup> **CENTRO DE NOTICIAS DE LA ONU**, 18 de marzo, 2004. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/news/index.asp>. Fecha de acceso (8-03-04).

Se estima que el 8,9% de las muertes en el mundo son consecuencia del abuso de las sustancias psicoactivas, en especial el alcohol y el tabaco.

A pesar de múltiples campañas y centros de ayuda a personas con dependencia del consumo de sustancias psicoactivas el consumo de estas no ha disminuido debida a la publicidad y al ambiente en que estos jóvenes se desenvuelven.

En las últimas décadas, en Bolivia se hace cada vez más evidente el consumo de drogas, principalmente entre grupos de adolescentes y jóvenes. Como consecuencia de este fenómeno, se hace necesario contar con datos epidemiológicos que establezcan los niveles de prevalencia y las características del consumo de drogas, legales e ilegales, que se manifiestan tanto en la población general como en determinados grupos poblacionales.

Como iniciativa de organizaciones privadas, contando con el apoyo de países amigos, desde 1992 se inician estudios trienales en población escolarizada, cuya comparación de resultados permite establecer un incremento considerable en el consumo de drogas; fenómeno que no se registra como un hecho aislado en el país, sino que forma parte de una tendencia que se repite en otras naciones.

La edad media de inicio en el consumo de la droga principal fue 20.7 años para el conjunto de todos los casos captados por el indicador. La mayoría de los casos habían iniciado el consumo entre los 15 y los 23 años. Por Comunidades Autónomas, Cantabria presentó la edad de inicio más baja (19.4 años) y Ceuta la más elevada (24.6 años). La mayoría de los admitidos a tratamiento durante 1997 habían iniciado el consumo de la droga principal entre 1987 y 1995.

Se especifican varios conceptos que son de importancia para el presente estudio los mismos que serán presentados posteriormente.

En cuanto a la prevalencia de consumo en el último año según la edad, se observa la alta prevalencia del consumo de drogas legales, que incluyen alcohol, tabaco y

medicamentos tranquilizantes, asimismo el gran porcentaje de personas comprendidas entre los 14-16 y 17-19 años (adolescentes), que las han consumido.

## **5.2 CONTEXTO SOCIAL Y DROGAS EN EL ADOLESCENTE**

Aunque nada impide que el adolescente o el joven tome su primer cigarrillo, su primera copa o su primer porro él solo, como un acto individual, entendiéndose por ello a las acciones propias del adolescente como actividades que tienen significaciones, dependiendo de otros individuos y de los contextos sociales donde se llevan a cabo, de hecho estos primeros consumos y también los que le siguen suelen ser un verdadero acto grupal.

Por tanto el primer consumo no es fruto de una decisión personal asumida aisladamente ni con pleno conocimiento de causa, este primer consumo de cualquier droga suele darse en un contexto social o grupal, en estas ocasiones se suele hacer lo que los demás esperan que uno haga. Esta programación social, genera percepciones contradictorias, haciendo también que el adolescente sea más vulnerable frente al consumo de drogas (en lo que se refiere a las drogas legales aunque también puede ocurrir con las ilegales), los cuales surgen de aspectos que se trasladan del ámbito familiar, escuela, barrio, amistades y medios culturales y de comunicación (a los que se tiene acceso el adolescente tales como el cine, radio, televisión, prensa), siendo estos ambientes los iniciadores del consumo de drogas en algunos casos bajo la influencia en el "aprendizaje" de conductas inadecuadas que transmiten y el receptor (niño - adolescente) internaliza.

Por consiguiente el contexto social hace más o menos vulnerables a las personas especialmente a los adolescentes en el consumo de diferentes sustancias, dependiendo de la calidad de las relaciones, del tipo de relación que se establece entre la voluntad, droga - conducta, de la articulación de los significados que circulan entre el consumidor y su entorno, sin embargo los cambios en las sustancias y en los hábitos de consumo, han generado una importante alarma social por la gravedad de los efectos negativos, individuales, sociales que ha producido el consumo de drogas por tratarse de un fenómeno con múltiples referencias sociales, que no sólo incluye a

la presión hacia el consumo sino que también las oportunidades de desarrollo que el ambiente brinda a los individuos y las actitudes sociales que son incorporadas por éstos a lo largo del proceso de socialización.

### **5.3 MARCO LEGAL DE LAS ADICCIONES**

Los primeros programas contra el alcoholismo y tabaquismo se establecieron en México a principios del siglo XX, pero el impacto no ha sido el esperado. En los últimos años el problema del alcoholismo se le suma el problema de consumo del tabaco y otras drogas.

La legislación se empeña para alcanzar los siguientes objetivos: disminuir su incidencia, reduciendo así los daños psicológicos de salud, problemas sociales y económicos derivados de ellas, en general la legislación enfoca su interés a las instancias normativas y de decisión, y además proporciona el impulso y el apoyo que requiere un programa integral. Por otra parte, una legislación restrictiva suscita el tema de la libertad, por ejemplo una industria puede argumentar que las leyes destinadas a la protección de las personas por los efectos negativos en el uso de drogas atenta contra la libertad de elección y venta, producción y expresión comercial de los fabricantes.

Sin embargo, los gobiernos en todos los países tienen la responsabilidad de proteger la salud de sus ciudadanos especialmente los niños, preservando así la calidad del ambiente, promover la salud, la seguridad, incluso en contra de los intereses de algunos individuos.

La tendencia internacional es de incorporar el aspecto legislativo en los programas contra el consumo de sustancias psicoactivas.

Rosa Maria Yáñez Clavel y Felipe de Jesús Villalpando Gómez (2001) conceptualizaron el marco legal de adicciones como “ el conjunto de disposiciones jurídicas y regulaciones administrativas que norman la producción, comercialización, consumo, así como prevención, tratamiento y rehabilitación provocadas por el



consumo de drogas ( es decir, estupefacientes, sustancias psicotropicas, y productos que los contengan) , tabaco y alcohol.”

Las advertencias obligatorias sobre la salud en los envases de bebidas alcohólicas y en los paquetes de cigarrillos, tiene como propósito el informar al publico sobre los riesgos que conlleva el consumo de estos productos.

Se define lo que en términos legales se considera Droga: " Para los efectos de esta ley se consideran drogas las sustancias especificadas como tales en los convenios internacionales ratificados, las que se mencionan en el Código de Salud, Reglamento de estupefacientes y demás leyes a nivel de América Latinas; y en general las que indistintamente de su grado de pureza, actúan sobre el sistema nervioso central y tienen la capacidad de producir transformaciones, bien sea aumentando o disminuyendo su funcionamiento o modificando los estados de conciencia y que su uso indebido causa dependencia o sujeción física y psicológica.

Existen cuatro tipos de sustancias psicoactivas que se consideran legales o permitidas en la sociedad, así tenemos:

- Medicamentos que se compran libremente
- Medicamentos recetados
- Bebidas alcohólicas
- Tabaco

Las personas utilizan estas sustancias para dormir, para adelgazar, para aliviar el dolor o malestar, o para protegerse contra las enfermedades, etc.

Por otro lado están las sustancias ilegales o no permitidas que tienen efectos diversos. Estos dependen de: la cantidad que se consume, de las veces que lo consuma y de la constitución física de la persona. La marihuana, la cocaína y el LSD son ejemplos de estas sustancias.

En 1990 se empezó a reglamentar los derechos del fumador pasivo o involuntario. Se define como fumador pasivo o involuntario al individuo que no fuma pero que se expone a la inhalación, en un ambiente cerrado, del humo producido por la otra persona que sí fuma.

Apoyando lo anterior un informe de 1986 de la revista Cirujano General de EUA, publicado por la Organización Panamericana de la Salud, señala que “la exposición involuntaria al humo del cigarrillo causa enfermedades, incluyendo cáncer del pulmón, entre los no fumadores previamente sanos y que la simple separación entre fumadores y no fumadores en el mismo espacio ambiental, disminuye, pero no elimina la exposición al humo de tabaco”.

Con el sustento a estas consideraciones, las reformas a la Ley General de Salud estableció la obligación de contar con áreas restringidas o la prohibición del consumo de tabaco en lugares como centros de salud, auditorios, aulas de clases, restaurantes, cines, teatros, transporte colectivos y todo ambiente público y cerrado.

#### **5.4 COMPORTAMIENTO Y EL PROCESO DE SOCIALIZACION**

El comportamiento humano es una combinación compleja de actitudes sentimientos procesos mentales y motivaciones. El comportamiento aunque parece ser aleatorio sigue unas leyes. Diego Macía Antón en su libro “Las drogas: conocer y educar para prevenir”, define la Psicología como “la ciencia que estudia la conducta, estudia las causas del comportamiento para alcanzar su comprensión, predicción y control”.

Bandura (1982, 1987) en la Teoría del Aprendizaje, sostuvo que la mayor parte de los determinantes conductuales son lo que causa o explica el comportamiento humano y se localiza en la relación que se establece entre el individuo y su entorno.

Frente a las posiciones internas (la conducta que está determinada por variables biológicas o de personalidad), o posiciones ambientales (lugar donde se da la conducta), las posiciones de interacción explican mejor el comportamiento, en parte por características personales y en función de la interacción de aspectos personales y

situacionales. Dicho en otras palabras, el funcionamiento psicológico supone una continua interacción entre la conducta y las variables organísticas (factores biológicos) y el ambiente.

La conducta es una reacción ante los estímulos previos, la organización interna del individuo y de las consecuencias de la propia respuesta. Así se presenta el siguiente esquema: **(VER ANEXO N° 1)**

Un estímulo antecedente es cualquier hecho que activa acciones, pensamientos o sentimientos. La respuesta es toda actividad desarrollada por el sujeto. El organismo es el individuo. Los estímulos consecuentes son aquellos eventos que se producen después de ocurrir la conducta, aumentando o disminuyendo la probabilidad de que la misma conducta aparezca en el futuro. Si las variaciones son positivas se les denomina reforzadores positivos y así mismo si las variaciones son negativas el reforzador será negativo.

Para comprender la conducta de un individuo, lo primero es identificar estos aspectos de una situación conductual determinada, y para influir sobre la conducta, cuando se requiere variar estas mismas. La situación actual de un individuo es producto de una larga y compleja historia de aprendizaje, ya que en ésta ha influido una extensa gama de elementos personas y hechos.

Diego Macía Antón afirma “que cada persona que se conoce, cada objeto que se ve, cada experiencia que se vive, ejerce alguna pequeña o gran influencia sobre el individuo.”

Todo individuo forma parte de una sociedad que tiene su propia cultura, valores, creencias y normas de comportamiento. De este modo, de acuerdo con el grupo al cual pertenezca, el individuo aprenderá estos modos específicos de conducirse para satisfacer sus necesidades personales y sociales. El hombre tiene la capacidad para aprender, cambiar y adaptarse a nuevas situaciones, así se puede decir que el aprendizaje es una modificación de la conducta que resulta de la experiencia.

La familia es el primer agente socializador de un niño, el modelamiento de conducta que sus padres le provean van a consolidarse en él y las experiencias positivas o negativas reforzaran el comportamiento del niño. El aprendizaje continuará en la adolescencia con un avance en el procesamiento de la experiencia emocional, lo cual modela los aspectos básicos de la personalidad de forma permanente proyectándose en la edad adulta.

Otros dos agentes socializantes básicos en la vida de un niño son la escuela y los grupos de amigos. En la adolescencia el individuo está mayor influenciado por los amigos ya que diluye inseguridades, conflictos, emociones dolorosas a través de la comunicación con personas que están experimentando lo mismo.

En la edad del adolescente y el adulto joven el rechazo afecta de forma profunda, el requiere de la aprobación total de sus amigos, formar parte de un grupo.

Cuando el padre de familia tiene mucho trabajo, el adolescente tiene una falta de atención de parte de los padres hacia él o una gran permisividad, lo cual intensifica la influencia de los amigos dejando a un lado a los padres haciendo la comunicación entre ellos imposible. En estas situaciones el joven recurre más a sus amigos adoptando así valores, costumbres y normas que no son admitidos por los padres. Es entonces que el adolescente comienza a romper los lazos de dependencia, intentando llevar el control de su propia vida.

Este período de la vida es una difícil lucha por alcanzar la madurez. Su complejidad se debe a una etapa de cambios físicos, fisiológicos, sociales y psicológicos.

Además de los cambios físicos un joven debe alcanzar los siguientes objetivos para que sea considerado un adulto:

- ✧ Dependencia emocional de sus encargados
- ✧ Crear y mantener relaciones maduras con otros de su misma edad y con ambos sexos

- ✎ Formarse educativamente
- ✎ Ser responsable de sus conductas

Mientras el joven trabaja por alcanzar los objetivos, también desarrolla un sistema ético, una filosofía de vida que guíe sus creencias y normas morales. Esta filosofía propia le ayudara a ordenar y dar consistencia a numerosas decisiones que tendrá que hacer a diario. Estos objetivos deben alcanzarse con poca ayuda externa, pues nuestra sociedad no tiene unos cauces claros para que el joven los alcance. Motivo por el cual una minoría no logra conseguirlos y es cuando el joven se enfrenta a situaciones que lo proclive a problemas como la delincuencia, el uso de drogas, dificultades relacionadas con la escuela, entre otros. El desarrollo de la dependencia y la confianza en sí mismo debe ser central en la vida del individuo solo así él podrá lograr establecer relaciones maduras heterosexuales o con los iguales, conseguir un sentimiento de identidad.

**Otras aportaciones sobre el mismo tópico se tienen:**

Jessor y Jessor (1977), la adolescencia se concibe como un periodo de transición, y que determinadas conductas señalan esta etapa. El consumo de alcohol es un ejemplo de dichas conductas, su consumo es permitido para los adultos pero no así para los adolescentes. Se asume que las diferencias individuales y los factores ambientales influyen en el ritmo en que el adolescente realiza la transición. El concepto de transición es coherente con el hallazgo que no todos los adolescentes que consumen alcohol abusan de éste al ser adultos.

La teoría del aprendizaje social hace hincapié que la exposición a otras personas que consumen drogas no solo impulsa ciertas conductas sino que influye a su consumo (Bailey, 1989).

Kandel (1982), fijó sus estudios longitudinales para postular una secuencia evolutiva de consumo de drogas. El sostenía que el uso de drogas legales precedía al uso de drogas no legales o ilícitas. Se identificaron al menos cuatro fases evolutivas diferenciadas en el consumo de drogas:

1. cerveza o vino
2. cigarrillos o licores de alta graduación
3. marihuana
4. otras drogas ilegales.

Windle (1990) agrega que cuanto antes inicie un joven a consumir drogas, mayor es la probabilidad de consumo de otra. Así mismo un mayor consumo de una sustancia se asocia a la “progresión” hacia la siguiente fase. Según comentarios de Abelardo Díaz Flores, coordinador de la Comisión Salvadoreña Antidrogas-COSA, los datos colectados por la comisión reportan que el consumidor de drogas fuertes (ilegales) sí consumió drogas suaves (legales) en su inicio.

Morrison y Smith (1987) afirmaban que el consumo de drogas debe incluir una gran diversidad de variables-biológicas, psicológicas y sociales- que afecten el desarrollo del joven a lo largo del tiempo. Sin embargo, los problemas precoces de conducta se asocian con el consumo posterior de sustancias, con dependencia de otras variables (Lynsky y Fergusson, 1995). También se ha encontrado altos índice de delincuencia, de relaciones sexuales y de embarazo por razón de consumo de sustancias (Huizinga et al., 1993).

## **5.5 PATRONES DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**

### **5.5.1 PATRONES DE CONSUMO DEL ALCOHOL**

La Dra. María Elena Medina Mora también escribió sobre el estudio de la forma en que la población consume alcohol en “Las adicciones...”, el cual es un fenómeno relativamente reciente. Los estudios de los alcohólicos o bebedores problema eran conducidos por lo general en clínicas psicológicas y aisladamente.

Los últimos estudios de poblaciones generales ofrece múltiples ventajas que pueden variar desde un abordaje socioantropológico, que analice la función que desempeñan las bebidas alcohólicas como un bien de consumo, hasta obtener un panorama más completo del abuso de alcohol y sus consecuencias.

Los estudios de población general describen la distribución de la población según los patrones de la bebida y sus variaciones, estos pueden ser por variables demográficas como sexo, edad, nivel socioeconómico, entre otros. El estudio de estas variables adquiere cada vez más importancia, y es reforzada por la diversidad de los patrones de bebida y la forma en que se emplea el alcohol en las diferentes sociedades.

Existen dos maneras de preguntar a las personas sobre su forma de consumir alcohol,

- a) pedir una apreciación sumatoria de sus patrones actuales
- b) pedir que enlisten todas las ocasiones recientes de consumo.

La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), utilizó el primer método, el método sumario, para interrogar directamente sobre la frecuencia con que se consumían diferentes cantidades de alcohol por ocasión de consumo: de cerveza, vino de mesa, destilados, pulque y alcohol de caña. Además se consideró consumo alto la ingesta de cinco ó más copas por ocasión. Con base en esta información se definieron siete patrones de consumo:

- ✧ Abstemios. Personas que no han consumido alcohol en los últimos doce meses.
- ✧ Bebedores poco frecuentes. Personas que beben al menos una vez al año, pero no lo hicieron en el último mes.
- ✧ Bebedores moderados/bajas cantidades. Personas que bebieron en el último mes, no en la última semana y que limitan la cantidad de alcohol que consumen (beben menos de cinco copas por ocasión de consumo).
- ✧ Bebedores moderados/altas cantidades. Personas que bebieron en el último mes, no en la última semana y que bebieron cinco copas o más por ocasión de consumo.
- ✧ Bebedores frecuentes/bajas cantidades. Personas que bebieron en la última semana y que no bebieron cinco copas o más por ocasión de consumo.
- ✧ Bebedores frecuentes/altas cantidades. Personas que bebieron en la última semana y que bebieron cinco copas o más por ocasión de consumo al menos una vez en el último año.

- ✎ Bebedores consuetudinarios. Personas que bebieron en la última semana y que beben cinco copas o más por ocasión de consumo una vez por semana o con más frecuencia.

El segundo método, conocido por método de ocasiones recientes, consiste en pedir a los entrevistados que proporcionen con detalle las ocasiones y cantidades de alcohol consumido en un tiempo específico, usualmente la última semana. Desafortunadamente este método excluye la mayor parte de los bebedores, las personas que no consumen a diario.

Una medida alternativa, relacionada con el método de ocasiones recientes, es la estimación del volumen total de alcohol consumido, ya que es una medida interesante, unidimensional y continua, fácil de conceptualizar y que incluye todo el consumo de alcohol en tasas de mortalidad y morbilidad, como la cirrosis.

### **5.5.2 PATRON DE CONSUMO DE OTRAS DROGAS**

Para evaluar los patrones de consumo de otras drogas es necesario incluir el número de veces que se ha consumido la sustancia. Este parámetro es útil para evaluar drogas que su uso ha iniciado recientemente o que se usan esporádicamente como los alucinógenos. También es común preguntar sobre la frecuencia de uso en los últimos 30 días, lo cual es útil para drogas que se consumen con mayor frecuencia como los cigarrillos a diferencia con los inhalables y la marihuana.

### **5.6 DEFINICIÓN DE LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**

Las sustancias psicoactivas o también conocidas comúnmente como drogas, son químicos naturales o sintéticos que al ser ingeridos producen efectos físicos, psicológicos y el comportamiento de una persona cambia. Es decir que estos químicos alteran la forma de pensar de sentir y de actuar de la persona que los ha consumido, así mismo afecta su racionalización y su juicio para tomar una decisión correcta.



Se entenderá como sustancia psicoactiva o droga según la definición clásica de la OMS: “Toda sustancia natural o sintética que introducida al organismo vivo de cualquier forma, puede modificar una o más funciones de éste” (Becoña p. 14).

Muchas drogas que afectan al sistema nervioso se descubrieron en las plantas, algunas son tóxicas, pues sirven para que las plantas se protejan contra el apetito de los insectos o animales herbívoros, no obstante otras producen efectos placenteros.

Algunas drogas se han utilizado para tratar desórdenes neurológicos y psiquiátricos, ya que se ha visto su poder sobre el sistema nervioso central.

Los neurotransmisores que actúan en el cerebro, pueden verse afectados por otras sustancias que ingresen al cuerpo e interfieran con las funciones cerebrales, por ello las sustancias psicoactivas son clasificadas por su efecto conductual, y no por su acción bioquímica.

Hay tantas y variadas sustancias llamadas “drogas” que por años se agruparon según diversos criterios. Modernamente la principal característica que las drogas comparten, fue bautizada por los científicos como “psicoactividad” y se trata de: “la capacidad de estas sustancias para llegar al cerebro y modificar sus funcionamiento habitual.” De acuerdo con este parámetro, se agrupan en tres grandes categorías:

1. Drogas depresoras del sistema nerviosos central.
2. Drogas estimulantes del sistema nervioso central.
3. Drogas perturbadoras del sistema nervioso central.

El consumo de drogas tiene como consecuencia la adicción, el cual es uno de los problemas más serios que nuestra especie enfrenta en la actualidad. El uso y abuso de las drogas más comunes, populares y antiguas, como el alcohol y el tabaco ocasionan morbilidad y mortalidad importantes; el uso de drogas "sintéticas" expone a los usuarios a riesgos desconocidos por productos contaminados.

Entre las características de las sustancias adictivas, la mayor parte son las que producen un efecto excitatorio, aunque algunas como los opiáceos y el alcohol poseen los dos efectos: inhibición y excitación. El prototipo de sustancia adictiva excitatoria es la heroína.

Las sustancias psicoactivas excitatorias crean mayor dependencia. Eddy et al (1965) definen la dependencia física como: "...un estado adaptativo que se manifiesta por medio de perturbaciones físicas intensas cuando se suspende la administración de una droga" y definen como dependencia psíquica como: "... un sentimiento de satisfacción y una pulsión psíquica que requiere la administración periódica o continua de la droga para producir placer o para evitar la incomodidad y cada vez cantidades más grandes para obtener el mismo efecto, creando así tolerancia. Neil Carlson define la tolerancia: " es la disminución de la sensibilidad a una droga que resulta de su uso continuo".

Las personas que usan cualquier tipo de drogas deben usar cantidades cada vez mayores para obtener los mismos efectos que tuvo la primera vez que las consumió, es así como se desarrolla la tolerancia.

La persona presenta los síntomas de abstinencia si deja de consumir y estos son, síntomas son principalmente los opuestos a los que produce la droga. La mayoría de los investigadores cree que los síntomas de la abstinencia son un intento del organismo por compensar la falta de la droga.

## **5.7 CLASIFICACIÓN DE LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**

Se reconocen varias formas de clasificar las sustancias psicoactivas, esto se debe por una parte, que es un tema tratado por varias disciplinas con diferentes puntos de vista, y por otra, por la propia dinámica del saber científico. Las sustancias psicoactivas se pueden clasificar de las siguientes formas:

- a) Por su origen: naturales y sintéticas
- b) Por su atendido a su estructura química

- c) Por su acción farmacológica
- d) Por las manifestaciones que se producen en el comportamiento en los sujetos
- e) Por las consideraciones legales

Chaloult en 1971, creo una de las clasificaciones más usadas clínicamente:

- A. Estimulantes de la actividad del sistema nervioso central
- B. Depresores de la actividad del sistema nervioso central
- C. Perturbadores de la actividad del sistema nervioso central
- A. Estimulantes de la actividad del sistema nervioso central

### **5.8 MECANISMOS CEREBRALES DE DEPENDENCIA Y CONSUMO.**

El cerebro esta altamente organizado en varias regiones diferentes con funciones especializadas. La región conocida como rombencéfalo contiene estructuras vitales para el mantenimiento de la vida, como los centros que controlan la respiración y la vigilia. El mesencéfalo es una región que contiene muchas zonas importantes para comprender la dependencia de sustancias, pues están implicadas en la motivación y el aprendizaje de importantes estímulos ambientales, así como en los comportamientos reforzadores que tienen consecuencias placenteras y de mantenimiento de la vida, como el comer y el beber.

El prosencéfalo es más complejo, y en los seres humanos la corteza cerebral prosencefálica está muy desarrollada para posibilitar la capacidad de pensamiento abstracto y planificación, la asociación de ideas y la memoria. Con las técnicas de visualización del cerebro se han identificado regiones específicas del prosencéfalo que son activadas por estímulos que inducen el deseo compulsivo de consumir la sustancia en personas con dependencia, y otras que funcionan de forma anormal tras el consumo agudo o crónico de sustancias, así como en la dependencia.

En el cerebro la comunicación tiene lugar entre las neuronas, que se comunican entre si a través de mensajeros químicos liberados en las sinapsis.

Cuando se excita una neurona, esta envía una señal eléctrica desde el cuerpo celular, a lo largo de un proceso alargado, llamado axón, que puede ser relativamente corto cuando conecta con neuronas cercanas, o muy largo cuando se comunica con otras regiones cerebrales. Al final del axón se encuentra el botón Terminal. Para comunicar el mensaje desde el botón Terminal de un axón a la neurona siguiente hay que cruzar un espacio, conocido como sinapsis o hendidura sináptica. La neurona que envía el mensaje, la neurona presináptica, libera mensajeros químicos hacia la neurona receptora, postsináptica. Estas sustancias químicas, llamadas neurotransmisores, tienen estructuras y funciones específicas, y el tipo de neurotransmisor liberado depende del tipo de neurona. Entre los neurotransmisores mejor estudiados que son importantes en lo que respecta a las sustancias psicoactivas se encuentran la dopamina, la serotonina, la noradrenalina, el ácido (-aminobutírico (GABA), el glutamato y los opioides endógenos. (VER ANEXO N° 2)

El cerebro contiene docenas de tipos diferentes de mensajeros químicos. Cada neurotransmisor específico se une a un receptor específico, como una llave entra en su cerradura (figura 4). La unión del neurotransmisor al receptor puede producir varios cambios diferentes en la membrana postsináptica. Los receptores se denominan según el tipo de neurotransmisor al que se unen preferentemente (p.e., los receptores de dopamina y los receptores de serotonina). También hay muchos subtipos de cada tipo de receptor. Las sustancias psicoactivas pueden simular los efectos de los neurotransmisores naturales, o endógenos, o interferir la función cerebral normal, bloqueándola, o alterando el almacenamiento, la liberación y la eliminación de los neurotransmisores. Un mecanismo importante a través del cual actúan las sustancias psicoactivas consiste en el bloqueo de la recaptación del neurotransmisor tras su liberación por la terminación presináptica. La recaptación es un mecanismo normal mediante el cual el transmisor es eliminado de la sinapsis por la membrana presináptica. El bloqueo de la recaptación exagera los efectos normales del neurotransmisor. Las sustancias psicoactivas que se unen a los receptores y aumentan su función se conocen como agonista, mientras que aquellas cuya unión al receptor bloquea la función normal se conocen como antagonistas.

## **5.9 PSICOFARMACOLOGÍA DE LA DEPENDENCIA DE DIFERENTES CLASES DE SUSTANCIAS**

Las sustancias psicoactivas más comunes pueden clasificarse como depresores (p.e.: el alcohol, los sedantes/hipnóticos y los disolventes volátiles), estimulantes (p.e.: la nicotina, la cocaína, las anfetaminas y el éxtasis), opioides (p.e.: la morfina y a la heroína) y alucinógenos (p.e.: la fenciclidina ---PCP---, la dietilamida del ácido lisérgico ---LSD--- y el cannabis).

Diferentes sustancias psicoactivas tienen diferentes formas de actuar en el cerebro para producir sus efectos. Se unen a diferentes receptores y pueden aumentar o disminuir la actividad de las neuronas a través de varios mecanismos diferentes. En consecuencia, tienen diferentes efectos conductuales, diferentes ritmos de aparición de la tolerancia, diferentes síntomas de abstinencia y diferentes efectos a corto y a largo plazo. No obstante, las sustancias psicoactivas comparten características similares en la forma de alterar regiones cerebrales implicadas en la motivación, y esta es una característica trascendente en las teorías sobre el desarrollo de la dependencia. (ANEXO N° 3)

## **5.10 BASES NEUROBIOLÓGICAS Y BIOCONDUCTUALES DEL DESARROLLO DE LA DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS**

La dependencia como proceso de aprendizaje en el que se ven implicadas regiones cerebrales clave El desarrollo de la dependencia puede considerarse como parte de un proceso de aprendizaje, en el sentido de que las interacciones entre las sustancias psicoactivas y los entornos asociados a ellas producen cambios de conducta perdurables.

## **5.11 RESUMEN DE LOS EFECTOS DE LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (VER ANEXO 4)**

## **5.12 BASE GENÉTICA DE LAS DIFERENCIAS INDIVIDUALES EN LA SUSCEPTIBILIDAD A LA DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS.**

Hay muchos factores individuales, culturales, biológicos, sociales y ambientales que convergen para aumentar o reducir las posibilidades de que un determinado individuo consuma una sustancia psicoactiva y en que medida. Aunque los factores que se muestran en el recuadro 3 están más relacionados con la iniciación en el consumo de sustancias que con la dependencia, muchos de ellos son comunes a ambos fenómenos.

Uno de los aspectos investigados por la neurociencia es cómo actúan las sustancias psicoactivas en términos de la herencia biológica común a todos los seres humanos. El contrapunto a esto es la investigación genética centrada en las diferencias individuales de la acción de las sustancias que son atribuibles a diferentes herencias genéticas. Además de los factores sociales y culturales, hay diferencias en la dotación genética que explican una considerable proporción de la variación individual en el consumo y la dependencia de las sustancias psicoactivas.

Sin embargo, no es tarea fácil identificar los genes implicados. Aunque algunas enfermedades son causadas por un único gen, como la enfermedad de Huntington, otros trastornos, llamados complejos, parecen ser causados por la interacción de varios genes con factores ambientales. La dependencia de sustancias es uno de esos trastornos complejos. Así pues, la exposición a sustancias psicoactivas podría tener un efecto mucho mayor en las personas portadoras de una vulnerabilidad genética a la dependencia que en aquellas que no poseen esa vulnerabilidad. Esto también complica el estudio de la genética de la dependencia de sustancias, aunque en los últimos años se ha progresado mucho en la identificación de los genes que pueden contribuir a su aparición. Los estudios de las pautas de herencia en las familias, en gemelos monozigóticos y dizigóticos y en individuos adoptados proporcionan información sobre la importancia del papel desempeñado por los factores hereditarios en la dependencia de sustancias. Otros tipos de estudios investigan la herencia de rasgos relacionados entre sí, con el fin de intentar identificar regiones de genes que pudieran ser importantes. Los estudios de genes candidatos examinan

genes de los que es razonable suponer que podrían estar implicados en la dependencia de sustancias, como los genes de los receptores de opioides en el caso de la dependencia de opioides.

Hay pruebas de una importante heredabilidad del consumo de tabaco en diferentes poblaciones, sexos y edades. Los estudios indican que es probable que haya muchos genes diferentes que contribuyen al desarrollo y persistencia del hábito de fumar. Los genes implicados en el metabolismo de la nicotina pueden ser factores de riesgo importantes y es probable que sus variaciones constituyan un determinante significativo de las concentraciones y de la acumulación cerebral de nicotina.

Existe una importante heredabilidad de la dependencia del alcohol, así como de la frecuencia del consumo y de la cantidad consumida. Los genes que pueden ser importantes en esta asociación son los implicados en el metabolismo del alcohol y los genes de los receptores de los neurotransmisores GABA, serotonina y dopamina. Las variaciones genéticas de las enzimas que metabolizan el alcohol también son posibles factores subyacentes en la variación del consumo de alcohol. Algunos estudios han aportado pruebas de que la heredabilidad de la dependencia de opioides es elevada, cercana al 70%. Esto puede deberse a diferencias hereditarias en los receptores de opioides o en las enzimas que metabolizan los opioides.

También hay una contribución genética al consumo y a la dependencia conjunta de alcohol, tabaco y otras sustancias. Según algunas estimaciones, el riesgo de dependencia está aumentado ocho veces en los familiares de personas con dependencia de sustancias, en comparación con los controles, y esto se aplica a una amplia gama de sustancias, entre ellas los opioides, el cannabis, los sedantes y la cocaína, que encierra la investigación genética. Esos datos genéticos se pueden utilizar, y de hecho se han utilizado, para mejorar nuestra comprensión de los orígenes de la dependencia de sustancias, y de la variación del riesgo entre los individuos. Una vez que se hayan identificado los genes que alteran la predisposición a la dependencia, uno de los grandes retos será comprender cómo interacciona la función de estos genes con los factores ambientales que influyen en la dependencia.

Esa información puede constituir la base para la creación de nuevas herramientas diagnósticas y nuevos tratamientos farmacológicos y conductuales.

El tamizaje genético, basado en los resultados de la investigación, podría identificar subgrupos de la población con mayor propensión a la dependencia o a los efectos nocivos de una sustancia psicoactiva en particular. Sin embargo, esto plantea muchos problemas éticos, dado que la identificación se hace en términos de probabilidades, no de certezas. Entre las acciones que se podrían emprender tras la obtención de un análisis positivo se encuentran la notificación a la persona afectada (o a sus padres o tutores en el caso de los niños), y las intervenciones preventivas, tales como la educación terapéutica u otras destinadas a reducir la vulnerabilidad al consumo y a la dependencia de sustancias. Todo esto tiene evidentes repercusiones éticas desde el punto de vista de la estigmatización, la privacidad y el consentimiento del tratamiento.

Las diferencias genéticas pueden influir en muchos aspectos del consumo de sustancias, como los efectos subjetivos placenteros. Los factores genéticos también pueden modificar mucho la toxicidad de una sustancia, en lo que se refiere tanto a las sobredosis como a los efectos crónicos sobre la salud. La genética también puede afectar a la intensidad de los efectos psicoactivos de determinadas formulaciones y dosis de una sustancia, al desarrollo de tolerancia, a los síntomas de abstinencia y al deseo compulsivo de consumirla. Además, la dependencia de sustancias puede compartir rasgos neurobiológicos con varias formas diferentes de enfermedad mental, lo cual indica que las estrategias terapéuticas y preventivas comunes podrían ser útiles en ambos trastornos.

### **5.13 ALCOHOLISMO**

El alcoholismo junto al tabaquismo se han convertido en los problemas de salud pública de mayor magnitud en nuestra sociedad. Su prevalencia es muy elevada y en España se calcula que un 10% de la población es alcohólica o tiene un riesgo elevado



de serlo. En una investigación realizada en enfermos del servicio de urgencias del Hospital Clínic de Barcelona, se comprobó que el 50% de las personas mayores de 18 años bebían alcohol diariamente.

### **5.13.1 Epidemiología**

En una encuesta domiciliaria sobre uso de drogas llevada a cabo por el equipo de investigación sociológica (EDIS) en 1995 y utilizando una muestra de 9.984 sujetos con edades superiores a los 15 años, se halló que el 63,8% había consumido bebidas alcohólicas durante el último año, el 49,2% las había consumido durante el último mes y el 36,2% durante la última semana.

En un informe (no publicado) correspondiente a la encuesta comentada, se pudo constatar claras diferencias de sexo tanto en el porcentaje de bebedores como en el consumo, expresado en mililitros de alcohol puro, así como también para estos valores en los días laborables o en los días de fin de semana. **(VER ANEXO N° 5).**

### **5.13.2 Genética**

La naturaleza familiar del alcoholismo es conocida desde la antigüedad. Así, Plutarco, en su *Vidas paralelas*, ya demuestra que la tendencia hacia la bebida que encontramos en los hijos se asemeja a la de los padres.

Aunque se desconocen aún los mecanismos concretos de transmisión, en las últimas décadas se han ido acumulando evidencias indicativas del carácter heredable del alcoholismo. Las investigaciones genéticas realizadas hasta la fecha hacen referencia a cuatro áreas principales: estudios de transmisión familiar, estudios de vulnerabilidad, aspectos del metabolismo del alcohol y asociación y ligamiento del alcoholismo con factores genéticos.

### **5.13.3 Transmisión familiar**

Estudios de familias indican que el riesgo de alcoholismo es, en promedio, 7 veces mayor en hijos de pacientes respecto a los controles y que, además, el riesgo relativo

en pacientes es consistentemente más alto para varones que para mujeres. Estudios en gemelos han encontrado una correlación media en gemelos monocigóticos (0,54) significativamente superior a la alcanzada en gemelos dicigóticos (0,23). En estudios de adopción la probabilidad de que un adoptado desarrolle alcoholismo es 2,5 veces superior si es hijo biológico de un alcohólico, independientemente de que haya compartido o no el ambiente posnatal con dicho progenitor.

Con todo, aun a pesar de que los resultados de los estudios de transmisión familiar estarían a favor del carácter heredable del alcoholismo, los factores ambientales no quedan totalmente controlados y en consecuencia impiden extraer conclusiones definitivas.

#### **5.13.4 Estudios de vulnerabilidad**

En este tipo de estudios se han detectado toda una serie de factores relacionados con la vulnerabilidad al alcoholismo, entre los que destacarían los siguientes: 1) la hiperactividad y el déficit de la atención en la infancia; 2) déficit en la ejecución de determinadas baterías de tests neuropsicológicos; 3) determinados rasgos de personalidad, como la impulsividad y la baja tolerancia a la frustración, y 4) algunos parámetros neurofisiológicos como la disminución del porcentaje de ondas alfa en reposo y la disminución de la amplitud de la componente P300 obtenida mediante la técnica de potenciales evocados.

#### **5.13.5 Estudios de asociación y ligamiento**

En la actualidad se dispone de varios estudios de asociación entre alcoholismo y marcadores biológicos fenotípicos. En algunos de ellos se ha analizado la asociación con caracteres biológicos como la ceguera para los colores, dermatoglifos e inhibición de la MAO. En otros también se han contemplado una serie de marcadores serológicos como el ABO, Rh, MNS y C<sub>3</sub>, entre otros.

Más recientemente, y utilizando ya marcadores genotípicos, se ha hallado una probable asociación entre el alcoholismo y el gen del receptor D<sub>2</sub> de la dopamina.

### **5.13.6 Estudios del metabolismo del alcohol**

Los estudios del metabolismo del etanol, y concretamente de las enzimas alcohol deshidrogenasa (ADH) y aldehído deshidrogenasa (ALDH), han suministrado información acerca del papel del mismo en la falta de tolerancia al alcohol. Así, los fenotipos "anómalos" de ALDH1 y ALDH2, característicos de las poblaciones orientales, manifiestan una incapacidad para convertir el acetaldehído en ácido acético que produce el enrojecimiento característico de la respuesta al alcohol en los individuos de estas poblaciones.

### **5.13.7 Farmacocinética del alcohol**

El alcohol etílico o etanol responde a la fórmula  $\text{CH}_3\text{-CH}_2\text{OH}$ , así pues se trata de una sustancia de bajo peso molecular ( $Pm = 46$ ); es una sustancia líquida a temperatura ambiente, de elevada volatilidad, fuertemente hidrofílica e insoluble en grasas. Por ello, su distribución en los compartimentos líquidos del cuerpo es total, mientras que se halla ausente de las fracciones grasas, dando lugar por todo ello a diferencias en los volúmenes de distribución entre sexos, lo cual contribuirá a que en las mujeres aparezcan niveles de alcoholemia superiores a los varones, para una misma cantidad de alcohol ingerido.

El 95% del alcohol ingerido se mantiene en el organismo hasta ser metabolizado en el hígado en dióxido de carbono ( $\text{CO}_2$ ) y agua ( $\text{H}_2\text{O}$ ). Del 1 al 5% se elimina a través del aire espirado gracias a su elevada volatilidad, lo cual permite las determinaciones de alcoholemia mediante aparatos que recogen el aire espirado por el sujeto. Del 1 al 5% se elimina por la orina, lo que permite su detección (alcoholuria)

### **5.13.8 Absorción del alcohol**

Si bien el alcohol puede ser absorbido a lo largo de todo el tubo digestivo, la absorción se lleva a cabo mayormente a través del intestino delgado, duodeno y yeyuno. La enzima alcohol deshidrogenasa (ADH), responsable de la conversión del alcohol en acetaldehído, se halla en el estómago y a ella se debe que cuando el alcohol es ingerido en dosis bajas (dentro de las que podríamos considerar bebedor

social) no entra en la circulación sistémica, ya que es oxidado a acetaldehído por el ADH gástrico. La actividad del ADH es menor en las mujeres que en los varones.

### **5.13.9 Metabolismo del alcohol**

En el hepatocito, el etanol se oxida en acetaldehído. Dicha oxidación se lleva a cabo fundamentalmente a través de la ADH que se halla en su citoplasma. Existen dos vías secundarias de metabolización del alcohol en el hepatocito. Una de ellas, el denominado sistema *MEOS* (sistema oxidativo del etanol microsomal), tiene lugar en el interior del retículo endoplasmático. Teniendo en cuenta que la metabolización de los fármacos tiene lugar en los microsomas, la puesta en marcha del sistema *MEOS* para metabolizar el alcohol interferirá en el metabolismo de los fármacos y ello explicaría la existencia de las conocidas interacciones alcohol-fármacos. La tercera vía de metabolización del etanol es la de la catalasa; se trata de una vía metabólica muy minoritaria y cuyo papel en el hombre está todavía por esclarecer.

### **5.13.10 Manifestaciones Físicas y Conductuales**

El consumo de alcohol puede producir efectos y complicaciones físicas, neuropsicológicas y sociales.

#### **1. Efectos físicos**

Aunque socialmente el efecto del etanol no se conoce como sedante, esta sustancia ejerce un efecto depresor sobre el sistema nervioso central, especialmente en el sistema activador reticular ascendente (SARA) y la corteza cerebral. A bajas dosis, produce inhibición en las acciones de las neuronas depresoras o inhibitoras, lo que, a su vez, genera una desinhibición que aparenta un efecto estimulante conocido popularmente.

Una vez liberada la corteza del control ejercido por otras estructuras nerviosas:

- ✎ Los procesos del pensamiento ocurren en forma generalizada, e interfieren con la calidad de ejecución de acciones motoras y emociones.

- ✧ Al inicio de la intoxicación, los reflejos espinales están aumentados, una vez que avanza, los reflejos se deprimen y ocurre una anestesia generalizada. El consumo de bebidas alcohólicas conduce a trastornos en el organismo, a continuación se mencionan los más frecuentes.

**a. Trastornos gastrointestinales**

- ✧ Gastritis.
- ✧ Várices esofágicas.
- ✧ Cáncer de esófago.
- ✧ Pancreatitis aguda y crónica.
- ✧ Hepatitis y cirrosis.

**b. Trastornos del sistema nervioso**

- ✧ Neuropatía periférica
- ✧ Demencia
- ✧ Degeneración cerebelosa
- ✧ Epilepsia

**c. Otros trastornos físicos**

- ✧ Amnesia
- ✧ Hipoglicemia episódica
- ✧ Hemocromatosis
- ✧ Miopatía
- ✧ Obesidad

**2. Efectos neuropsiquiátricos del consumo excesivo**

El consumo excesivo de alcohol también produce efectos neuropsiquiátricos, entre los que se encuentran como más frecuentes los que se consignan enseguida.

**Efectos neuropsiquiátricos**

Intoxicación amnésica lacunar (black out)

Intoxicación patológica

Delirium tremens (por abstinencia)

Trastornos tóxicos y nutricionales.

- ✧ Síndrome Korsakof
- ✧ Encefalopatía de Wernike
- ✧ Demencia alcohólica.

Otros

- ✧ Trastorno depresivo.
- ✧ Síntomas de ansiedad.
- ✧ Disfunción sexual.
- ✧ Suicidios y gestos autolíticos.
- ✧ Cambios de personalidad.
- ✧ Celotipia.
- ✧ Alucinaciones transitorias.
- ✧ Alucinaciones alcohólicas.
- ✧ Convulsiones alcohólicas.

### **3. Efectos sociales**

También el consumo excesivo de bebidas alcohólicas afecta el área social de las personas y la familia ocasionando situaciones como las siguientes:

#### **Efectos sociales**

- ✧ Violencia familiar.
- ✧ Escaso rendimiento laboral.
- ✧ Desempleo.
- ✧ Problemas emocionales y de conducta en los hijos.
- ✧ Problemas legales.
- ✧ Accidentes de tránsito

### **5.13.11 COMPLICACIONES**

Entre las más frecuentes y, según sistema afectado se citan:

## **1. Síndrome feto alcohólico**

El alcohol es directamente tóxico para el feto en todas las fases de su desarrollo intrauterino, especialmente en la fase embrionaria durante el primer trimestre de gestación, por lo que se debe aconsejar a las mujeres gestantes que no consuman bebidas alcohólicas durante el embarazo.

### **Complicaciones más frecuentes**

- ✧ Tubo digestivo
- ✧ Páncreas
- ✧ Sistema circulatorio
- ✧ Sistema nervioso
- ✧ Sistema músculo esquelético
- ✧ Sistema endocrino
- ✧ Metabólicas
- ✧ Nutricionales
- ✧ Inmunológicas
- ✧ Síndrome del feto alcohólico.

### **Síndrome de feto alcohólico**

Se caracteriza por cuatro grandes categorías:

- ✧ Retraso del crecimiento pre y post natal,
- ✧ Alteraciones del sistema nervioso central.
- ✧ Rasgos faciales típicos.
- ✧ Anomalías congénitas diversas.

### **5.13.12 DIAGNÓSTICO**

El médico general cuenta con varios métodos para elaborar el diagnóstico en la persona consumidora de bebidas alcohólicas; entre ellas: la entrevista clínica, el examen físico, el examen mental, la entrevista a familiares, los exámenes de laboratorio y el diagnóstico por clasificación internacional de enfermedades (CIE-10)

## 1. Entrevista clínica.

Para llegar a un diagnóstico oportuno, en cualquier tipo de consulta se debe interrogar por riesgo o consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas.

### a. Indicadores de posible consumo

- ✧ Dificultades o separaciones en la relación de pareja.
- ✧ Problemas laborales (cambios frecuentes, impuntualidad, ausentismos, accidentes).
- ✧ Traumatismos (caídas, accidentes de tránsito, lesiones en riñas)
- ✧ Detenciones policiales
- ✧ Uso del tiempo libre en actividades que implican consumo.
- ✧ Conducción vehicular en estado de embriaguez.
- ✧ Problemas financieros relacionados con la cantidad de alcohol consumido.

### b. Motivos de consulta que se pueden asociar a un consumidor frecuente

- ✧ Traumatismos
- ✧ Fatigabilidad
- ✧ Insomnio
- ✧ Ansiedad
- ✧ Cefaleas
- ✧ Dolores múltiples
- ✧ Problemas de funcionamiento sexual
- ✧ Hemorragia digestiva
- ✧ Anorexia y pérdida de peso
- ✧ Convulsiones
- ✧ Fracaso, sin otra causa aparente, en el tratamiento de enfermedades digestivas, hipertensión arterial, diabetes y otras enfermedades crónicas.
- ✧ Solicitud de incapacidades, sin causa aparente, especialmente el día lunes.
- ✧ Automedicación con tranquilizantes

Al entrevistar, es conveniente recordar que el paciente puede presentar las siguientes dos tendencias: **Minimizar y ponerse a la defensiva.**



### **Minimizar**

Minimizar la cantidad que consume. Es preciso comprobar posteriormente la información con la pareja y/o familiares.

### **Ponerse a la defensiva**

Es común que la persona se ponga a la defensiva cuando se le pregunta sobre la cantidad y frecuencia del consumo. Se observa una actitud evasiva, hay falta de contacto ocular y silencios prolongados antes de responder.

En la entrevista, además se debe tomar en cuenta la exactitud de los informes, que tienden a ser más precisos cuando la persona está sobria, los mejores datos cuantitativos se obtienen cuando se pregunta por el consumo de un día específico ¿Cuánto alcohol tomó ayer, o el último sábado? Se debe promover un clima de confianza y asegurar al paciente que la información es confidencial

## **2. Diagnóstico por examen físico**

En cualquier consulta general de primera vez, se debe practicar el examen físico completo y buscar signos de consumo de sustancias psicoactivas.

### **a. Hallazgos sugerentes de consumo de alcohol. Dos o más de ellos presentes**

- ✎ Sudoración profusa.
- ✎ Inyección conjuntival.
- ✎ Aliento etílico.
- ✎ Cicatrices u otras evidencias de lesiones traumáticas.
- ✎ Hipertensión sistólica.
- ✎ Taquicardia, bradicardia, extrasístoles aisladas.
- ✎ Temblor fino de extremidades.
- ✎ Disartria.
- ✎ Falta de higiene o descuido corporal.
- ✎ Evidencia de daño hepático.
- ✎ Quelosis u otros signos de desnutrición.

- ✧ Eritema palmar, nasal, arañas vasculares.

### **3. Diagnóstico por examen mental.**

Se logra por medio de la entrevista y no siempre en la primera consulta.

#### **a. Hallazgos sugerentes. Dos o más de ellos presentes**

- ✧ Amnesia.
- ✧ Depresión
- ✧ Angustia
- ✧ Crisis de pánico
- ✧ Irritabilidad
- ✧ Ideación paranoide, especialmente celotipias.
- ✧ Labilidad de ánimo inexplicable.
- ✧ Cambios de personalidad.
- ✧ Síntomas psico orgánicos inexplicables.
- ✧ Conducta sexual promiscua.
- ✧ Falta de confiabilidad.

### **4. Diagnóstico por entrevista a familiares.**

Incluye a familiares, pareja y compañeros, preferiblemente no consumidores.

#### **a. Preguntas al familiar o acompañante**

- ✧ ¿Le preocupa la forma de beber de su familiar?
- ✧ ¿Tiene algún otro familiar que necesita tomar alcohol en ayunas? ¿Quién?
- ✧ ¿Tiene algún otro familiar que, a su juicio, necesita ayuda para dejar de beber?
- ✧ ¿Quién?

### **5. Diagnóstico por exámenes de laboratorio**

Es importante tomar en cuenta y siempre que sea posible, que se pueden determinar algunos marcadores biológicos, entre ellos tenemos:

### **a. Marcadores clásicos y CDT**

#### **VGM:**

- ✧ Volumen Corpuscular Medio.
- ✧ Volumen medio de glóbulos rojos.
- ✧ Un consumo excesivo y crónico de alcohol suele provocar el aumento del VCM.

#### **GGT:**

- ✧ Gamma Glutamil-Transpeptidasa.
- ✧ Enzima fabricada principalmente por el hígado.

Su aumento se observa en todas las enfermedades hepáticas y biliares.

#### **CDT :**

- ✧ Carbohydrate Deficient Transferrin (transferrina deficiente en carbohidratos).
- ✧ Glicoproteína fabricada por el hígado.

Su concentración en la sangre aumenta con el consumo excesivo de alcohol.

Este incremento se produce cuando una persona ha consumido un promedio de más de sesenta gramos diarios de alcohol durante más de una semana.

La persona necesita más de 15 días de abstinencia para que la concentración sanguínea de CDT disminuya.

La CDT representa actualmente el examen más preciso y fiable para la detección de los consumidores excesivos de alcohol.

### **5.13.14 DIAGNÓSTICO POR CIE-10**

#### **a. Criterios del síndrome de intoxicación**

Debe existir un comportamiento alterado, evidenciado en la presencia de, al menos, uno de los síntomas desadaptativos de intoxicación, específicos del alcohol.

- ✧ Desinhibición
- ✧ Tendencia a discutir
- ✧ Agresividad

- ✧ Labilidad afectiva o inestabilidad de humor
- ✧ Deterioro de la atención
- ✧ Juicio alterado
- ✧ Interferencia con el funcionamiento personal.

Debe existir, al menos, uno de los siguientes síntomas físicos de intoxicación, específicos de alcohol.

- ✧ Marcha inestable
- ✧ Dificultad para mantenerse en pie
- ✧ Disartria
- ✧ Nistagmus
- ✧ Nivel de conciencia disminuido (estupor, estado de coma)
- ✧ Enrojecimiento facial
- ✧ Inyección conjuntival

#### **b. Criterios del síndrome de abstinencia o supresión**

Además de los enunciados en la Segunda Unidad, Apartado II-B:

#### **Criterios del síndrome de abstinencia o supresión**

Debe presentar, al menos, tres de los siguientes signos:

- ✧ Temblor de lengua, párpados o de manos extendidas, fino y distal.
- ✧ Diaforesis
- ✧ Náusea o vómito
- ✧ Taquicardia o hipertensión
- ✧ Agitación psicomotora
- ✧ Cefalea
- ✧ Insomnio
- ✧ Malestar general o debilidad
- ✧ Ilusiones o alucinaciones transitorias auditivas, visuales, táctiles o ambas.
- ✧ Convulsiones tónico-clónicas, tipo gran mal
- ✧ Delirium tremens

### **5.13.15 INTERACCIÓN FARMACOLÓGICA**

La interacción entre hipnóticos y alcohol puede tener efectos sumatorios, que se expresan con una mayor intensidad en la depresión respiratoria y en las alteraciones del estado de conciencia.

### **5.13.16 DIAGNÓSTICO DEL ALCOHOLISMO**

Se establece mediante la utilización de cuestionarios: Jellineck, Cage, MALT-S y CBA (cuestionario breve de alcoholismo).

Un aspecto de especial importancia e interés clínico es el de la frecuente comorbilidad entre el alcoholismo y otros trastornos mentales, lo que obliga a plantear lo que ha venido a denominarse diagnóstico dual. (**VER ANEXO 6 – 7**)

### **5.13.17 TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO**

#### **5.13.17.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**

##### **5.13.17.1.1 Desintoxicación**

En esta fase sólo resulta aconsejable la utilización de fármacos durante períodos de tiempo cortos, no superiores a los 15 días, con pautas de dosificación decrecientes, siempre que no se halle contraindicado por la presencia de alguna enfermedad orgánica, como una hepatopatía o una pancreatitis alcohólicas, por ejemplo.

Los fármacos usualmente utilizados en esta fase son: el *clometiazol*, del que destaca su carácter ansiolítico, en cápsulas de 192 mg, a una dosis inicial de 3-3-4 cápsulas/día, decreciendo a lo largo de 10 o 15 días; el *tetrabamato*, que es un polímero del meprobamato con efectos antitremóricos, d miorrelajantes y anticonvulsivos, en comprimidos de 300 mg, dosis inicial 3-3-4, decreciendo durante 10-15 días, y la *tiaprida*, una molécula de síntesis del grupo de las benzamidas sustituidas, que posee un efecto antitremórico, antialucinatorio y un discreto efecto ansiolítico, en comprimidos de 100 mg, dosis inicial 3-2-3, decreciendo en el curso

de 10-15 días. Las *benzodiacepinas*, clásicamente utilizadas en los países anglosajones, son de uso cada vez mayor en España.

#### **5.13.17.1.2 Interdictores**

Existen diversos fármacos que interfieren en el metabolismo del alcohol, inhibiendo la enzima aldehído deshidrogenasa (ALDH) y, en consecuencia, impidiendo la oxidación del acetaldehído a acetato. Con ello se produce un aumento de acetaldehído, sustancia cuya actividad tóxica es responsable del síndrome acetaldehídico, que se caracteriza por rubefacción de predominio facial, manifestaciones de dermatitis de tipo urticariante, arritmia cardíaca, hipertensión predominantemente ortostática, dificultad respiratoria con disnea y, en ocasiones, náuseas y vómitos.

Tanto el *disulfiram* como la *cianamida* son capaces de generar este síndrome a los 10-15 min de la ingesta de una bebida alcohólica, con una duración de 45 a 90 min. Las dosis aconsejables de *disulfiram* (comprimidos de 250 mg) son de 2 comprimidos/día durante 3-5 días y los días sucesivos 1 comprimido. Aunque se puede tomar a cualquier hora, lo más conveniente es administrarlo con el desayuno. La *cianamida*, en gotas de solución, se aconseja de 30 a 75 mg al día, que serían 12 a 25 gotas repetidas en dos tomas espaciadas 12 h (1 gota = 3 mg).

Una vez debidamente informado el paciente y sus familiares, la utilización de los interdictores tiene como objetivo el aumento de soporte conductual a la necesidad absoluta de abstinencia, con lo que se consigue una disminución de la tensión, de la ansiedad y de la actitud reactiva de la familia y del propio paciente.

#### **5.13.17.1.3 Fármacos que reducen el consumo de alcohol**

El alcohol es una droga que carece de receptor específico y, en consecuencia, el mecanismo de acción de sus efectos adictivos parece que se lleve a cabo a través de diversas interacciones con neurotransmisores cerebrales que incluyen a los opiáceos endógenos, la dopamina (DA) y otras catecolaminas, la 5-HT y el ácido gammaaminobutírico (GABA).

Por lo que respecta a los opiáceos endógenos, se ha planteado que la ingesta incontrolada de alcohol vendría generada por un exceso de actividad de los opiáceos endógenos cerebrales y en este sentido se ha propuesto la utilización de la *naltrexona*, antagonista opiáceo de larga duración y activa por vía oral, como sustancia útil en el tratamiento del alcoholismo (a dosis de 50 mg/día parece evitarse su hepatotoxicidad).

Por lo que respecta a los antipsicóticos que bloquean los receptores dopaminérgicos, si bien son efectivos en la reducción del síndrome de abstinencia, la utilización de algunos de ellos como la propia *tiaprida* se ha mostrado poco eficaz en la reducción del consumo de alcohol, y además los efectos adversos de tipo extrapiramidal hacen que dicha sustancia resulte contraindicada en ausencia de psicosis coexistente (diagnóstico dual).

Las sustancias de tipo ansiolítico, especialmente *benzodiacepinas* como el *diazepam*, si bien se han demostrado claramente eficaces en el tratamiento del síndrome de abstinencia en la desintoxicación alcohólica, han resultado impopulares en la prevención de recaídas en los alcohólicos, dada la mayor vulnerabilidad de estos pacientes en el desarrollo de dependencia a los sedantes.

Los psicofármacos que han resultado útiles en la reducción del consumo de alcohol han sido los antidepresivos del grupo de los *inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina* (ISRS), como la *fluoxetina* y *citalopram*, entre otros.

En los últimos años se ha desarrollado una nueva sustancia denominada *acamprosato* (*acetilhomotaurinato de calcio*) para promover la abstinencia alcohólica como agente antianhelo (*craving*). Su acción tiene lugar a través de los neurotransmisores cerebrales ácido glutámico y GABA, ya que modulan la acción de los receptores *N*-metil-*d*-aspartato (NMDA), y reducen con ello la hiperexcitación neuronal en los períodos de abstinencia y postabstinencia del alcohol.

### **5.13.17.2 TRATAMIENTOS PSICOSOCIALES**

La rehabilitación psicosocial es el proceso más complejo del tratamiento integral. De hecho, se inicia cuando ha sido posible la suspensión de la ingesta persistente y continuada, y se centra en el Grupo de Discusión Terapéutica (GDT), que es el eje mediante el cual se estructuran los controles médicos precisos, las entrevistas individuales, las de pareja, las de familia, las relacionadas con el trabajo y con la conflictividad social.

La asistencia obligada y formal al GDT debe tener una duración de alrededor de 2 años. A lo largo de este tiempo debe conseguirse que el paciente alcohólico pase de ser un sujeto pasivo que cumple la prescripción terapéutica a ser un participante activo para conseguir los objetivos del tratamiento.

### **5.13.18 PREVENCIÓN DEL ALCOHOLISMO**

Hasta el momento, la mayoría de los programas de prevención del alcoholismo se han basado bien en medidas informativas y educativas que aconsejan el uso reducido de alcohol o bien en medidas represivas que castigan su abuso puntual. Sin embargo, estas medidas no han resultado efectivas para disminuir la incidencia de alcoholismo juvenil o de inicio precoz. Dado que se ha podido constatar que el alcoholismo juvenil tiene una mayor incidencia entre las personas que presentan antecedentes familiares de alcoholismo, cabe plantear nuevas estrategias de información preventiva, dirigidas preferentemente a estos sujetos de alto riesgo.

### **5.14 TABAQUISMO.**

La nicotina en cigarrillos, cigarros y tabaco puede producir dependencia. Su uso generalmente comienza en la juventud y las consecuencias son ampliamente conocidas. El hábito de fumar es causa principal de enfermedades prevenibles, incapacidad y muerte prematura. Alrededor de 80% de las personas que fuman manifiestan deseo por dejar de hacerlo, cada año 35% tratan de dejarlo y menos de



5% lo logran. Actualmente, el uso de tabaco está descendiendo en la mayoría de los países.

El tabaco se ha consumido desde tiempos muy antiguos. Las más remotas referencias sobre su consumo datan del 600 a.C., posteriormente en la época del descubrimiento de América, Cristóbal Colón registró en su diario de viajes el momento de su introducción en Europa. Desde entonces no existe una sola cultura en que se haya iniciado su consumo que haya podido erradicarlo.

Se ha descrito que en el humo del cigarrillo se pueden identificar más de 4.000 sustancias, algunas de ellas son farmacológicamente activas, citotóxicas, mutagénicas o carcinogénicas. El cigarrillo ha sido asociado a un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, arteriosclerosis, hipertensión arterial, enfermedad cerebro vascular, cáncer, bronquitis crónica y enfisema.

Se ha observado que los fumadores tienden a beber más alcohol, café y té que los no fumadores; de otra parte, presentan comorbilidad con uso de sustancias ilícitas con mayor frecuencia que los no fumadores.

Además, presentan un exceso en la mortalidad que esta directamente relacionada con el número de años fumando, número de cigarrillos al día y la profundidad de la inhalación del humo. Es de anotar que los inhaladores pasivos -quienes inhalan el humo de otros fumadores- están sometidos a grandes concentraciones de la mayoría de las sustancias contenidas en el humo del cigarrillo. Este hecho puede aumentar el riesgo de cáncer de pulmón y enfermedades respiratorias en quienes inhalan el humo de otros fumadores.

En cuanto a la comorbilidad del uso de tabaco con la dependencia a otras drogas, se ha encontrado que el tabaquismo usualmente precede al consumo de marihuana y al uso de otras sustancias ilegales en la adolescencia. Al comparar a los adolescentes entre 12 y 17 años que habitualmente usan cigarrillos, con jóvenes de la misma edad que no fuman, los primeros tienen dos veces más posibilidades de usar alcohol,

nueve veces más posibilidades de usar píldoras ilegales como estimulantes y tranquilizantes; diez veces más riesgo de usar marihuana y 14 veces más de utilizar cocaína, heroína o alucinógenos. Por lo anterior, fumar cigarrillo es un predictor del uso de otras drogas entre los adolescentes, por lo cual el tabaquismo debe ser una prioridad importante en la prevención del uso de drogas.

Los cuadros clínicos relacionados con la nicotina solamente fueron clasificados como trastornos por sustancias en los últimos años. Este cambio fue propiciado por la aparición en 1988 del Surgeon General's Report on the Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction, documento que recogió los hallazgos de más de 2.500 publicaciones científicas sobre el tema, concluyendo inequívocamente que el cigarrillo y otras formas de tabaco eran adictivas, que la nicotina era la responsable de ésta adicción y que los procesos farmacológicos y conductuales que determinan la adicción al tabaco eran similares a los encontrados para otras sustancias como la heroína y la cocaína.

En la actualidad se acepta la existencia de tres trastornos relacionados con la nicotina (DSM-IV):

1. Dependencia a la nicotina.
2. Abstinencia de nicotina.
3. Trastorno no especificado relacionado con nicotina.

El diagnóstico de dependencia a la nicotina requiere la presencia durante al menos tres meses en el mismo año de: tolerancia, abstinencia, deseo persistente de fumar, gasto considerable de tiempo buscando o empleando nicotina, importante alteración de las actividades cotidianas por el uso del tabaco y consumo continuo de nicotina a pesar de conocer el riesgo que esto implica para la salud.

Para diagnosticar un cuadro de abstinencia de nicotina se debe encontrar la presencia de una serie de signos característicos de malestar -afecto disfórico o deprimido, insomnio, irritabilidad o enojo, ansiedad, dificultades en la concentración, cansancio, disminución de la frecuencia cardíaca, aumento del apetito o ganancia de peso- que

se inician dentro de las primeras veinticuatro horas después de cesar abruptamente un consumo de nicotina que se había mantenido por algunas semanas, y causan un malestar significativo.

Como trastorno no especificado relacionado con nicotina se clasifican todas aquellas alteraciones producidas por la suspensión abrupta del consumo de nicotina que no pueden ser clasificadas en los apartados anteriores. Se incluye aquí la intoxicación por nicotina, el abuso de nicotina y los trastornos ansiosos y del estado de ánimo inducidos por nicotina.

En los Estados Unidos, aproximadamente 55% de la población ha fumado alguna vez en la vida; 30% de la población fuma específicamente cigarrillos. La prevalencia en la vida de la dependencia a la nicotina es de 20% y el cigarrillo se ha asociado con la muerte prematura de 350.000 personas cada año.

En el estudio The National Comorbidity Survey, llevado a cabo por el Public Health Service de EE.UU. en 1992 y 1993 sobre una población de 24.000 adultos, se encontró que aproximadamente 26.5% de la población de dieciocho años o más eran fumadores habituales, definidos como aquellos que habían fumado al menos cien cigarrillos durante su vida, inclusive si el consumo se había llevado a cabo en el transcurso de unos pocos días, definición diferente de la empleada en otros estudios similares del Public Health Service, en donde se consideran fumadores habituales a todos aquellos que han consumido cigarrillo de alguna manera en el mes anterior. En éste último estudio, a prevalencia establecida fue de 28.1% para adultos, en el año 1992. El estimado para 1993 fue de 25.8%.

Las campañas de prevención del consumo de nicotina han dado resultados favorables, reflejados por ejemplo en la disminución notable en la prevalencia de fumadores encontrada en EE.UU al comparar la prevalencia de consumo en adultos entre 1964 y 1980 (44% vs. 27% respectivamente). Por el momento existen más hombres que mujeres fumadoras, pero esto tiende a invertirse a medida que pasa el tiempo. Por ejemplo, encuestas recientes realizadas en Estados Unidos muestran que

20% de los adolescentes mujeres fuman, contrastando con tan sólo 15% de adolescentes hombres fumadores.

#### **5.14 .1 ASPECTOS GENERALES DEL CONSUMO**

##### **5.14.1.2 FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA CONDUCTA DEL TABAQUISMO**

- ✧ La adicción física a la nicotina, cuya privación del consumo conduce a experimentar el síndrome de abstinencia.
- ✧ Un condicionamiento psicológico de la conducta que se refuerza mediante la asociación reiterada con aspectos como la reducción del estrés emocional, una autoestima no fortalecida, entre otros.
- ✧ El refuerzo social mediante la interacción con grupos de pares y la imitación de modelos de comportamiento.

Estos tres aspectos, además de la frecuente asociación de la adicción a la nicotina con otros trastornos emocionales o mentales, como estrés emocional, distimia, ansiedad, depresión y otras, deben enfrentarse, en diversos grados, durante el periodo de desintoxicación y el abandono definitivo del hábito.

Esto explica el porqué, aun cuando el 80% de los fumadores desea dejar de fumar, solo el 5% logra hacerlo permanentemente, sin ayuda y el 40% lo ha intentado al menos 4 veces.

#### **Tóxicos presentes en el tabaco**

Las sustancias tóxicas presentes en el tabaco son: la nicotina, el alquitrán, el monóxido de carbono, entre otras. A continuación, se analizarán algunas de ellas.

##### **a. La nicotina**

- ✧ Es una sustancia psicoactiva. que se disuelve muy rápidamente en la sangre, y es la causante de la adicción.
- ✧ En cada inhalación del humo del tabaco se absorben entre 100 y 200 mg. de nicotina (dosis de 1 a 2 mg. producen efectos fisiológicos).

- ✎ Es muy soluble en agua y se distribuye rápidamente en los tejidos y fluidos corporales.

#### **b. El alquitrán**

- ✎ Es una sustancia negra y pegajosa, que se fija en los *trilharen* de las vías respiratorias desde la nariz hasta los pulmones.
- ✎ Tiene efecto nocivo sobre los cilios y hace que el polvo y la suciedad no se puedan eliminar, por lo que hay que toser para limpiar las vías respiratorias.
- ✎ Los bronquios y alvéolos sufren tensión por la tos y se pueden dañar.

#### **c. Monóxido de carbono**

- ✎ Es un gas sin olor ni color.
- ✎ Se liga a los eritrocitos con una velocidad 200 veces mayor que el oxígeno. Eso significa que la sangre lleva menos oxígeno por el cuerpo y que el corazón también recibe menos oxígeno.
- ✎ Facilita la fijación del calcio y la grasa en los vasos sanguíneos; causa daño en las paredes y los hace más rígidos y angostos.

#### **d. Sustancias irritantes**

Estas sustancias paralizan los cilios que tapizan la mucosa respiratoria lo que produce aumento de la mucosidad y la tos, así como bronquitis crónica y enfisema a largo plazo.

#### **e. Sustancias Irritantes**

- ✎ Acroleína.
- ✎ Amoníaco.
- ✎ Aldehídos.
- ✎ Ácido cianhídrico

### **3. Complicaciones derivadas del consumo de tabaco**

Entre las más frecuentes y graves ya citadas en este módulo están:

#### **a. Cáncer**

- ✧ Por la cantidad de componentes cancerígenos, el tabaco se relaciona con una tercera parte de todos los tipos de cáncer y con el 85% de los tumores del pulmón.
- ✧ Causa cáncer de vías respiratorias superiores, páncreas, vejiga, esófago, estomago, riñón, hígado, labio, nariz, nasofaringe y sangre.

#### **b. Enfermedad respiratoria**

- ✧ Enfisema: se caracteriza por la destrucción progresiva de los alvéolos, se manifiesta por dificultad respiratoria (disnea) y sensación de fatiga.
- ✧ Bronquitis aguda y crónica: se caracteriza por tos, expectoración, dificultad respiratoria y propensión a las infecciones
- ✧ El progreso de las enfermedades anteriores da lugar a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

#### **c. Enfermedad cardiovascular**

- ✧ El daño circulatorio que ocasiona el tabaco se debe al efecto de la nicotina y el monóxido de carbono (CO)
- ✧ El efecto vasoconstrictor de la nicotina y su almacenamiento en el interior de los vasos, aumenta la presión arterial, con sobrecarga de las paredes de las arterias, aumenta la frecuencia cardiaca con sobrecarga del corazón, y aumenta la coagulabilidad de la sangre, lo que con el incremento de lípidos favorece la formación de trombos).
- ✧ El CO<sub>2</sub> es 200 veces más afín a la hemoglobina que el Oxígeno, por lo que disminuye de manera importante la oxigenación de los tejidos.
- ✧ Todos estos factores interactúan entre si y facilitan la formación de una capa de ateroma en el interior de las arterias.
- ✧ Esta es la base de la arteriosclerosis que afecta las arterias del corazón, el cerebro, y las extremidades principalmente.
- ✧ Debido a la obstrucción de las arterias pélvicas, sobre todo en el varón, produce disfunción de la sexualidad y, en etapas mas avanzadas conduce a la impotencia.

#### **d. Enfermedades gástricas**

La nicotina provoca hipersecreción gástrica de ácido clorhídrico e incremento en la velocidad del vaciado gástrico, lo que favorece la gastritis aguda y crónica, úlcera gástrica y esofagitis por reflujo.

#### **e. Otras Enfermedades**

- ✧ Incremento del riesgo de cataratas
- ✧ Periodontitis
- ✧ En las mujeres aumenta el riesgo de esterilidad, osteoporosis y menopausia precoz
- ✧ En el embarazo, aumenta el riesgo de placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta, embarazo ectópico, aborto espontáneo, parto prematuro e incremento de bajo peso al nacer.
- ✧ Los recién nacidos de madres fumadoras tienen mayor riesgo de muerte.
- ✧ La exposición al humo de tabaco ambiental, aumenta la frecuencia y la gravedad de las infecciones respiratorias y las crisis de asma.

#### **4. Factores asociados al inicio del consumo**

Se ha dicho que el inicio del consumo de tabaco se da en edades tempranas y que son múltiples los factores asociados con él, entre los que se citan: factores macrosociales y psicosociales.

##### **a. Macrosociales**

- ✧ Publicidad
- ✧ Falta de lugares recreativos y culturales
- ✧ Venta de cigarrillos a menores
- ✧ Tolerancia social
- ✧ Bajo costo
- ✧ Alta disponibilidad
- ✧ Escaso cumplimiento de las regulaciones

## **b. Psicosociales**

- ✧ Influencia de padres fumadores
- ✧ Influencia de amigos fumadores
- ✧ Falta de control familiar
- ✧ Actitud permisiva de los padres
- ✧ Curiosidad
- ✧ Rebeldía
- ✧ Problemas afectivos
- ✧ Búsqueda de sensaciones
- ✧ Imitación de modelos como artistas, deportistas o figuras publicas.
- ✧ Impulsividad
- ✧ Fracaso escolar.

### **5.14.1.3 DEPENDENCIA**

#### **a. Física**

La nicotina es la responsable de la dependencia al tabaco, es una sustancia psicoactiva que ejerce efecto sobre el sistema nervioso central al actuar como reforzador positivo, por su efecto psicoestimulante. Este efecto se debe a un aumento en la liberación de algunos neurotransmisores, dopamina y norepinefrina.

#### **Vías dopaminérgicas y receptores nicotínicos**

- ✧ La nicotina activa las vías dopaminérgicas mesolímbicas a través de los estímulos de los receptores colinérgicos nicotínicos
- ✧ En el cerebro existen más receptores colinérgicos nicotínicos de alta afinidad por la nicotina que los receptores de la placa motora del músculo esquelético.
- ✧ Tanto en el área del nuc. Accubens como en ATV existen gran cantidad de receptores colinérgicos nicotínicos que, al ser estimulados por la nicotina, provocan liberación de dopamina.
- ✧ Se ha detectado un aumento de receptores nicotínicos en personas fumadoras. Este fenómeno de up regulation recepncinal es típico del desarrollo de tolerancia /dependencia y del síndrome de abstinencia característico de las sustancias dependígenas, en este caso la nicotina.



#### **5.14.1.4 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS**

Se citan los siguientes criterios para el diagnóstico de la dependencia, y el síndrome de abstinencia:

##### **1. Dependencia a la nicotina**

- ✧ Compulsión por usar productos del tabaco
- ✧ Deterioro o pérdida del control sobre el uso del producto del tabaco
- ✧ Uso continuo, a pesar de las consecuencias negativas
- ✧ Minimización o negación de problemas asociados con el abuso del tabaco.
- ✧ Tolerancia

##### **2. Síndrome de abstinencia de la nicotina**

Dura alrededor de 10 días y tiene su pico máximo entre el tercero y el cuarto. Los signos y síntomas que se presentan son:

- ✧ Irritabilidad
- ✧ Dificultad de concentración
- ✧ Inquietud
- ✧ Sudoración
- ✧ Temblor
- ✧ Decaimiento
- ✧ Fatiga
- ✧ Malestar gastrointestinal
- ✧ Depresión
- ✧ Ingesta excesiva de alimentos
- ✧ Palpitaciones
- ✧ Ansiedad
- ✧ Sed
- ✧ Impaciencia
- ✧ Mareos
- ✧ Cefalea dolor de cabeza

- ✎ Insomnio
- ✎ Insidia desesperación por consumir tabaco

### **5.14.1.5 ABORDAJE**

#### **1. Pruebas para diagnóstico**

- ✎ Test de Fagerstrom: mide grado de adicción a la nicotina.
- ✎ Test de CAGE: Indica abuso del alcohol.; si es positivo, se inicia tratamiento y luego de seis meses de recuperación, se inicia el tratamiento para tabaco.  
(ANEXO N° 8)

#### **a. Medidas generales**

- ✎ Examen físico completo.
- ✎ Historia clínica completa
- ✎ Indagar respecto del fumado: cuántos años tiene de fumar, cuántos cigarrillos por día, cuántos intentos ha hecho para dejar de fumar, cuánto tiempo se ha mantenido en abstinencia.
- ✎ Evaluación individual en busca de problemas duales, como complicaciones de tipo psiquiátrico o médico que requieran tratamiento, además del tratamiento de cesación propiamente dicho.
- ✎ La intervención farmacológica puede incluir antidepresivos, ansiolíticos y/o terapia específica para ayudar al usuario a la cesación del fumado.

#### **b. Medidas específicas**

- ✎ Los parches de Nicotina específicamente el Niquitim
- ✎ El Wellbutrin (anfetabutamona)
- ✎ La Lobellia (producto macrobiótico)

### **5.15 PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**

El término prevención en psicología se toma prestado de Gerald Caplan (1964) del campo de Salud Pública dice: que “es el uso de procedimientos como la educación, vacunación, higiene, dieta, etc., para prevenir y reducir la incidencia de las enfermedades”, esto también se aplica a los problemas psicopatológicos.

La prevención significa “un proceso activo de implementación de iniciativas tendientes a modificar y mejorar una formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas”.

Se define Programa Preventivo “un conjunto de actuaciones con el objetivo específico de impedir la aparición del problema al que se dirige dicho programa preventivo.” En el caso de la dependencia de sustancias psicoactivas es impedir, o retrasar, la aparición de conductas de consumo, uso y abuso de las distintas drogas.

Un programa preventivo puede ser global para toda la comunidad o específico para un grupo de personas. Se dice que los tipos de prevención en la conceptualización clásica se dividen en:

- 1. PRIMARIA:** va encaminada a evitar la aparición o disfunción del problema, se procura proteger a los grupos de alto riesgo y promueve la buena salud en general, en otras palabras interviene antes de que surja el problema. Tiene como objetivo eliminar o reducir los factores del medio que estén asociados con la aparición del problema.
- 2. SECUNDARIA:** dirige su atención a detener el deterioro de la salud causado por el consumo, el objetivo es detectar las conductas en una fase temprana con el fin de modificarlos.
- 3. Terciaria:** se dirige a reducir las consecuencias o efectos del problema, aquí se enfatiza en la prevención de recaídas por medio de las intervenciones y estrategias terapéuticas que conllevan este problema.

El objetivo de la intervención comportamental preventiva es el de evitar o disminuir la aparición de riesgos que altere el comportamiento de la persona, este lo logra con el auxilio de estrategias como es el de intentar cambiar los factores ambientales que dificultan el desarrollo del individuo, promover habilidades y comportamientos con el fin de que el individuo sea eficaz en su vida personal, social y física.

Una actuación preventiva supone conocer las variables que generan el problema y sus consecuencias, la conducta que debería tomar la población ante el surgimiento del problema, los procedimientos a seguir para cambiar dichas conductas y la metodología que haga valorar el esfuerzo. Ante el problema de consumo de sustancias psicoactivas la actitud preventiva tiene que ser eficaz que incidan en forma directa sobre los factores ambientales y personales que puedan propiciar esta conducta.

La prevención primaria del uso de drogas señala la importancia de limitar la disponibilidad de éstas (limitación de la oferta) mediante la ayuda de medidas legales y por ende reducir la demanda (con ayuda de medidas sociales y educativas). Las medidas legales se refieren a la publicidad, los precios de los productos y la reglamentación de edad y lugar de consumo. Las medidas sociales son las condiciones facilitadoras de consumo, y las medidas educativas cuyo objetivo es el de modificar conducta y actitudes de los individuos; entonces se podría decir que, la drogodependencia se puede evitar mediante programas informativos dirigidos al público para lograr formar un sano desarrollo personal.

El Plan Nacional sobre Drogas de 1997 propone los siguientes principios para la prevención educativa:

- Los programas de prevención deben estar basados en cifras reales de la incidencia del problema de uso en la población sujeta a tratar.
  - Se deben diseñar para realzar los factores de protección, inversión o reducción de riesgos.
  - Incluir estrategias para resistir el ofrecimiento de drogas, reforzar el compromiso personal contra el uso de drogas e incrementar las competencias y proacción social.
- Los programas de prevención dirigidos a los adolescentes, deberían incluir métodos interactivos, tales como grupos de discusión de compañeros, etc. Deberían de ser a largo plazo, durante toda la etapa de la educación, a fin de que con repetidas intervenciones, reforzar las metas de prevención originales.

- Los programas comunitarios deben incluir a los medios de comunicación de masas y cambios en las políticas de las instituciones, a fin de apoyar las medidas preventivas.
- Los programas de prevención deben ser específicos para el diagnóstico al que se ha llegado por medio de la investigación.

## **5.16 FACTORES DE RIESGO CON RELACIÓN AL CONSUMO DE DROGAS CONCEPTUALIZACIÓN DE FACTORES DE RIESGO**

Según la OMS (1992) reconoce que los problemas más importantes de salud en la etapa de la adolescencia son los que surgen de situaciones generadoras de riesgo. Indudablemente que los comportamientos de riesgo tienen consecuencias biomédicas pero también sociales, personales o psicológicas en tal sentido el estudio de las conductas de riesgo en adolescentes ha adquirido relevancia en la actualidad debido al incremento de jóvenes involucrados en dichos comportamientos como son los actos delincuenciales, la experimentación con drogas, la deserción escolar, los embarazos no deseados, las manifestaciones de violencia, las pandillas entre otros.

Los comportamientos de riesgo en adolescentes entonces estarían pues relacionados con aquellas conductas que los exponen a interferir el logro de las tareas normales del desarrollo, la asunción plena de nuevos roles sociales, la adquisición de habilidades sociales, el despliegue de sentimientos de adecuación y competencia social, se conoce que durante la adolescencia, la exploración, los desordenes emocionales y los comportamientos generadores de riesgo pueden comprometer la salud, el proyecto de vida y la supervivencia propia y de otros, sin embargo, estos comportamientos también pueden formar en algún sentido, parte de un proceso normal de adaptación social, a través de los cuales los individuos se ubican en un medio social determinado. (09) por lo general el adolescente se encuentra involucrado en más de un comportamiento de riesgo.

Según una publicación de la OMS/OPS sede de Costa Rica, algunos patrones de comportamiento, como el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, así como conductas transgresoras o delictivas, son causas importantes de defunción e invalidez

entre los adolescentes y son sintomáticas de situaciones críticas de vida, de patrones culturales, estilos de vida y condiciones sociales inapropiadas y de desajustes personales, los cuales son asociados a factores de riesgo para el adolescente.

En tal sentido los factores de riesgo son un conjunto de factores que se relacionan con la probabilidad del consumo de drogas, el cual constituye en un patrón comportamental de vulnerabilidad para el adolescente. Estos factores de riesgo explican las condiciones en las que se puede producir el inicio del consumo, pero no se puede considerar que tales factores sean la causa. Por tanto, es imprescindible hablar en términos de probabilidad y no de determinación, es por ello que no se puede entender cada uno de ellos en forma aislada, sino que debe ser considerada en interacción recíproca y dinámica.

Los factores de riesgo se modifican con el transcurrir del tiempo, al igual que los patrones comportamentales de consumo, estos potencializan asociándose, fraccionándose o lográndose mantener; y son típicamente diferenciales de población a población, de individuo a individuo, de una época histórica otra, e inclusive en el mismo individuo en etapas diferentes de su evolución.

#### **5.16.1 CLASIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO**

Es importante notar que los factores de riesgo representan un desafío para el desarrollo de una persona, ya que tienen un diferente impacto, dependiendo de las circunstancias en que se presentan, los cuales se configuran en dos grandes ejes, el primero es los factores relacionados con el entorno microsocioal, aquellos que están asociados con el entorno más cercano de la persona los cuales tienen que ver con sus características, entre ellos:

##### **Factores de Riesgo asociados a la Persona**

Se puede observar cómo los efectos de una sustancia no tendrían que ver únicamente con sus características farmacológicas, sino también con las características del sujeto que la consume, el contexto en el que se produce esta

relación entre el sujeto y el momento en el que acontece la interacción "Droga - Individuo".

Por tanto uno de los factores de riesgo relevante en el desarrollo personal de los niños y adolescentes, predisponente al consumo de drogas, es de carácter Individual - personal, el cual comprende aspectos de tipo físico relacionados al sexo, y edad; de tipo genético en donde influye la sensibilidad, tolerancia y dependencia; y de tipo evolutivo y personalidad, como experimentación temprana y consumo con drogas, la falta de identidad personal, inseguridad, impulsividad, rebeldía, insatisfacción personal, baja autoestima, sistema de valores poco claros, escasos o nulas habilidades sociales, la dificultad para hacer frente a los conflictos, este último puede facilitar el uso de drogas como amortiguar los mismos, en lugar de buscar respuestas y soluciones constructivas frente a los conflictos presentados, dificultades para tomar decisiones frente a la presión de grupo, este elemento representa una elevada probabilidad en el inicio de consumo de drogas en adolescentes.

### **Factores de Riesgo asociados a la Familia**

Se sabe como los diferentes comportamientos y actitudes están directamente relacionados con el uso de drogas, reflejándose ello en alguno de sus miembros especialmente el adolescente, se habla de la existencia de 2 tipos de factores familiares, que de una u otra manera pueden potenciar y en algunos casos, desencadenar el consumo de sustancias en los adolescentes; los factores específicos son los que tienen una influencia directa en el consumo de sustancias, en tal sentido los hijos tienen exposición a las drogas en una fase prenatal del desarrollo, consumo por parte de los padres - aceptación de los padres del uso de drogas. Los factores no específicos son la desestructura familiar, la exposición a conflictos familiares (padres separados), exposición a altos niveles de estatus y psicopatologías familiares, negligencia, abuso físico emocional, exclusión social; los conflictos familiares se consideran con los de mayor riesgo en la salud del adolescente, relacionándolos con el consumo de drogas.

Así la familia se constituye en otro factor de riesgo a través de la práctica de estilos y/o pautas educativas como los déficit o los excesos de disciplina, la excesiva implicación o el demasiado autoritarismo de uno de los padres puede estar directamente conectados con el uso de sustancias por parte de los hijos, ello acompañada del desentendimiento o permisividad del otro; las actitudes permisivas aumentan el riesgo del consumo de sustancias por los hijos, las relaciones afectivas, las relaciones o interacciones como la baja o inadecuada comunicación familiar, la inconsistencia en las normas, límites poco claros y expectativas poco realistas sobre sus hijos, la estructura familiar como en algunos casos la ausencia de lazos familiares no solo física sino afectiva y moral, en donde el adolescente no tiene una identificación con sus padres y carece de modelos de identidad, buscando un modelo sustituto, el cual puede ser nocivo para su desarrollo.

Los modelos de adultos consumidores de drogas cercanos al adolescente, cuanto mayor sea el número de miembros de la familia que usa drogas o que implique a los niños en ese uso, incluso aunque esa implicancia se reduzca a pedir por ejemplo que el niño vaya a comprar una cerveza o paquete de cigarrillo, mayor será el riesgo que los niños comiencen a usar drogas, la influencia directa de la familia en cuanto al nivel socio económico bajo, deficiente transmisión de valores en la familia, la ausencia de valoración en la salud, y los conflictos familiares, son aquellos que predicen mejor los problemas de conducta que la propia estructura de la familia.

### **Factores de Riesgo asociados al Colegio**

Los estilos educativos del centro escolar se constituyen en otro factor de riesgo, entre ellas, el grado de integración del alumno, el fracaso escolar, bajo o dificultades serias en el rendimiento académico, la calidad de la interacción que se establece entre el docente – alumno, el sistema de orientación, el ambiente del aula, la formalidad o verticalidad en la interacción los cuales se limitan a las calificaciones y puntuaciones, donde el comportamiento social es más aversivo que un refuerzo social positivo, la ausencia de estímulos al desarrollo colectivo y de oportunidades



para que cada alumno pueda desarrollar su habilidad en la toma de decisiones racionales de modo autónomo y responsable entre otros.

### **Factores de Riesgo asociados al grupo de pares**

El grupo de pares posibilita un factor de riesgo dependiendo de la elección de amigos, y el grupo al que se pertenece, el grado de dependencia que se tenga hacia el mismo, la presión de grupo y la influencia de estos pueden incitar y/o reforzar el consumo, en función de los hábitos y actitudes de este grupo, los cuales están estrechamente relacionados con la ausencia de autonomía de las personas en la toma de decisión, en la valoración de los pro y los contra de sus actos y en la limitación para asumir las consecuencias de sus conductas, la búsqueda de situaciones excitantes, sucesos estresantes, depresión ansiedad, conductas antisociales etc.

El rápido desarrollo de las sociedades junto a la multiplicidad de influencias interculturales que se producen ha propiciado una situación de confusión de valores, a la que los adolescentes son especialmente sensibles, pudiendo sentirse en ocasiones exiguos de ese marco de referencia que les permita tomar decisiones adecuadas sobre su propia conducta, sabiéndose además que la adolescencia es una época en la que el individuo se hace cada vez más consciente de sí mismo y que forjando su individualidad crea un sistema de valores aprendiendo el rol personal y social que requiere para la vida adulta, este proceso de construcción que señala el tránsito de la infancia al mundo adulto suele ir acompañado de una situación de desequilibrio e inestabilidad, que perturba al adolescente por ser una etapa del desarrollo, pero que también afecta a la familia, momento donde se habla de una crisis de adolescencia la cual varía mucho de acuerdo con el temperamento del adolescente y de sus padres, la calidad de la familia y las características del medio.

### **5.17 TERMINOLOGIA.**

#### **Sustancia psicoactiva o droga**

Cualquier sustancia de diverso origen que luego de su ingesta, produce modificaciones en el estado de conciencia, ánimo, percepciones, rendimiento físico

y/o mental. Su uso continuo provoca diversos grados de dependencia y con el tiempo deterioro de funciones psíquicas.

### **Sustancia psicoactiva o droga lícita**

En esta categoría, para efectos de este estudio, se incluyen el alcohol y el tabaco (cigarrillos) o Sustancia psicoactiva o droga ilícita

Se incluyen las siguientes sustancias psicoactivas: inhalables, marihuana, pasta base de cocaína, clorhidrato de cocaína y alucinógenos.

- **"Cualquier droga"**

En esta categoría se incluye el uso de inhalables y/o marihuana y/o pasta base de cocaína y/o clorhidrato de cocaína y/o alucinógenos (al menos una de las cinco sustancias o cualquier combinación de ellas).

- **"Cualquier droga" en población consumidora de cigarrillos y bebidas alcohólicas**

De la población total investigada, se construyó una sub- base con datos que incluyen exclusivamente a consumidores de cigarrillos y bebidas alcohólicas, y en esa sub-base se realizó el cálculo de aquellos que además consumen "cualquier droga".

- **Consumo**

Se refiere al uso (fumar, inhalar, aspirar, inyectar, deglutir, mascar, etc.) que las personas hacen de las sustancias psicoactivas, sean estas lícitas o ilícitas, con o sin prescripción médica.

- **Prevalencia de vida**

Número de personas que consumieron una sustancia X alguna vez en la vida, dividido por el total de entrevistados y multiplicado por cien, para ser expresada como porcentaje.

- **Prevalencia de año**

Número de personas que consumieron una sustancia X en el último año

referido al levantamiento de información, dividido por el total de entrevistados y multiplicado por cien, para ser expresada como porcentaje.

- **Prevalencia de mes**

Número de personas que consumieron una sustancia X en el último mes referido al levantamiento de información, dividido por el total de entrevistados y multiplicado por cien, para ser expresada como porcentaje.

- **Incidencia de consumo o consumidores nuevos**

Se define como el número de individuos que iniciaron el consumo de la sustancia X en un período de tiempo (año, mes), dividido por el total de personas entrevistadas y que antes del período de análisis (año, mes) no habían consumido la sustancia en cuestión, multiplicada por cien para ser expresada como porcentaje.

En el presente estudio, para identificar la incidencia del consumo se toma el periodo de tiempo del último año.

- **Edad de inicio en el consumo**

Se refiere a la edad que el estudiante declaró haber empezado el consumo de cada una de las sustancias psicoactivas, sin importar el tiempo total de consumo ni la cantidad.

## **5.18 SITUACION ACTUAL DE LA ADOLESCENCIA EN LA PROVINCIA DE MANABÍ.**

La situación de la provincia con relación al resto del país es mixta en cuanto a garantizar los derechos a sus adolescentes. La proporción de adolescentes que no asiste a la secundaria es mayor que en todo el país. Pero, en lo positivo, los adolescentes tienen menos riesgo de morir por la violencia y otras causas evitables.

Al finalizar el año lectivo 2001-2002, 39% de los niños y niñas que terminaron la primaria no se matricularon en la secundaria el año siguiente.

En el año lectivo 2001-2002, 38% de los jóvenes de 12 a 17 años de la provincia de Manabí no se matriculó en los cursos correspondientes al nivel secundario.

La población de estudiantes en los colegios del presente fue:

- 🇪🇨 Olga Vallejo: 510 estudiantes en total.
- 🇪🇨 Velasco Ibarra: 680 estudiantes en total
- 🇪🇨 Olmedo: 200 estudiantes en el área nocturno
- 🇪🇨 Portoviejo: 3000 estudiantes de las cuales 400 estudiantes pertenecen al área nocturna.

## **CAPITULO VI**

### **VARIABLES**

#### **6.1 VARIABLE DEPENDIENTE.**

Consumo de sustancias psicoactivas lícitas.

#### **6.2 VARIABLES INDEPENDIENTES.**

Características, patrón de consumo y factores de riesgos familiares y sociales.

#### **6.3 CONCEPTOS VARIABLES.**

**CONSUMO DE SUSTANCIA PSICOACTIVA LÍCITA:** Se refiere al uso (fumar, inhalar, aspirar, ingerir, etc.) que los estudiantes hacen de las sustancias psicoactivas lícitas.

**CARACTERÍSTICA:** Son aspecto demográficos sociales que pueden generar una mayor probabilidad o incremento del riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas lícitas

**PATRON DE CONSUMO:** Es la forma y característica de usar cualquier sustancia de diverso origen que luego de su ingesta produce modificaciones en su estado de conciencia, animo, percepciones rendimiento, físico y/o mental. Su uso continuo provoca diversos grados de dependencia y con el tiempo deterioro de sus funciones psíquicas.

**FACTOR DE RIESGO:** Es toda característica o circunstancia identificable en una persona o grupos de personas que se asocia a una probabilidad mayor de sufrir un daño.

## 6.4 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSION	INDICADOR	INDICE	ESCALA
CONSUMO DE SUSTANCIA PSICOACTIVAS LÍCITAS	Se refiere al uso (fumar, inhalar, aspirar, ingerir, etc.) que los estudiantes hacen de las sustancias psicoactivas lícitas.	Características	Prevalencia de vida, año, mes de consumo por tipo de sustancia psicoactiva, género, grupo de edad, grado que curso y colegio.	Consumo de alguna sustancia alguna vez en la vida.	SI – NO Alcohol – tabaco.
				Consumo de alguna sustancia en el último año	SI – NO Alcohol – tabaco.
				Consumo de alguna sustancia en el último mes.	SI – NO Alcohol – tabaco.
					GENERO: M – F
				EDAD : 12 – 16 17 – 21	
		Patrón de consumo	Tasa de prevalencia por edad de inicio de consumo	Promedio de edad de inicio.	GRADO QUE CURSA. 2° Y 3° CURSO DE BACHILLERATO
			Tasa de prevalencia según frecuencia de consumo según tipo de sustancia psicoactiva lícita.	Promedio de frecuencia de consumo.	AÑO MES VIDA
		Factores de riesgo social			AÑO MES VIDA

<b>VARIABLE</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>DIMENSION</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>INDICE</b>	<b>ESCALA</b>
<b>CARACTERISTICAS</b>	Son aspecto demográficos sociales que pueden generar una mayor probabilidad o incremento del riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas lícitas	<p>Género</p> <p>Grupo de edad</p> <p>Grado que cursa</p> <p>Colegio</p>	<p>Tasa de prevalencia de consumo por género.</p> <p>Tasa de prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas según grupo de edad</p> <p>Tasa de prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas según grado que cursa.</p> <p>Tasa de prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas según colegio</p>		<p>Masculino</p> <p>Femenino</p> <p>10-13</p> <p>14-16</p> <p>17-19</p> <p>20-29</p> <p>30-39</p> <p>41-59</p> <p>Octavo año</p> <p>Noveno</p> <p>Año</p> <p>Nombre de los colegios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Olga Vallejo</li> <li>- Portoviejo</li> <li>- Olmedo</li> <li>-Velasco Ibarra</li> </ul>

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSION	INDICADOR	INDICE	ESCALA
<b>PATRON DE CONSUMO</b>	Es la forma y característica de usar cualquier sustancia de diverso origen que luego de su ingesta produce modificaciones en su estado de conciencia, animo, percepciones, rendimiento, físico y/o mental. Su uso continuo provoca diversos grados de dependencia y con el tiempo deterioro de sus funciones psíquicas.	Tipo de sustancia y frecuencia de consumo.	<p style="text-align: center;"><b>ALCOHOL</b></p> <p>Prevalencia del consumo por el tipo de sustancia.</p> <p style="text-align: center;">Prevalencia de consumo:  <math display="block">\frac{\text{N}^\circ \text{ de estudiantes que consumen alcohol.}}{\text{Total de estudiantes encuestados.}} \times 100</math></p> <p style="text-align: center;">Prevalencia de años :  <math display="block">\frac{\text{N}^\circ \text{ de estudiantes que consumen alcohol en el último año}}{\text{Total de estudiantes encuestados.}} \times 100</math></p> <p style="text-align: center;">Prevalencia de vida.  <math display="block">\frac{\text{N}^\circ \text{ de estudiantes que consumen alcohol alguna vez en la vida}}{\text{Total de estudiantes encuestados.}} \times 100</math></p> <p style="text-align: center;">Prevalencia de mes:  <math display="block">\frac{\text{N}^\circ \text{ de estudiantes que consumen alcohol en el último mes}}{\text{Total de estudiantes encuestados.}} \times 100</math></p> <p style="text-align: center;">Prevalencia de vida, mes, año            Por edad            Por género            Por colegio            Por factores de riesgo familiar y social</p>	<p>Consumo de alcohol</p> <p>Bebedores (de mas de 1 a 10 vasos de cerveza, vino, aguardiente, caña, puro, por semana)</p> <p>No bebedores: (-10 vasos por semana)</p>	



VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSION	INDICADOR	INDICE	ESCALA
<b>PATRON DE CONSUMO</b>			<p align="center"><b>TABACO</b></p> <p>Prevalencia del consumo por el tipo de sustancia.</p> <p align="center">Prevalencia de consumo:  <math display="block">\frac{\text{N}^\circ \text{ de estudiantes que consumen tabaco}}{\text{Total de estudiantes encuestados.}} \times 100</math></p> <p align="center">Prevalencia de años :  <math display="block">\frac{\text{N}^\circ \text{ de estudiantes que consumen tabaco en el último año}}{\text{Total de estudiantes encuestados.}} \times 100</math></p> <p align="center">Prevalencia de vida.  <math display="block">\frac{\text{N}^\circ \text{ de estudiantes que consumen tabaco alguna vez en la vida}}{\text{Total de estudiantes encuestados.}} \times 100</math></p> <p align="center">Prevalencia de mes:  <math display="block">\frac{\text{N}^\circ \text{ de estudiantes que consumen tabaco en el último mes}}{\text{Total de estudiantes encuestados.}} \times 100</math></p> <p align="center">Prevalencia de vida, mes, año            Por edad            Por género            Por colegio            Por factores de riesgo familiar y social</p>	<p>Consumo de tabaco:</p> <p>Fumadores (+/- 10 cigarrillos por día)</p> <p>No fumadores (-10 cigarrillos por días)</p>	<p>Cual es tu hábito de fumar:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. nunca.</li> <li>2. 1 a 2 veces.</li> <li>3. Regularmente en el pasado</li> <li>4. Ocasionalmente.</li> <li>5. Regularmente en la actualidad.</li> </ol> <p>Si fumas actualmente, cuantos cigarrillos al día aproximadamente? -----</p> <p>Cuanto tiempo pasa desde que te levantas hasta que fumas el primer cigarrillo.:-----</p>

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSION	INDICADOR	INDICE	ESCALA
<b>PATRON DE CONSUMO</b>		Edad de inicio	<p>Tasa de prevalencia según la edad de inicio por tipo de sustancia, edad género, colegio y grado que cursa.</p> <p>Edad media de inicio en el consumo por tipo de sustancia edad género colegio y grado que cursa.</p>		<p>ALCOHOL.</p> <p>1. alguna vez durante su vida se ha emborrachado. SI NO</p> <p>2. recuerda a que edad lo hizo: A los: __años</p> <p>TABACO.</p> <p>1. Recuerdas si alguna vez has fumado: SI NO</p> <p>2. A que edad lo hiciste: A los: __años</p>

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSION	INDICADOR	INDICE	ESCALA
FACTORES SOCIALES O ENTORNO SOCIAL	Son determinantes o situaciones que tienen influencia directa o indirecta con el consumo de sustancias psicoactivas	Estado civil	% de estudiantes según estado civil	Soltero Casado Unión libre Divorciado	Si - No Si - No Si - No Si - No
		Convivencia	% de estudiantes según convivencia	Con quién vive en la actualidad	Padres _____ Tíos _____ Hermanos _____ Otro familiar _____ Esposa (o) _____ Conviviente _____
		Dependencia	% de estudiantes que dependen económicamente de su familia.	Actualmente trabaja?	Si - No
			% de estudiantes que trabajan	Es un ingreso económico su trabajo? Lo familia lo apoya económicamente De su trabajo dependen otras personas	Si - No Si - No Si - No

<b>VARIABLE</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>DIMENSION</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>INDICE</b>	<b>ESCALA</b>
CONSUMO DE CIGARRILLO O ALCOHOL POR PARTE DE LOS PADRES.		Nivel educativo de los padres	% de estudiantes según el nivel educativo de los padres	Nivel educativo del padre y madre: Primaria  Secundaria  Superior	Completa: ____ Incompleta: ____ Completa: ____ Incompleta: ____ Completa: ____ Incompleta: ____
		Tipo de ocupación de los padres			
		Amigos	% de estudiantes según tipo de ocupación de los padres	Actualmente en que trabaja : Padre Madre	
			% de estudiantes con amigos que consumen droga o alcohol.	Entre el grupo de amigos que frecuenta Existen:	Consumidores de droga:- ____ Consumidores de alcohol: ____ No consumen: ____

## CAPITULO VII

### DISEÑO METODOLÓGICO.

#### 7.1 TIPO DE ESTUDIO.

No experimental, descriptivo transversal.

#### 7.2 UNIVERSO:

Estudiantes matriculados en los colegios Nocturnos fiscales del área urbana de la ciudad de Portoviejo.

#### 7.3 POBLACION DE ESTUDIO.

565 alumnos que se encontraban matriculados en el periodo académico del 2005-2006 en los colegios nocturnos incluidos en el presente estudio (Colegio Nacional Portoviejo, Colegio Nacional Velasco Ibarra, Colegio Olga Vallejo de Briones, Colegio Nacional Olmedo).

#### 7.4 UNIDAD DE OBSERVACIÓN.

Cada uno de los estudiantes de los colegios nocturnos que respondan al cuestionario

#### 7.5 MUESTREO.

Se obtuvo una muestra de 127 alumnos por el método probalístico aleatorio simple por conglomerado

$$N: Z^2 \times \frac{P(1-P)}{e^2}$$

$$N: (1.96)^2 \times \frac{0.5(1-0.5)}{(0.02)^2} = 127$$

N: Muestra.

Z: nivel de confianza

P: prevalencia

e: Precisión:

$$e: Z \times \sqrt{\frac{P(1-P)}{n^2}}$$

## **7.6 TIEMPO.**

Seis meses.

## **7.7 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.**

1. Estudiantes de los colegios nocturnos fiscales del área urbana de Portoviejo que se encuentran matriculados en cualquier paralelo del 2° y 3° año de bachillerato.

## **7.8 CRITERIOS DE EXCLUSION.**

1. Estudiantes que no desean participar a responder el cuestionario.

## **7.9 TECNICA E INSTRUMENTO PARA RECOLECCION DE LA INFORMACION.**

Cuestionario anónimo auto administrable. (ANEXO N° 12-13)

## **7.10 MÉTODO.**

Entrevistas en horas laborables en presencia de profesores claves con el fin de acceder al mayor número de estudiantes.

### **7.11 PRUEBA PILOTO.**

Se realizó una prueba piloto en los Estudiantes de Colegios nocturnos particulares.

### **7.12 ANALISIS Y PRESENTACIÓN DE DATOS.**

Se analizó la información y se presentó mediante Tablas y gráficos estadísticos utilizando el programa Excel 2003, con medidas estadísticas descriptivas de frecuencia, porcentaje y tasas.

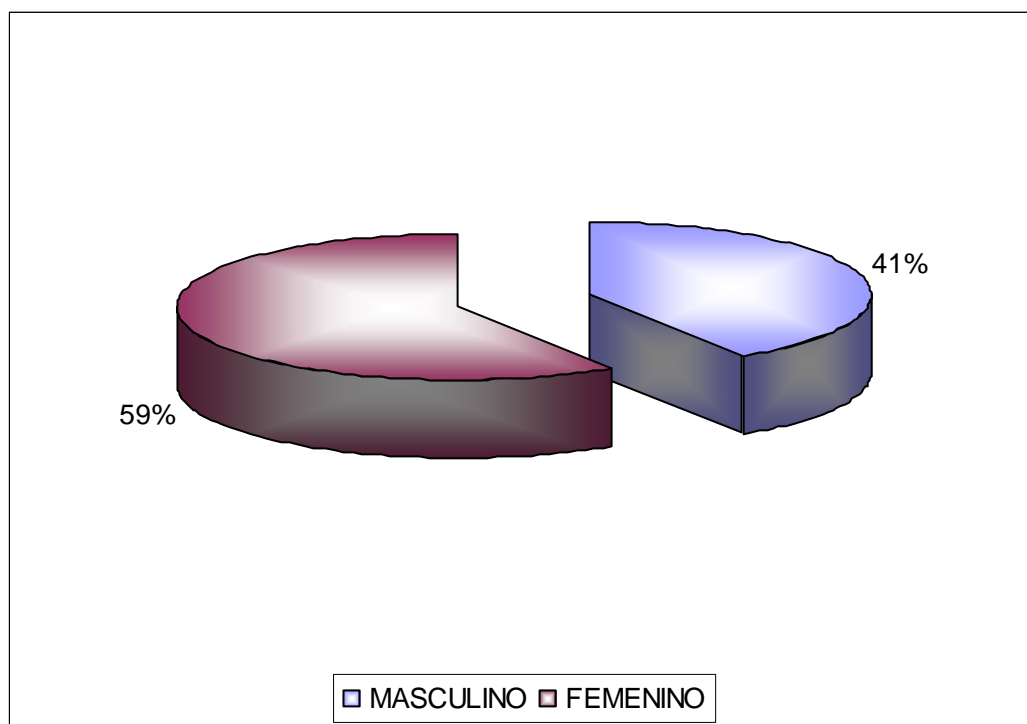
## CAPITULO VIII

### RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

**TABLA N° 1**  
**POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN GÉNERO**  
**COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES**  
**AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.**

GENERO	N°	%
MASCULINO	51	41
FEMENINO	75	59
<b>TOTAL</b>	<b>127</b>	<b>100</b>

**GRAFICO N° 1**



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado:** Sandra Mariscal – Edison Mera.

### **ANÁLISIS**

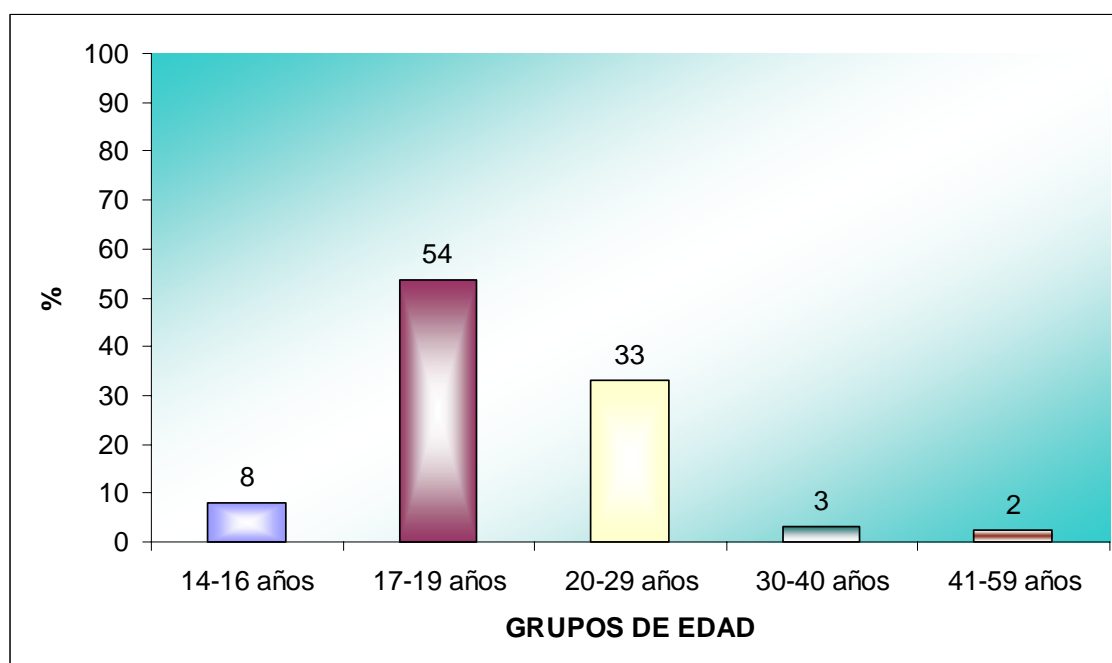
Según la tabla y gráfico N° 1 el 59 % de los encuestados fueron del sexo femenino y el 41% fue del sexo masculino.



**TABLA N° 2**  
**POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN GRUPOS DE EDAD**  
**ESTUDIANTES DE COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES**  
**AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.**

<b>GRUPOS DE EDAD</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
14-16 años	10	8
17-19 años	68	54
20-29 años	42	33
30-40 años	4	3
41-59 años	3	2
<b>TOTAL</b>	<b>127</b>	<b>100</b>

**GRAFICO N° 2**



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado:** Sandra Mariscal – Edison Mera.

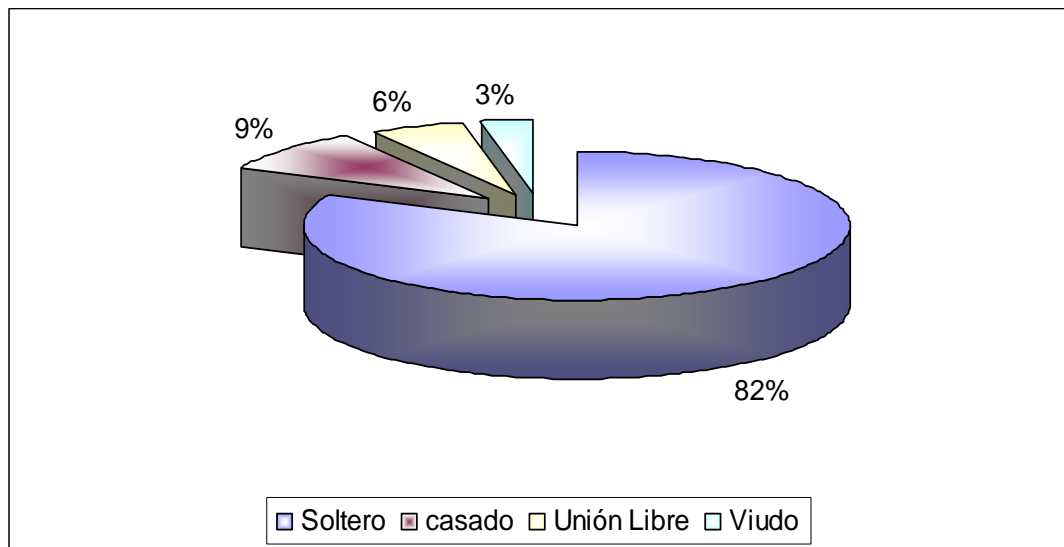
**ANÁLISIS**

En base a los grupos de edad el 87% estuvo comprendido entre las edades de 17-19 años.

**TABLA N° 3**  
**POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN ESTADO CIVIL**  
**COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES**  
**AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.**

ESTADO CIVIL	N°	%
Soltero	104	82
Casado	12	9
Unión Libre	7	6
Viudo	4	3
<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>100</b>

**GRAFICO N° 3**



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado:** Sandra Mariscal – Edison Mera.

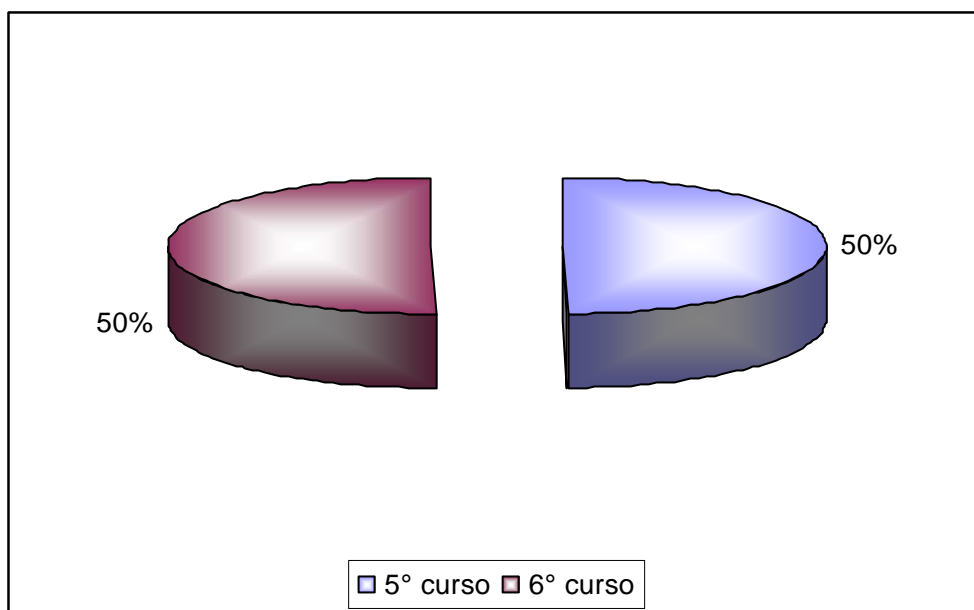
**ANÁLISIS**

Según el estado civil el 82% de la población encuestado son solteros, seguidos de un 9% casados.

**TABLA N° 4**  
**POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN EL NIVEL QUE CURSAN**  
**ESTUDIANTES DE COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES**  
**AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.**

NIVEL QUE CURSAN	TOTAL	%
5° curso	63	50
6° curso	64	50
<b>TOTAL</b>	<b>127</b>	<b>100</b>

**GRAFICO N° 4**



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado:** Sandra Mariscal – Edison Mera.

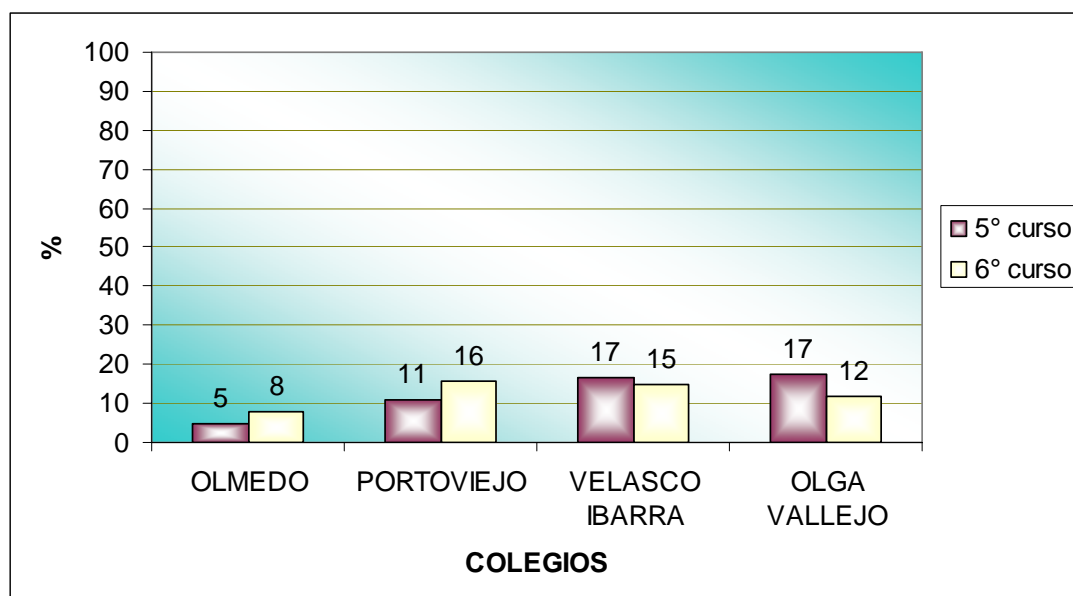
**ANÁLISIS**

Según el nivel que cursan los estudiantes el 50% estaba en el 5° curso y el restante 50% en 6° curso.

**TABLA N° 5**  
**POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN NIVEL QUE CURSAN Y POR**  
**COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES**  
**AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.**

NIVEL QUE CURSAN	OLMEDO		PORTOVIEJO		VELASCO IBARRA		OLGA VALLEJO		TOTAL	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
5° curso	6	5	14	11	21	17	22	17	63	50
6° curso	10	8	20	16	19	15	15	12	64	50
TOTAL	16	13	34	27	40	31	37	29	127	100

**GRAFICO N° 5**



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado:** Sandra Mariscal – Edison Mera.

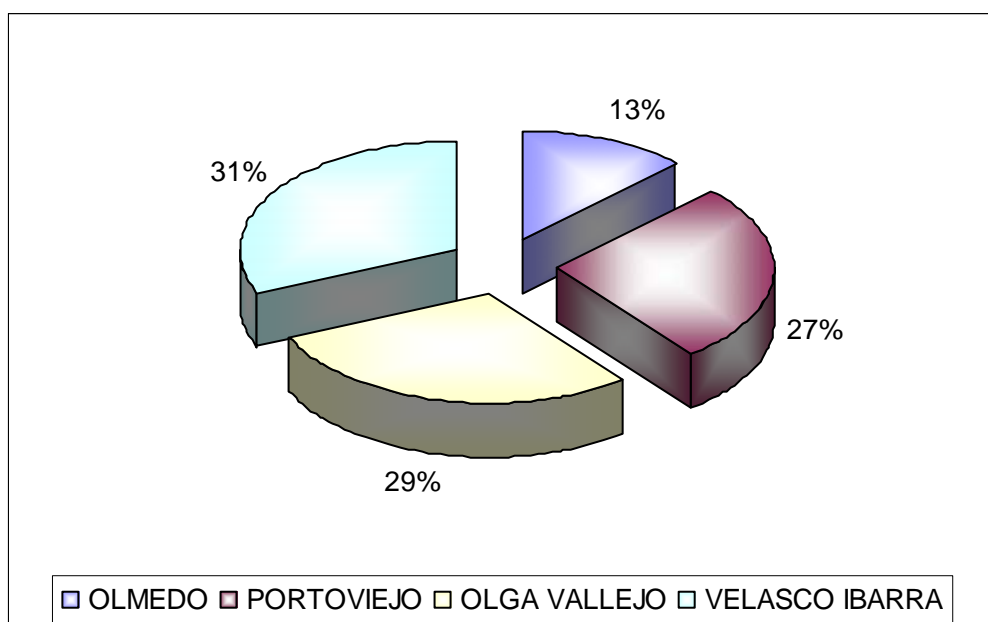
### ANÁLISIS

Según el colegio y nivel de estudio el 17% de los estudiantes encuestados fueron del Colegio Velasco Ibarra y cursaban el 5 ° curso, al igual que en el Colegio Olga Vallejo con un 17% en el mismo año, siendo estos los porcentaje más representativos.

**TABLA N° 6**  
**POBLACION DE ESTUDIO EN COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES**  
**AREA URBANA DE PORTOVIEJO, 2005.**

COLEGIO	N°	%
OLMEDO	16	13
PORTOVIEJO	34	27
OLGA VALLEJO	37	29
VELASCO IBARRA	40	31
TOTAL	127	100

**GRAFICO N° 6**



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado:** Sandra Mariscal – Edison Mera.

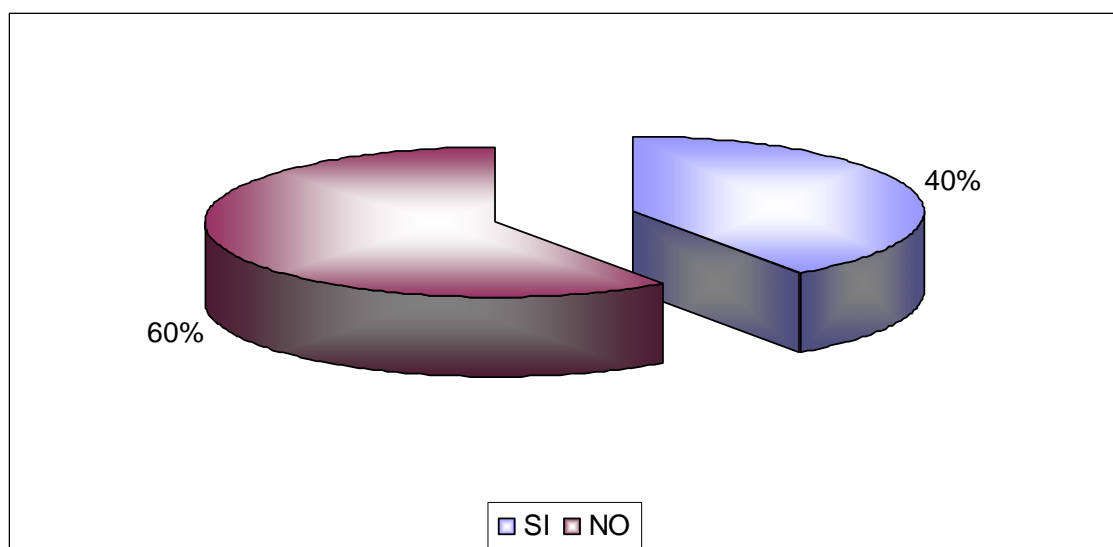
**ANÁLISIS.**

Según el colegio el 31% pertenecían al Velasco Ibarra, el 29% del Colegio Olga Vallejo, 27% al Colegio Portoviejo y el 13% al Colegio Olmedo.

**TABLA N° 7**  
**PREVALENCIA DE CONSUMO DE TABACO EN ESTUDIANTES DE**  
**COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES**  
**AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.**

CONSUMO DE TABACO	N°	%
SI	52	40
NO	76	60
TOTAL	127	100

**GRAFICO N° 7**



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado:** Sandra Mariscal – Edison Mera.

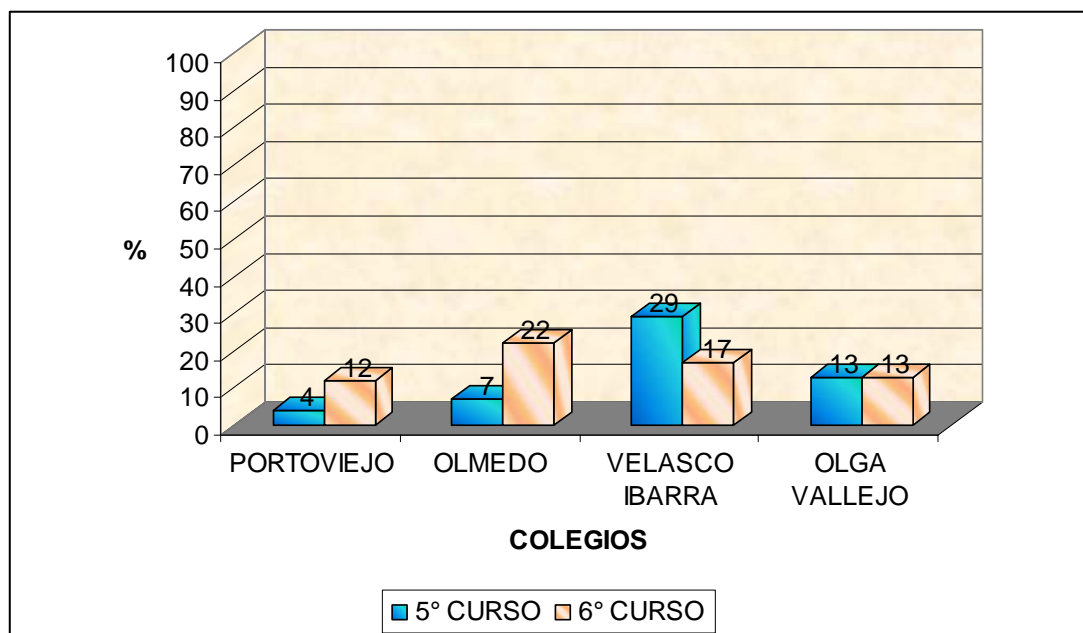
**ANÁLISIS**

La prevalencia de consumo de tabaco fue del 40% en los estudiantes encuestados.

**TABLA N° 8**  
**PREVALENCIA DE CONSUMO DE TABACO SEGÚN NIVEL QUE**  
**CURSAN Y COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES**  
**AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.**

NIVEL QUE CURSAN	PORTOVIEJO		OLMEDO		VELASCO IBARRA		OLGA VALLEJO	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
5° CURSO	2	4	1	7	15	29	7	13
6° CURSO	6	12	5	22	9	17	7	13
	8	15	6	30	24	46	14	27

**GRAFICO N° 8**



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado:** Sandra Mariscal – Edison Mera.

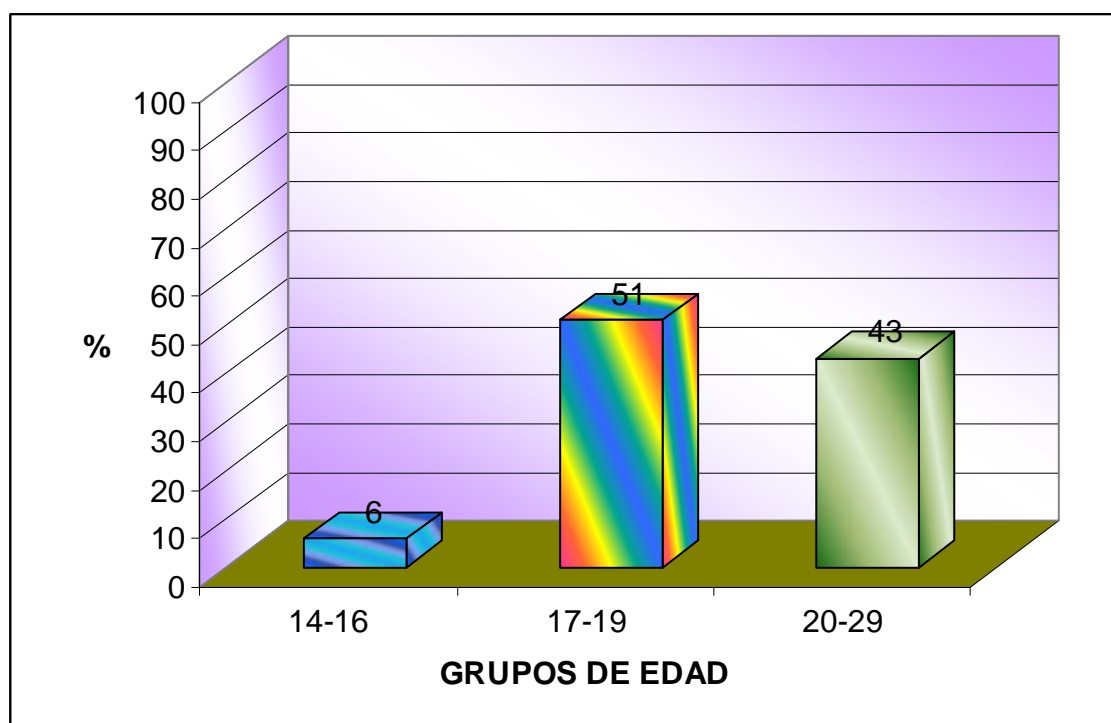
### **ANÁLISIS**

La prevalencia según el colegio y nivel que cursan fue mayor en el Colegio Velasco Ibarra con un 29% en 5° curso y un 17% en 6° curso, seguido del Colegio Olmedo con un 22% en 6° curso.

**TABLA N° 9**  
**PREVALENCIA DE CONSUMO DE TABACO SEGÚN GRUPOS DE EDAD**  
**ESTUDIANTES DE COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES**  
**AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.**

GRUPOS DE EDAD	TOTAL	%
14-16	3	6
17-19	26	51
20-29	22	43
<b>TOTAL</b>	<b>51</b>	<b>100</b>

**GRAFICO N° 9**



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado:** Sandra Mariscal – Edison Mera.

**ANÁLISIS**

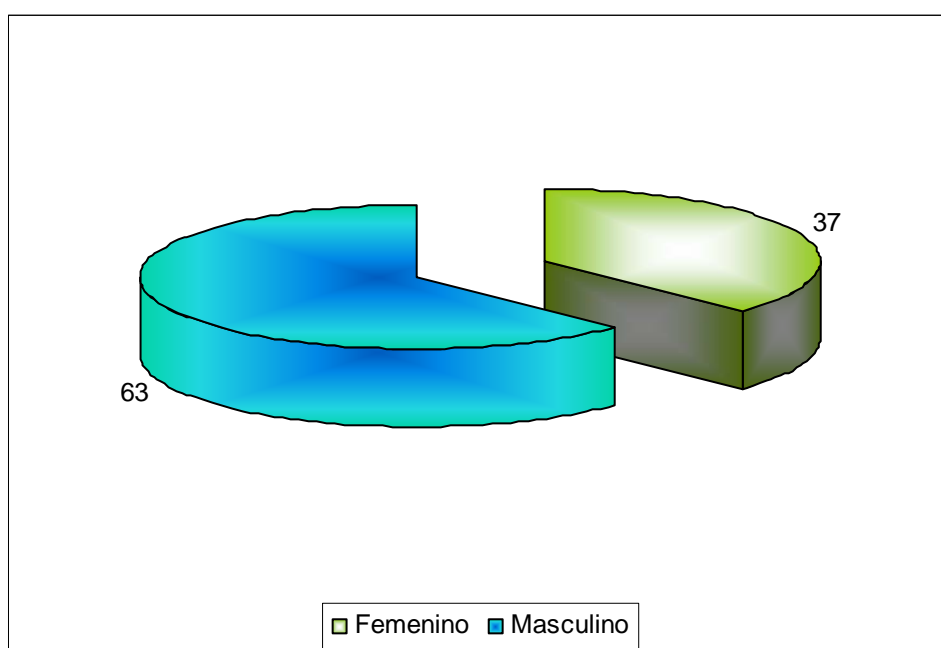
La prevalencia de consumo de acuerdo a los grupos de edades el 51% de los estudiantes estuvo comprendido entre los 17-19 años.



**TABLA N° 10**  
**PREVALENCIA DE CONSUMO DE TABACO SEGÚN GÉNERO EN**  
**ESTUDIANTES DE COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES**  
**AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.**

GENERO	N°	%
Femenino	19	37
Masculino	32	63
TOTAL	51	100

**GRAFICO N° 10**



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado:** Sandra Mariscal – Edison Mera.

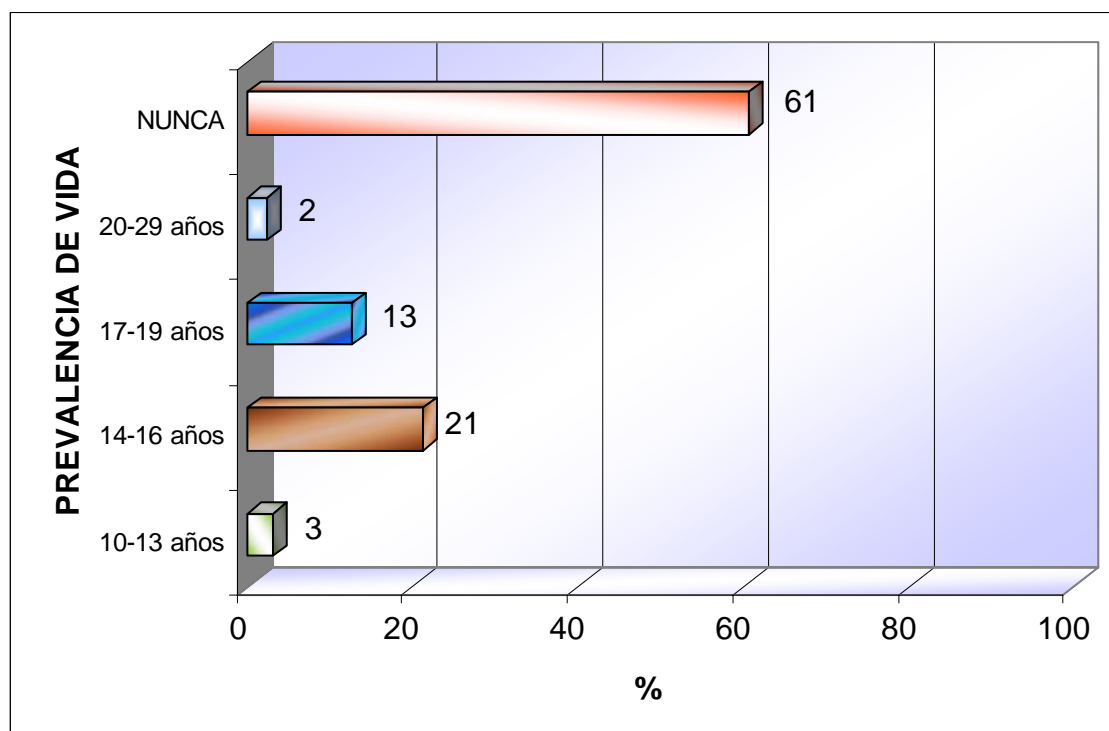
#### **ANÁLISIS**

La prevalencia de consumo de tabaco de acuerdo al género fue del 63% para el sexo masculino y del 37% para el sexo femenino.

**TABLA N° 11**  
**PREVALENCIA DE VIDA POR GRUPOS DE EDAD POR CONSUMO DE**  
**TABACO EN LOS ESTUDIANTES DE COLEGIOS NOCTURNOS**  
**FISCALES**  
**AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.**

GRUPOS DE EDAD	N°	%
10-13 años	4	3
14-16 años	27	21
17-19 años	16	13
20-29 años	3	2
Nunca	77	61
TOTAL	127	100

**GRAFICO N° 11**



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado:** Sandra Mariscal – Edison Mera.

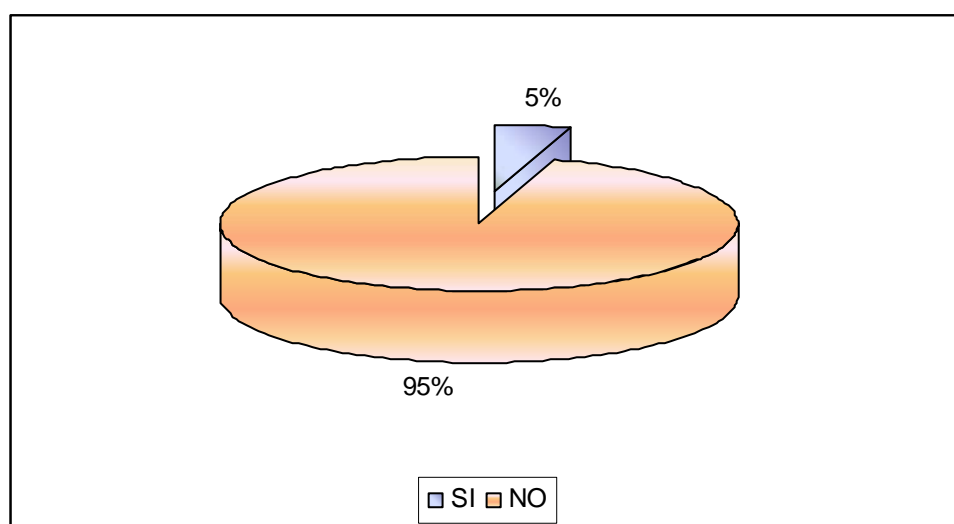
### ANÁLISIS

La prevalencia de vida fue del 21% para el grupo de 14-16 años y del 13% para el grupo entre 17-19 años, siendo estos los porcentajes más representativos.

**TABLA N° 12**  
**PREVALENCIA DE AÑO POR CONSUMO EN LOS ESTUDIANTES DE**  
**COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES**  
**AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.**

<b>CONSUMO DE CIGARRILLO DIARIO POR TRES MESES O MAS</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
SI	6	5
NO	121	95
TOTAL	127	100

**GRAFICO N° 12**



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado:** Sandra Mariscal – Edison Mera.

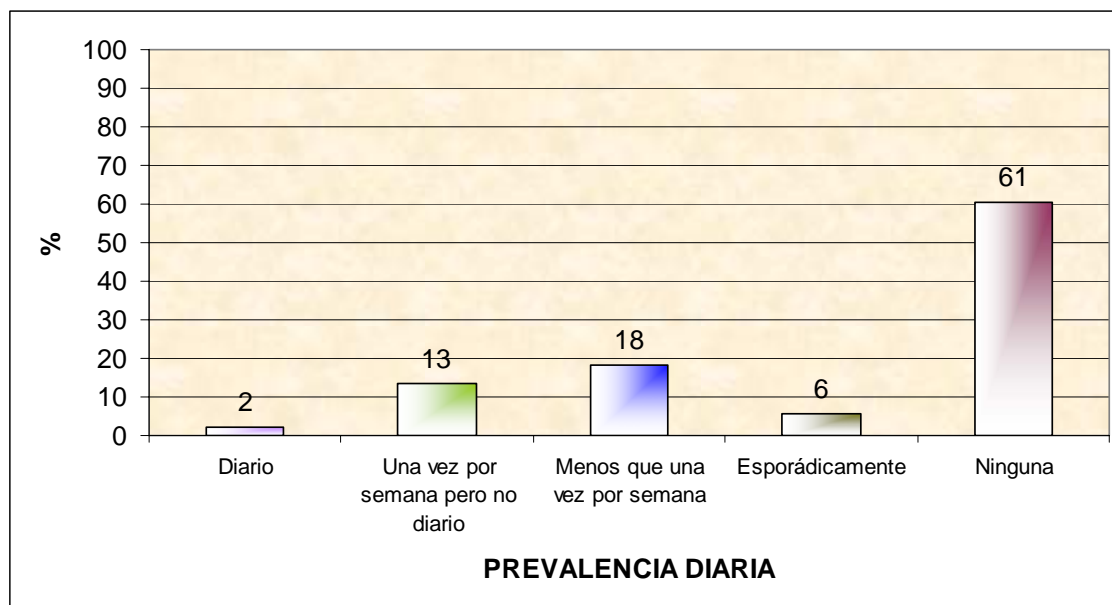
**ANÁLISIS**

La prevalencia por año en un periodo de tres meses o más fue del 5% para el tabaco.

**TABLA N° 13**  
**PREVALENCIA DIARIA CONSUMO DE TABACO EN ESTUDIANTES DE**  
**COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES**  
**AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.**

<b>CONSUMO DE TABACO DIARIO, SEMANAL O MENOS QUE SEMANAL</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Diario	3	2
Una vez por semana pero no diario	17	13
Menos que una vez por semana	23	18
Esporádicamente	7	6
Ninguna	77	61
<b>TOTAL</b>	<b>127</b>	<b>100</b>

**GRAFICO N° 13**



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado:** Sandra Mariscal – Edison Mera.

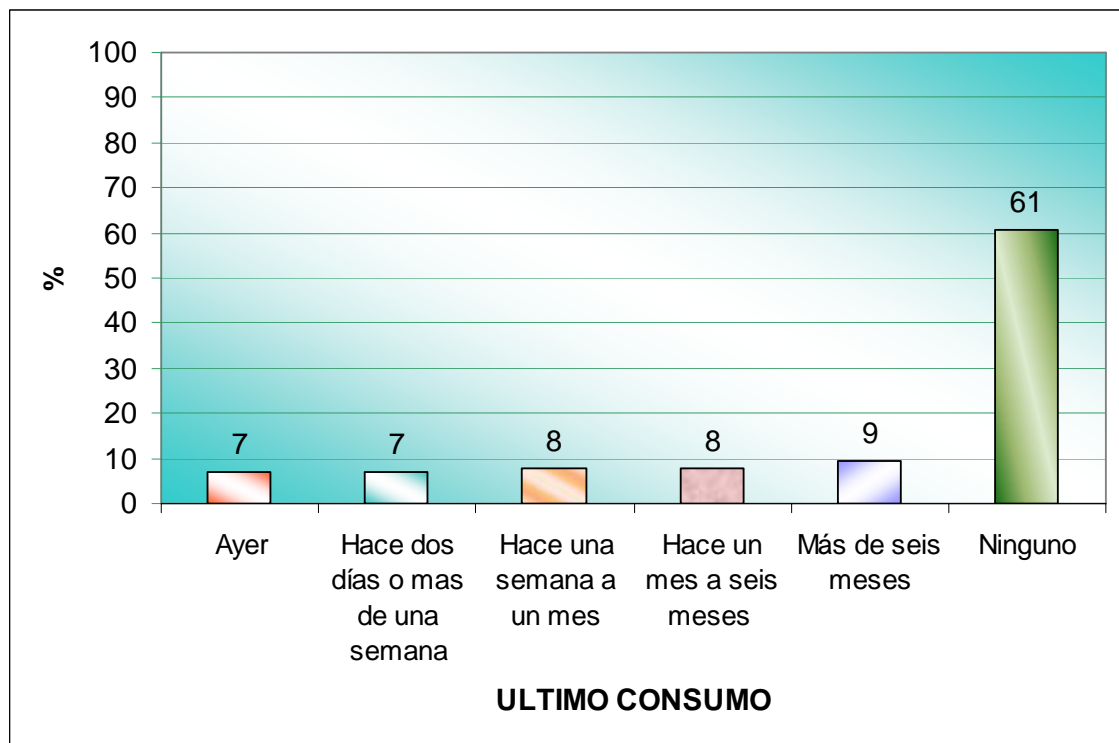
**ANÁLISIS**

La prevalencia diaria del consumo de tabaco fue del 2%, el 13% consumía una vez por semana pero no diario, el 18% menos que una vez por semana y el 6% esporádicamente.

**TABLA N° 14**  
**ULTIMO CONSUMO DE TABACO EN ESTUDIANTES DE COLEGIOS**  
**NOCTURNOS FISCALES**  
**AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.**

ULTIMO CONSUMO DE TABACO	N°	%
Ayer	9	7
Hace dos días o mas de una semana	9	7
Hace una semana a un mes	10	8
Hace un mes a seis meses	10	8
Más de seis meses	12	9
Ninguno	77	61
Total	127	100

**GRAFICO N° 14**



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado:** Sandra Mariscal – Edison Mera.

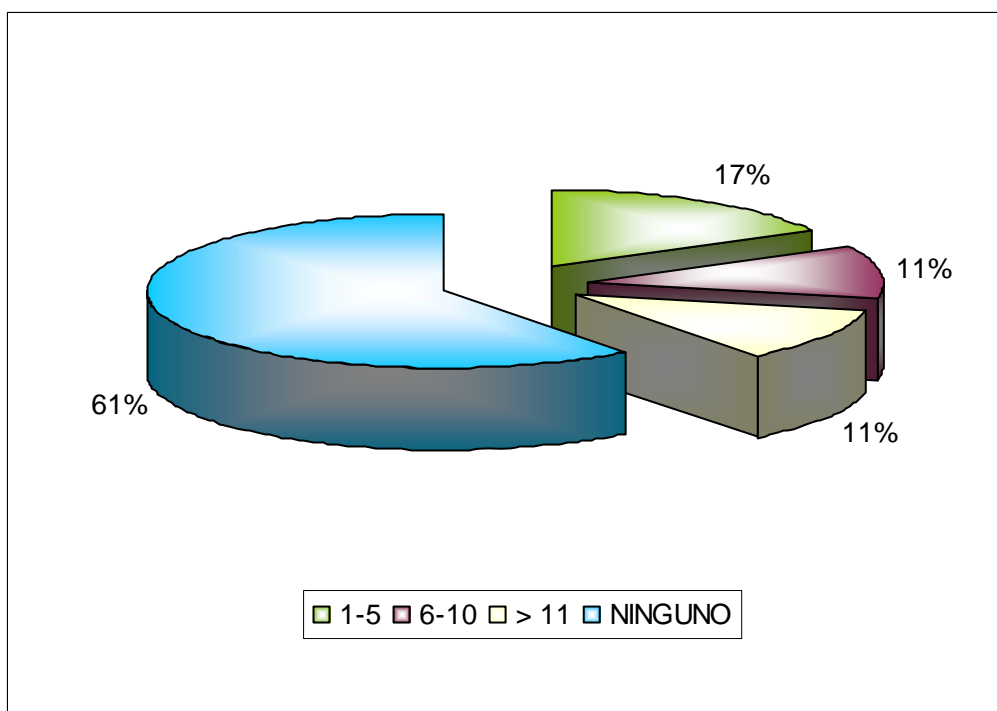
### ANÁLISIS

El último consumo de tabaco fue el día anterior a la encuesta en el 7% de los encuestados, en el 8% hace una semana, 8% hace un mes y en el 9% hace más de 6 meses.

**TABLA N° 15**  
**PREVALENCIA DE CONSUMO POR NÚMERO DE CIGARRILLOS**  
**DIARIOS EN ESTUDIANTES DE COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES**  
**AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.**

NUMERO DE CIGARRILLOS DIARIOS	N°	%
1-5	22	17
6-10	14	11
> 11	14	11
NINGUNO	77	61
TOTAL	127	100

**GRAFICO N° 15**



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado:** Sandra Mariscal – Edison Mera.

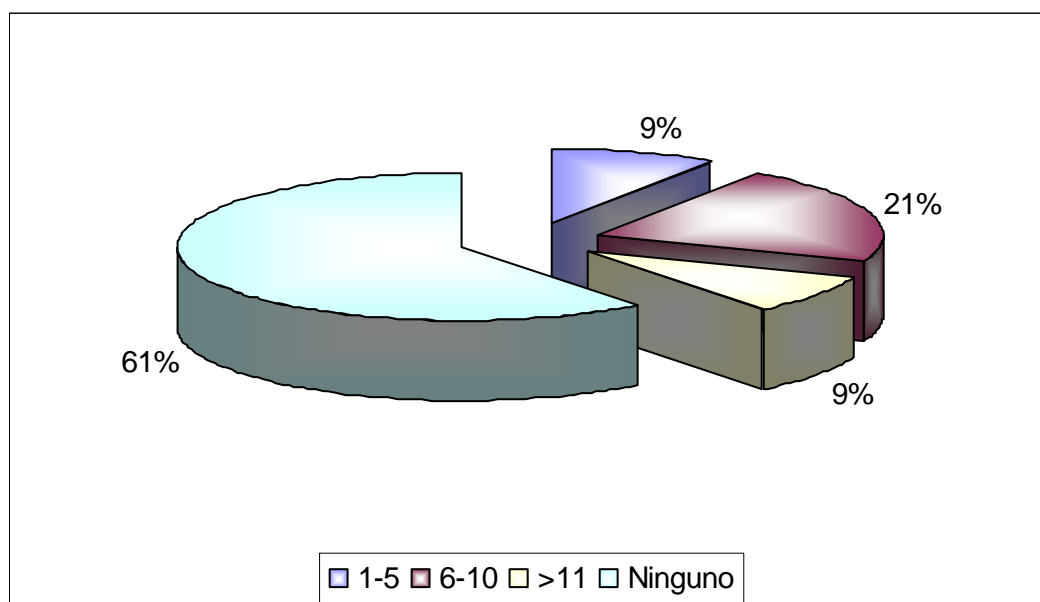
### **ANÁLISIS**

La prevalencia de consumo por el número de cigarrillos diarios fue del 17% entre 1-5 tabacos, del 11% para 6-10 tabacos y del 11% para más de 11 tabacos diarios.

**TABLA N° 16**  
**PREVALENCIA DE CONSUMO SEMANAL POR NUMERO DE**  
**CIGARRILLOS EN ESTUDIANTES DE COLEGIOS NOCTURNOS**  
**FISCALES AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.**

NUMERO DE CIGARRILLO POR SEMANA	N°	%
1-5	12	9
6-10	27	21
>11	11	9
Ninguno	77	61
TOTAL	127	100

**GRAFICO N° 16**



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado:** Sandra Mariscal – Edison Mera.

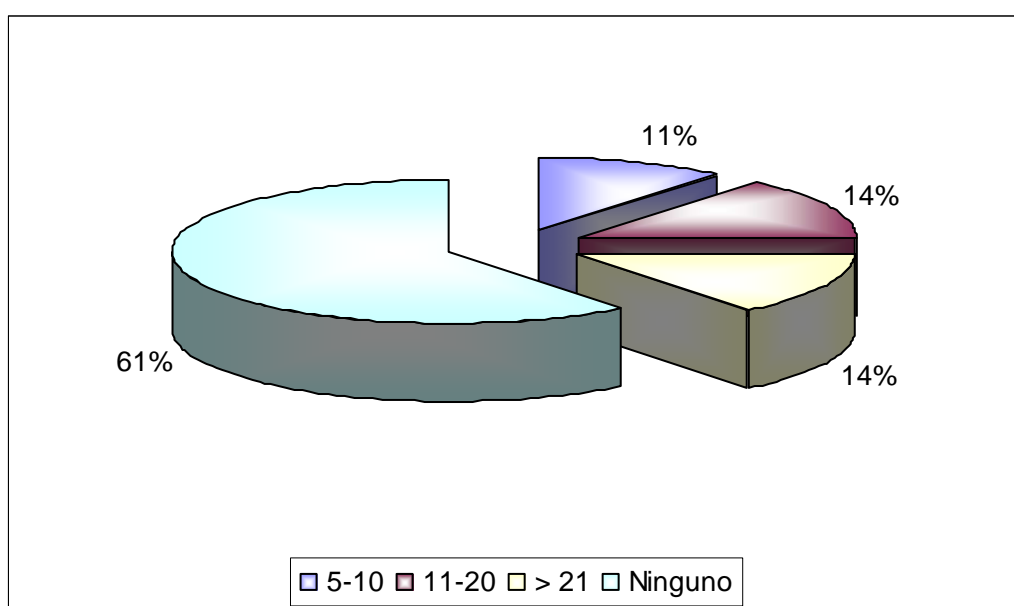
**ANÁLISIS**

La prevalencia de consumo por el número de cigarrillos semanal fue del 9% entre 1-5 tabacos, del 21% para 6-10 tabacos y del 9% para más de 11 tabacos diarios.

**TABLA N° 17**  
**PREVALENCIA DE MES POR CONSUMO DE TABACO EN**  
**ESTUDIANTES DE COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES**  
**AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.**

CIGARRILLOS POR MES	N°	%
5-10	14	11
11-20	18	14
> 21	18	14
Ninguno	77	61
TOTAL	127	100

**GRAFICO N° 17**



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado:** Sandra Mariscal – Edison Mera.

### **ANÁLISIS**

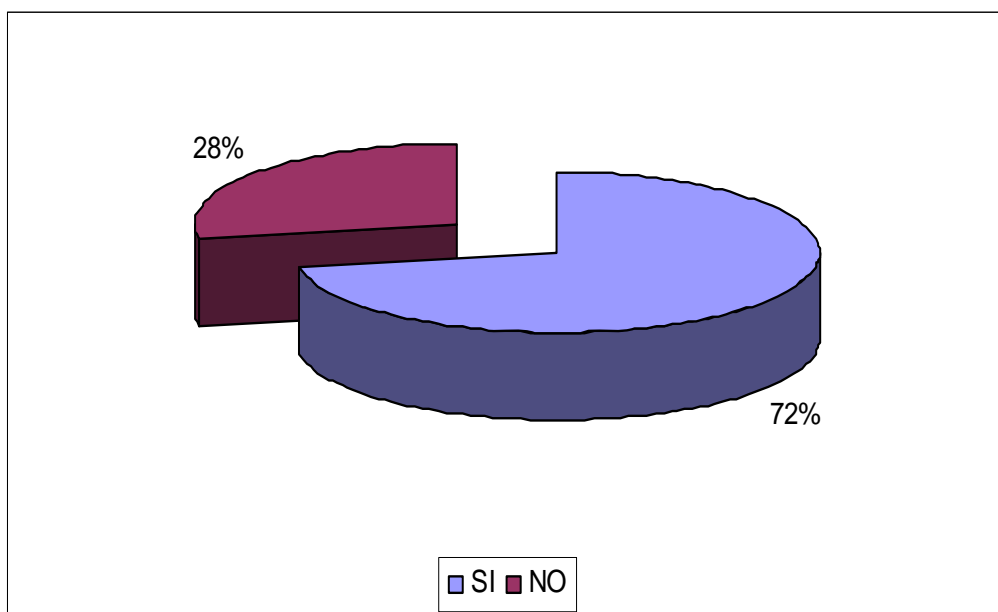
La prevalencia de consumo por el número de cigarrillos semanal fue del 11% entre 5-10 tabacos, del 14 % para 11-20 tabacos y del 14% para más de 21 tabacos diarios.



**TABLA N° 18**  
**PREVALENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ESTUDIANTES**  
**DE COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES**  
**AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.**

CONSUMO DE ALCOHOL	N°	%
SI	91	72
NO	36	28
<b>TOTAL</b>	127	100

**GRAFICO N° 18**



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado:** Sandra Mariscal – Edison Mera.

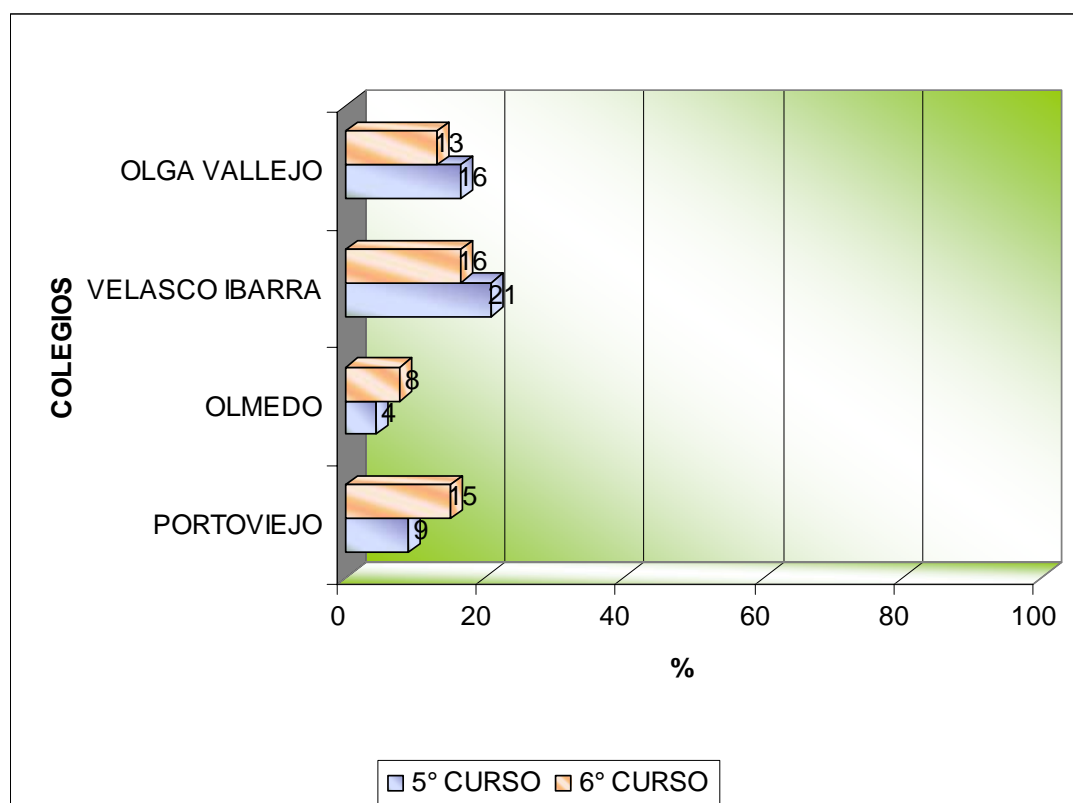
**ANÁLISIS**

La prevalencia de consumo de alcohol fue del 72 % en los estudiantes de los colegios.

**TABLA N° 19**  
**PREVALENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL SEGÚN NIVEL QUE**  
**CURSAN Y COLEGIO NOCTURNO FISCAL**  
**AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.**

NIVEL QUE CURSAN	PORTOVIEJO		OLMEDO		VELASCO IBARRA		OLGA VALLEJO	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
5° CURSO	8	9	4	4	19	21	15	16
6° CURSO	14	15	7	8	15	16	12	13
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>24</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>34</b>	<b>37</b>	<b>27</b>	<b>30</b>

**GRAFICO N° 19**



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado:** Sandra Mariscal – Edison Mera.

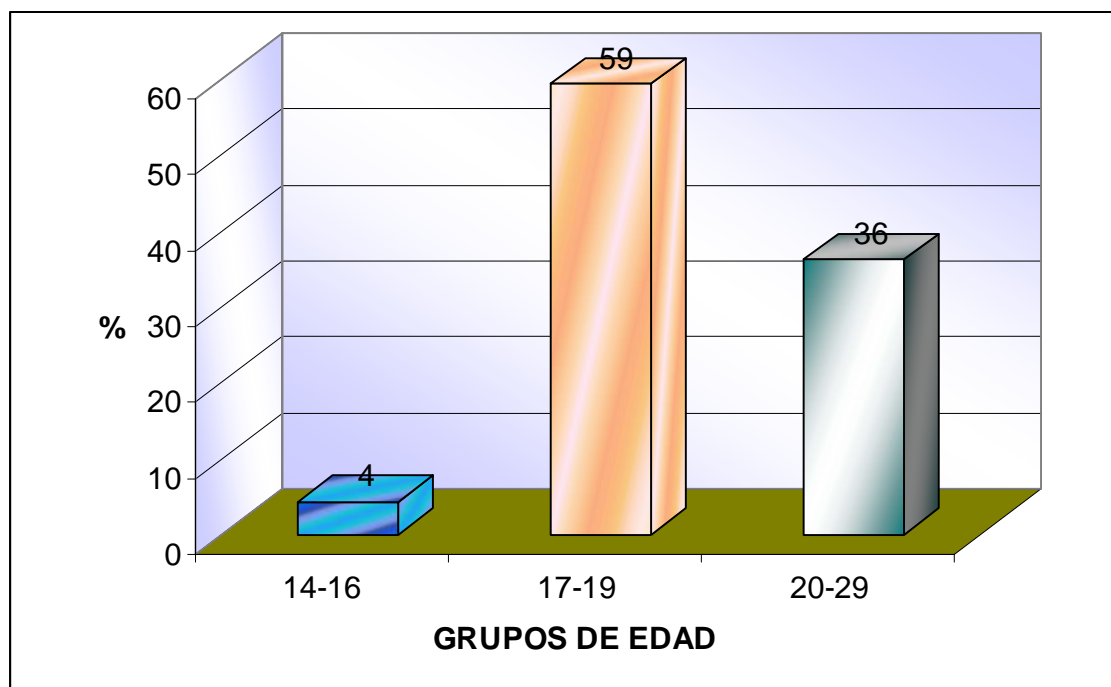
### ANÁLISIS

La prevalencia de consumo en base al colegio y nivel que cursan los estudiantes encuestados fue del 21% para el Colegio Velasco Ibarra en 5° curso y el 16 % para el 6° curso, siendo este colegio donde hay mayor prevalencia de consumo de alcohol.

**TABLA N° 20**  
**PREVALENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL SEGÚN GRUPOS DE**  
**EDAD ESTUDIANTES DE COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES**  
**AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.**

EDAD	TOTAL	%
14-16	4	4
17-19	54	59
20-29	33	36
TOTAL	91	100

**GRAFICO N° 20**



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado:** Sandra Mariscal – Edison Mera.

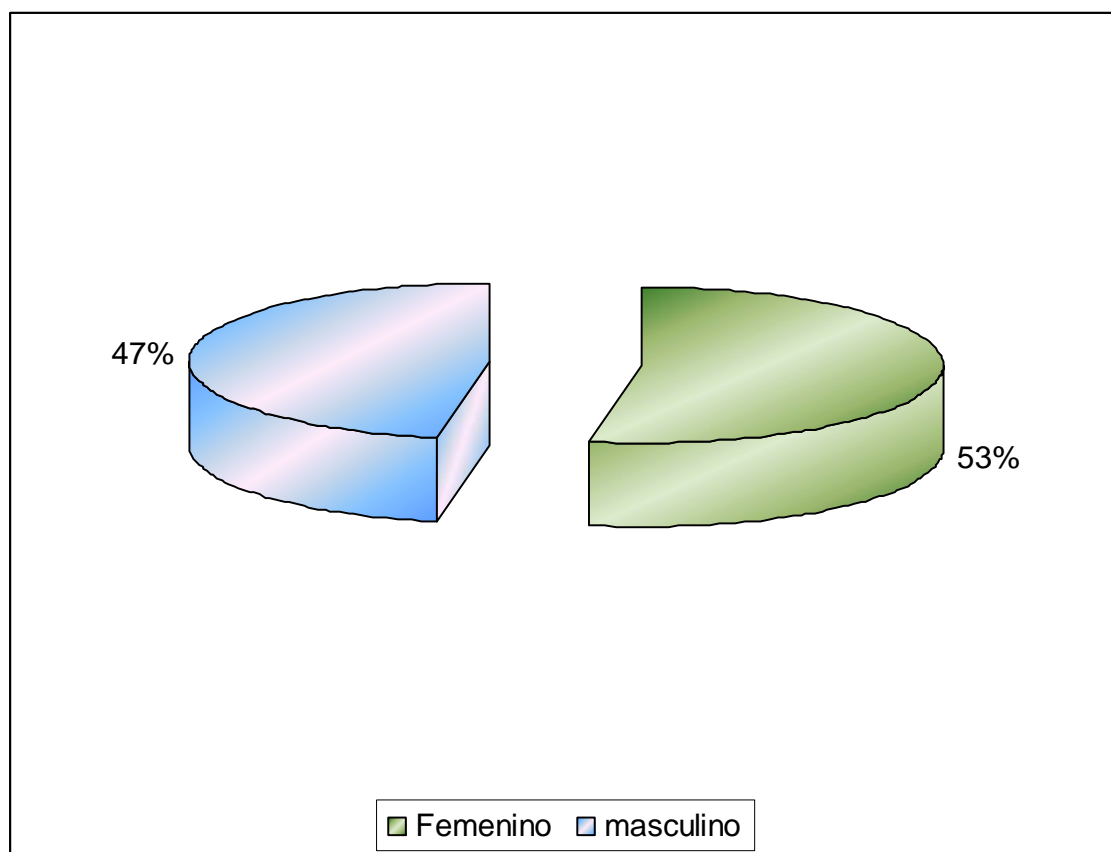
**ANÁLISIS**

La prevalencia de consumo de alcohol de acuerdo a la edad fue del 59 % en el grupo de 17-19 años.

**TABLA N° 21**  
**PREVALENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL SEGÚN GÉNERO EN**  
**ESTUDIANTES DE COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES**  
**AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.**

<b>GENERO</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Femenino	48	53
Masculino	43	47
<b>TOTAL</b>	<b>91</b>	<b>100</b>

**GRAFICO N° 21**



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado:** Sandra Mariscal – Edison Mera.

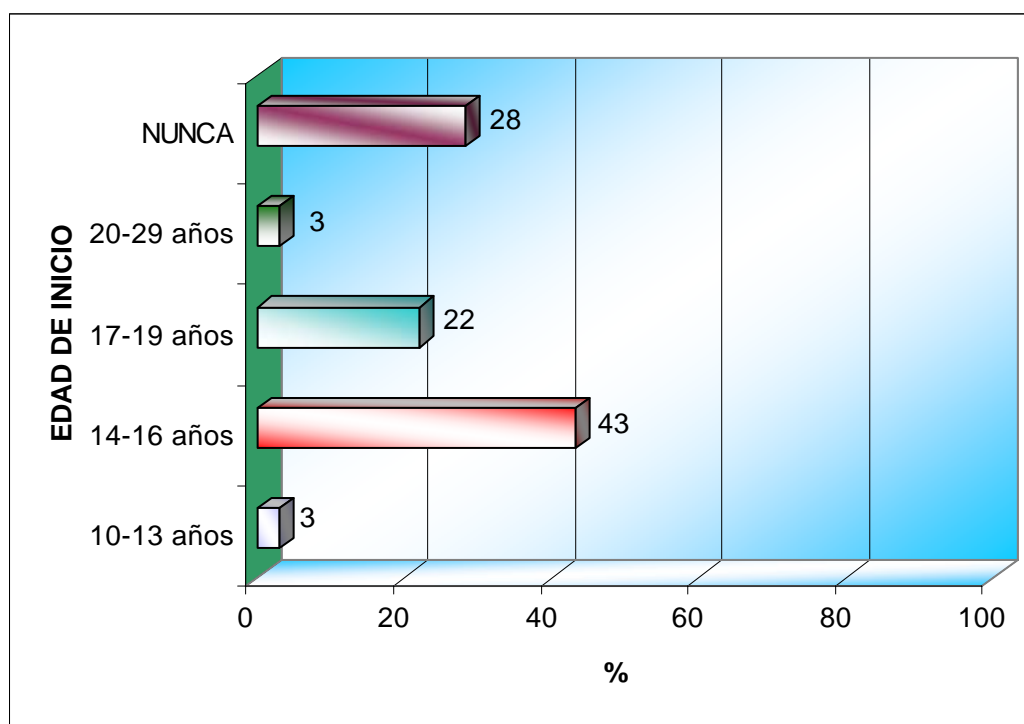
**ANÁLISIS**

La prevalencia de consumo de alcohol de acuerdo al género fue del 53% para el sexo femenino.

**TABLA N° 22**  
**PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE ALCOHOL SEGÚN EDAD**  
**DE INICIO EN ESTUDIANTES DE COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES**  
**AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.**

EDAD DE INICIO	N°	%
10-13 años	4	3
14-16 años	55	43
17-19 años	28	22
20-29 años	4	3
NUNCA	36	28
TOTAL	127	100

**GRAFICO N° 22**



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado:** Sandra Mariscal – Edison Mera.

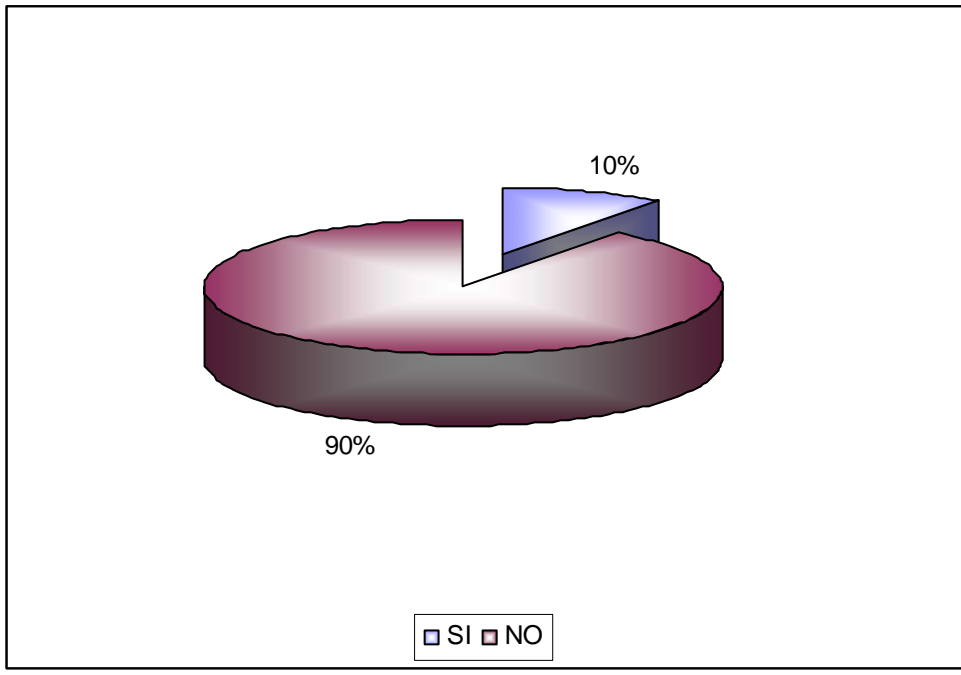
**ANÁLISIS**

La prevalencia de vida del alcohol fue del 43% para el grupo de 14-16 años.

**TABLA N° 23**  
**PREVALENCIA DE AÑO POR CONSUMO DE ALCOHOL EN**  
**ESTUDIANTES DE COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES**  
**AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.**

<b>CONSUMO DE ALCOHOL DIARIO POR TRES MESES O MAS</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
SI	13	10
NO	114	90
TOTAL	127	100

**GRAFICO N° 23**



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado:** Sandra Mariscal – Edison Mera.

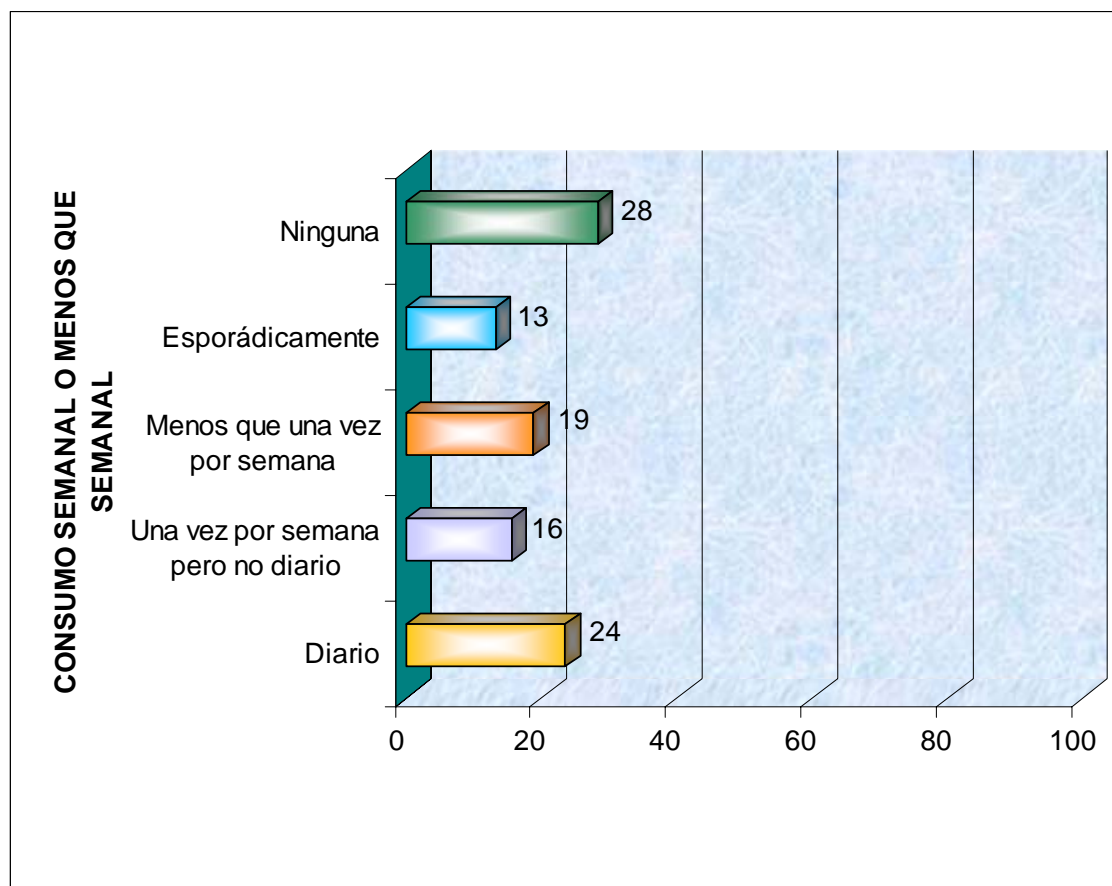
**ANÁLISIS**

La prevalencia de consumo por año en un periodo de tres meses o más fue del 10%.

**TABLA N° 24**  
**PREVALENCIA DIARIA DE CONSUMO DE ALCOHOL EN**  
**ESTUDIANTES DE COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES**  
**AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.**

CONSUMO DE ALCOHOL	N°	%
Diario	30	24
Una vez por semana pero no diario	20	16
Menos que una vez por semana	24	19
Esporádicamente	17	13
Ninguna	36	28
TOTAL	127	100

**GRAFICO N° 24**



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado:** Sandra Mariscal – Edison Mera.

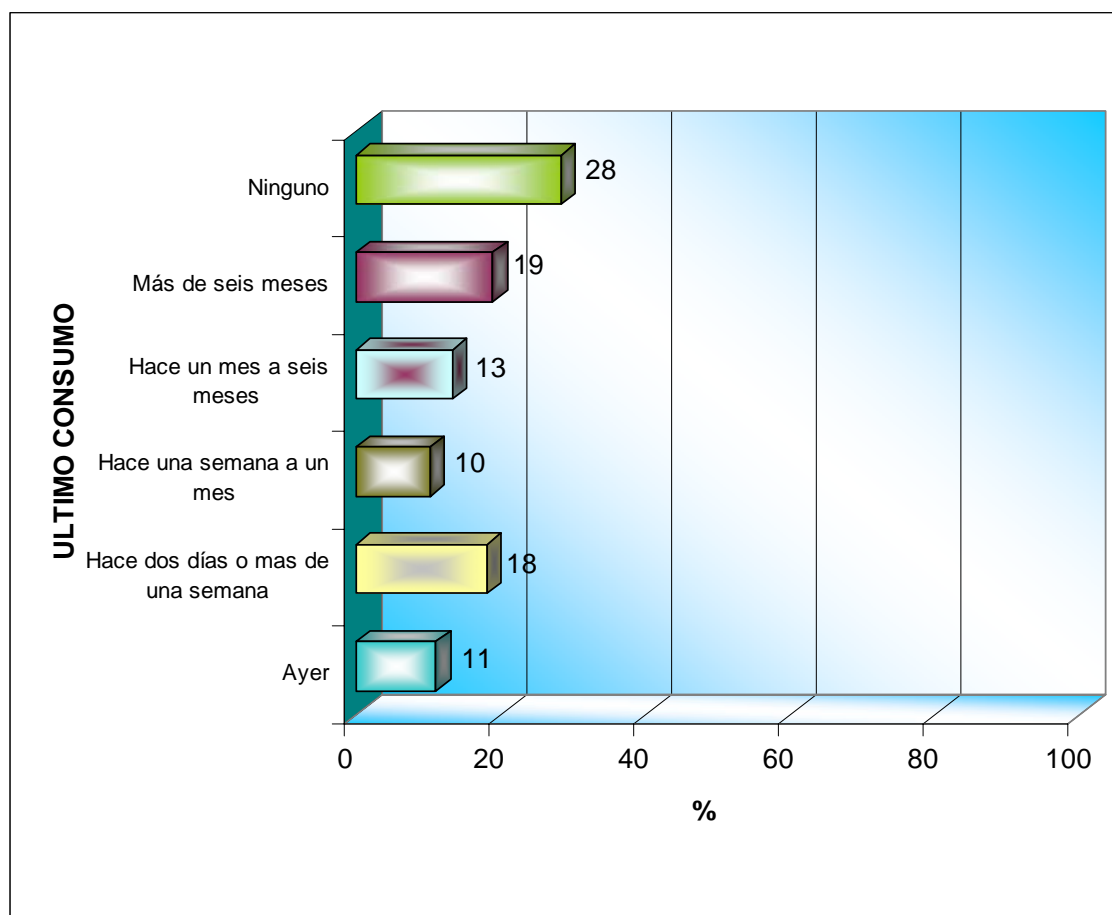
**ANÁLISIS**

La prevalencia del consumo diario de alcohol en los estudiantes encuestados fue del 24%.

**TABLA N° 25**  
**ULTIMO CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ESTUDIANTES DE**  
**COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES**  
**AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.**

ULTIMO CONSUMO DE ALCOHOL	N°	%
Ayer	14	11
Hace dos días o mas de una semana	23	18
Hace una semana a un mes	13	10
Hace un mes a seis meses	17	13
Más de seis meses	24	19
Ninguno	36	28
Total	127	100

**GRAFICO N° 25**



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado:** Sandra Mariscal – Edison Mera.

**ANÁLISIS**

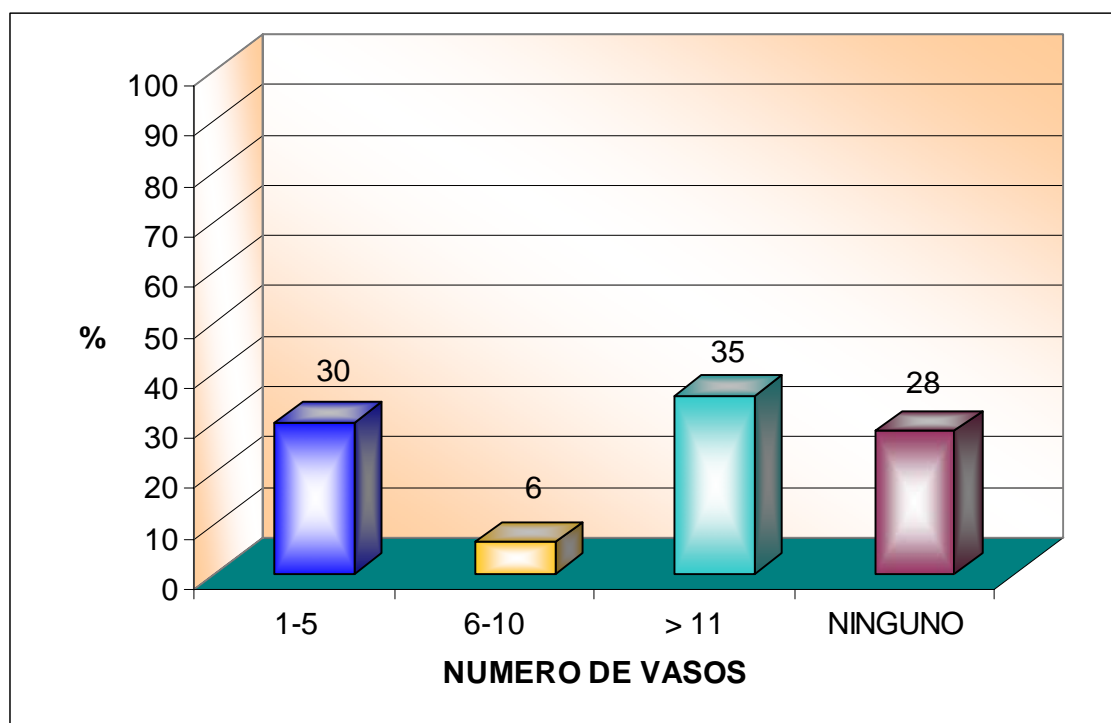
El último consumo de alcohol el día anterior a la encuesta fue del 19% en más de seis meses y del 18% hace dos días o más de una semana.



**TABLA N° 26**  
**PREVALENCIA POR CONSUMO DE VASOS DIARIOS EN**  
**ESTUDIANTES DE COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES**  
**AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.**

NUMERO DE VASOS DIARIOS	N°	%
1-5	38	30
6-10	8	6
> 11	45	35
NINGUNO	36	28
TOTAL	127	100

**GRAFICO N° 26**



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado:** Sandra Mariscal – Edison Mera.

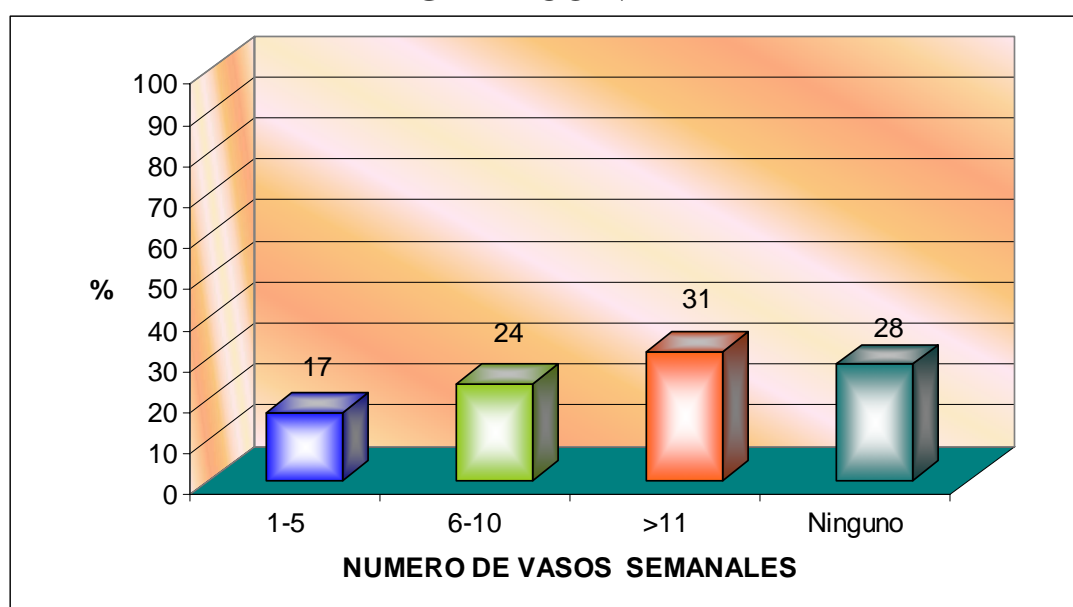
### ANÁLISIS

La prevalencia de consumo de alcohol en base al último consumo fue del 35% para más de 11 vasos diarios

**TABLA N° 27**  
**PREVALENCIA DE CONSUMO SEMANAL ALCOHOL EN**  
**ESTUDIANTES DE COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES**  
**AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.**

NUMERO DE VASOS POR SEMANA	N°	%
1-5	21	17
6-10	30	24
>11	40	31
Ninguno	36	28
TOTAL	127	100

**GRAFICO N° 27**



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado:** Sandra Mariscal – Edison Mera.

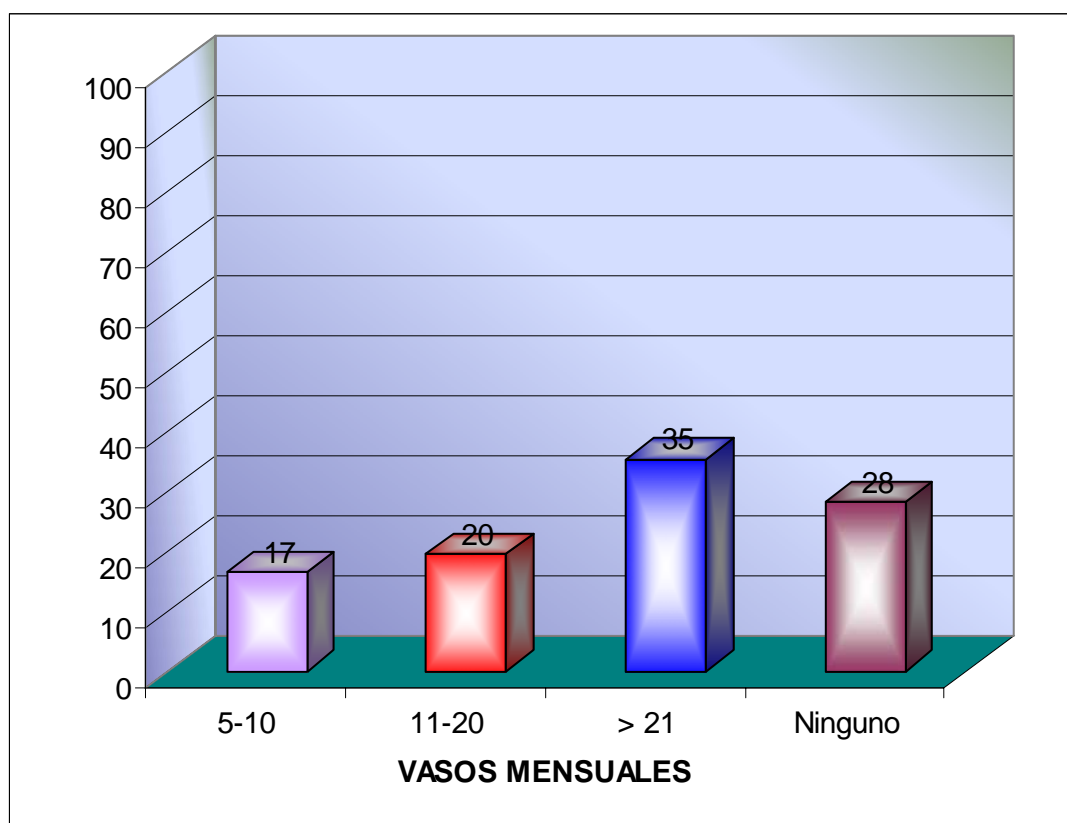
### **ANÁLISIS**

La prevalencia de consumo de alcohol semanal en base al último consumo fue del 35% para más de 11 vasos diarios.

**TABLA N° 28**  
**PREVALENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL MENSUAL EN**  
**ESTUDIANTES DE COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES**  
**AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.**

VASOS POR MES	N°	%
5-10	21	17
11-20	25	20
> 21	45	35
Ninguno	36	28
TOTAL	127	100

**GRAFICO N° 28**



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado:** Sandra Mariscal – Edison Mera.

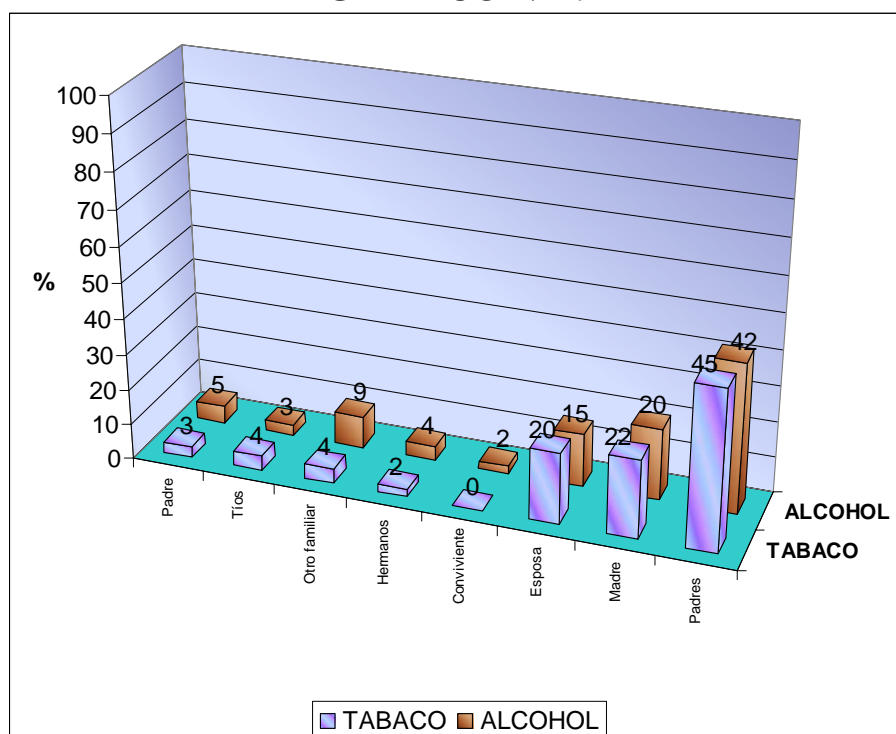
**ANÁLISIS**

La prevalencia de consumo de alcohol en base al último consumo fue del 35% para más de 21 vasos mensuales.

**TABLA N° 29**  
**FAMILIAR CON QUIEN VIVEN LOS ESTUDIANTES DE COLEGIOS**  
**NOCTURNOS FISCALES**  
**AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.**

CON QUIEN VIVE EN LA ACTUALIDAD	CONSUMO			
	TABACO		ALCOHOL	
	N°	%	N°	%
Padre	2	3	4	5
Tíos	2	4	3	3
Otro familiar	2	4	8	9
Hermanos	1	2	4	4
Conviviente	0	0	2	2
Esposa	10	20	14	15
Madre	11	22	18	20
Padres	23	45	38	42
TOTAL	51	100	91	100

**GRAFICO N° 29**



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado:** Sandra Mariscal – Edison Mera.

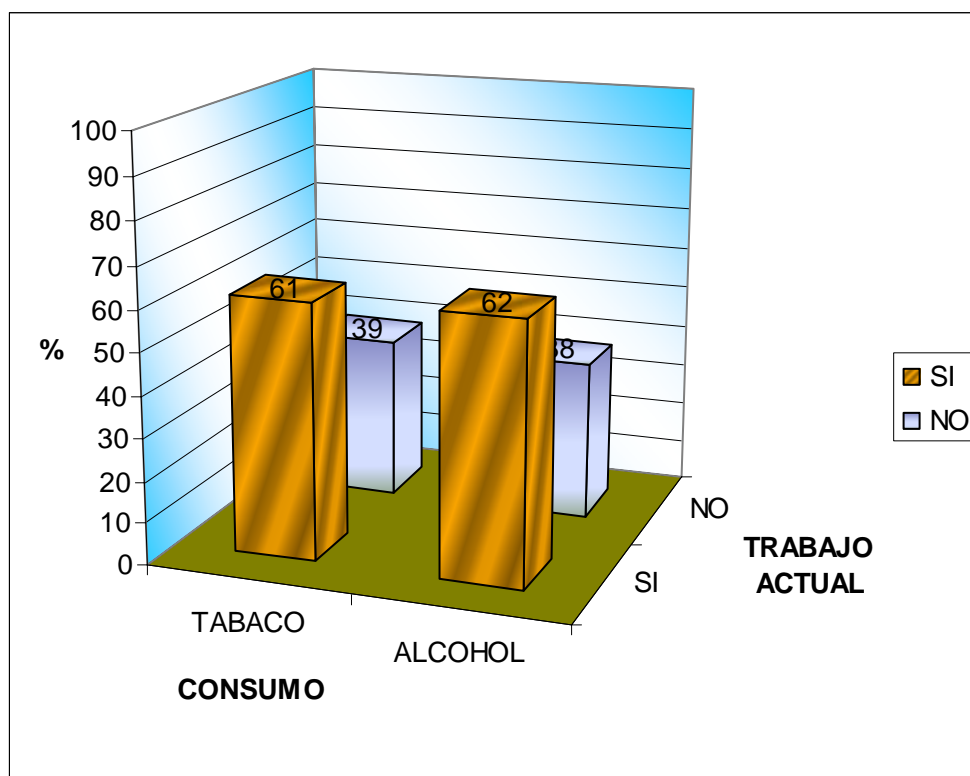
### ANÁLISIS

De acuerdo a la tabla y gráfico se observa que los estudiantes que consumen tabaco y alcohol en un 45 y 42 % respectivamente viven con ambos padres.

**TABLA N° 30**  
**TRABAJO ACTUAL DE LOS ESTUDIANTES DE COLEGIOS**  
**NOCTURNOS FISCALES**  
**AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.**

TRABAJO ACTUAL	CONSUMO			
	TABACO		ALCOHOL	
	N°	%	N°	%
SI	31	<b>61</b>	56	<b>62</b>
NO	20	<b>39</b>	35	<b>38</b>
TOTAL	51	<b>100</b>	91	<b>100</b>

**GRAFICO N° 30**



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado:** Sandra Mariscal – Edison Mera.

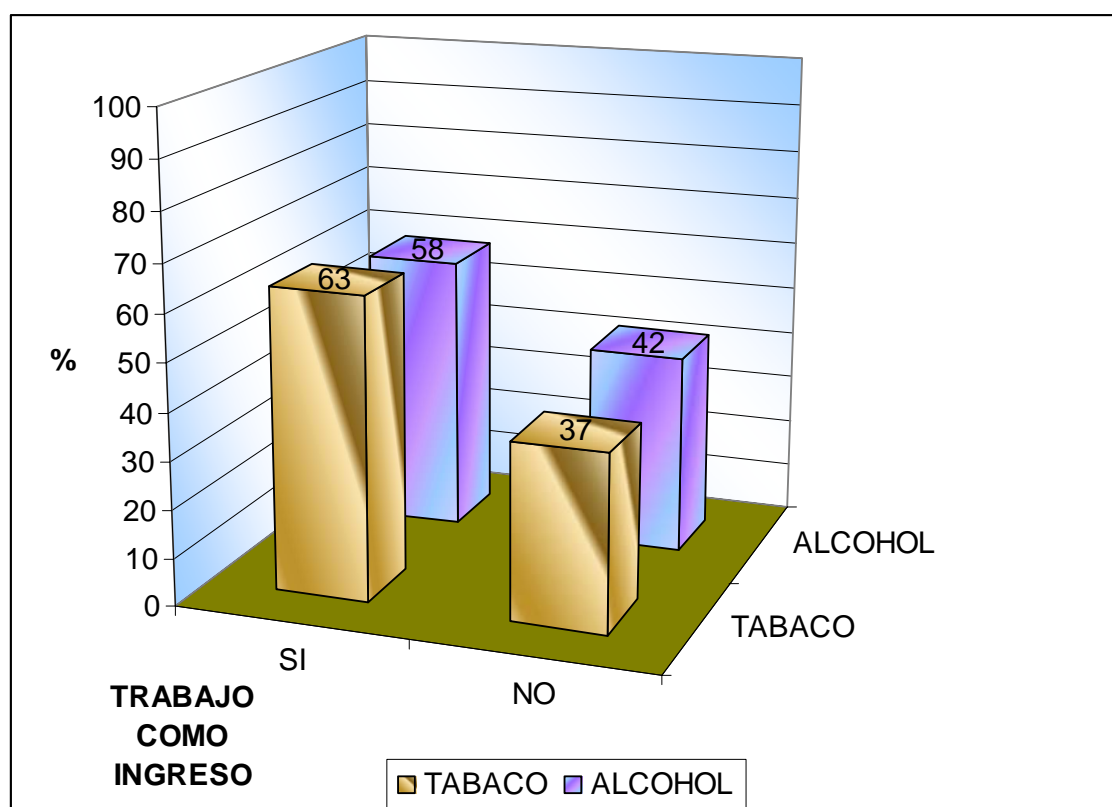
### **ANÁLISIS**

Se observa que los estudiantes que consumen tabaco y alcohol en un 61 y 62 % respectivamente tienen un trabajo en la actualidad.

**TABLA N° 31**  
**TRABAJO COMO INGRESO ECONOMICO EN LOS ESTUDIANTES DE**  
**COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES**  
**AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.**

TRABAJO COMO INGRESO ECONOMICO	CONSUMO			
	TABACO		ALCOHOL	
	N°	%	N°	%
SI	32	63	53	58
NO	19	37	38	42
TOTAL	51	100	91	100

**GRAFICO N° 31**



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado:** Sandra Mariscal – Edison Mera.

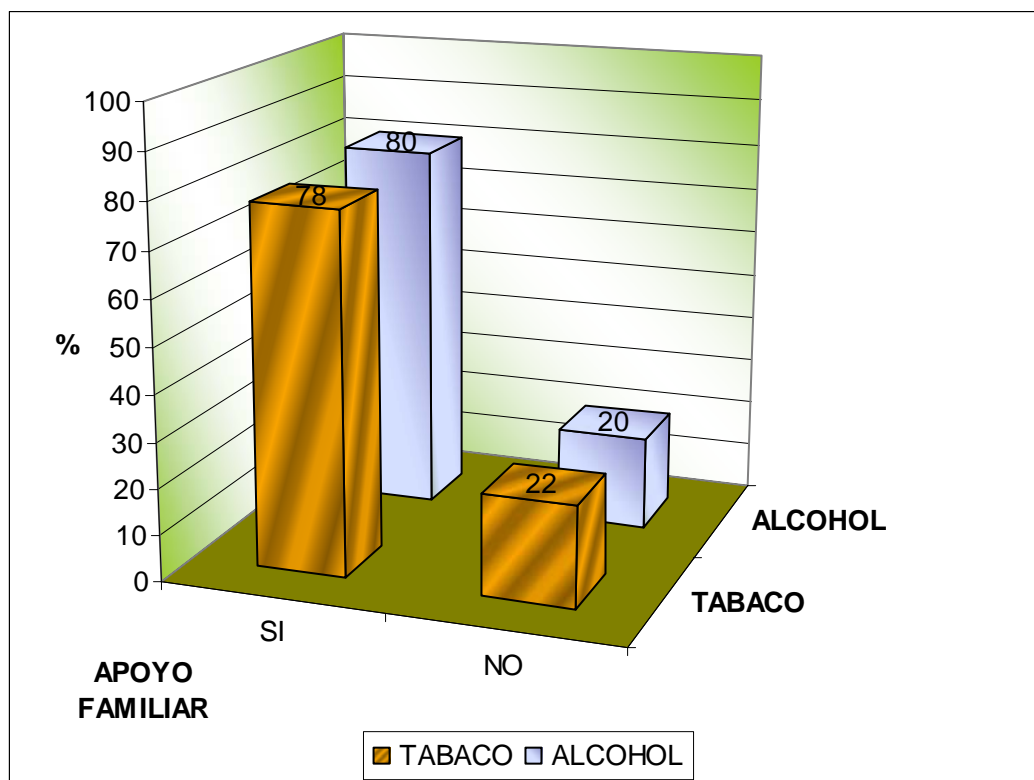
**ANÁLISIS**

Según este gráfico se demuestra que en el 63 % de los estudiantes que consumen tabaco y en el 58% de los que consumen alcohol el trabajo que desempeñan es un ingreso económico para sus familias en la actualidad.

**TABLA N° 32**  
**APOYO ECONOMICO DE LA FAMILIA EN LOS ESTUDIANTES DE**  
**COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES**  
**AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.**

APOYO ECONOMICO DE LA FAMILIA	TABACO		ALCOHOL	
	N°	%	N°	%
SI	40	78	73	80
NO	11	22	18	20
<b>TOTAL</b>	<b>51</b>	<b>100</b>	<b>91</b>	<b>100</b>

**GRAFICO N° 32**



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado:** Sandra Mariscal – Edison Mera.

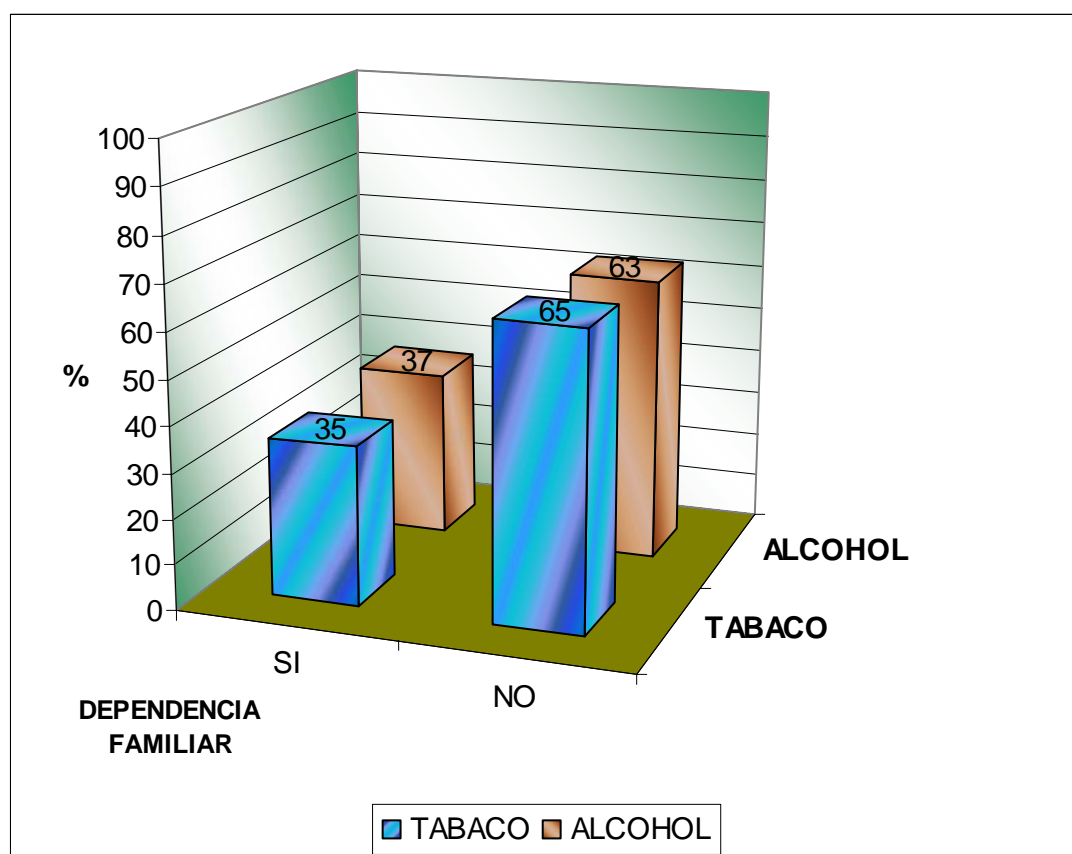
**ANÁLISIS**

Se observa que en el 78 % de los estudiantes que consumen tabaco y en 80% de los que consumen alcohol tienen apoyo familiar para continuar sus estudios.

**TABLA N° 33**  
**DEPENDENCIA FAMILAR DEL TRABAJO DE LOS ESTUDIANTES DE**  
**COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES**  
**AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.**

DEPENDENCIA FAMILAR DE TRABAJO	TABACO		ALCOHOL	
	N°	%	N°	%
SI	18	35	34	37
NO	33	65	57	63
TOTAL	51	100	91	100

**GRAFICO N° 33**



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado:** Sandra Mariscal – Edison Mera.

**ANÁLISIS**

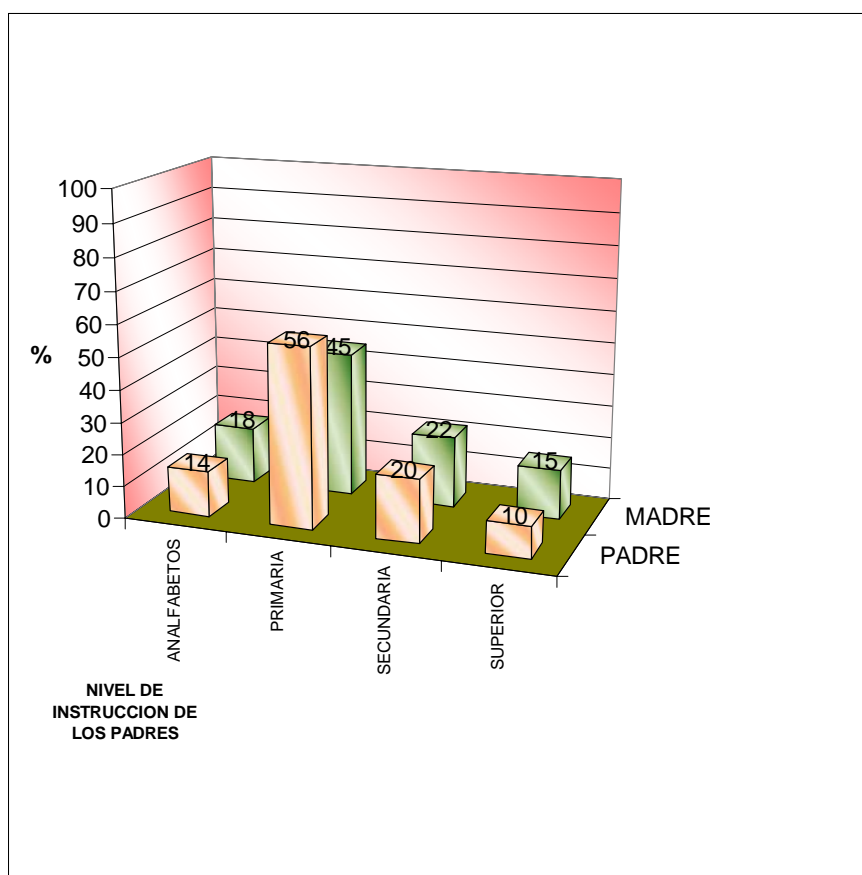
Según este gráfico se puede demostrar que en el 65% de los estudiantes que consumen tabaco y en el 63% de los que consumen alcohol la familia no depende de su trabajo para subsistir.



**TABLA N° 34**  
**NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LOS PADRES DE LOS ESTUDIANTES**  
**QUE CONSUMEN ALCOHOL**  
**COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES**  
**AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.**

ALCOHOL NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LOS PADRES	PADRE		MADRE	
	N°	%	N°	%
ANALFABETOS	13	14	16	18
PRIMARIA	51	56	41	45
SECUNDARIA	18	20	20	22
SUPERIOR	9	10	14	15
TOTAL	91	100	91	100

**GRAFICO N° 34**



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado:** Sandra Mariscal – Edison Mera.

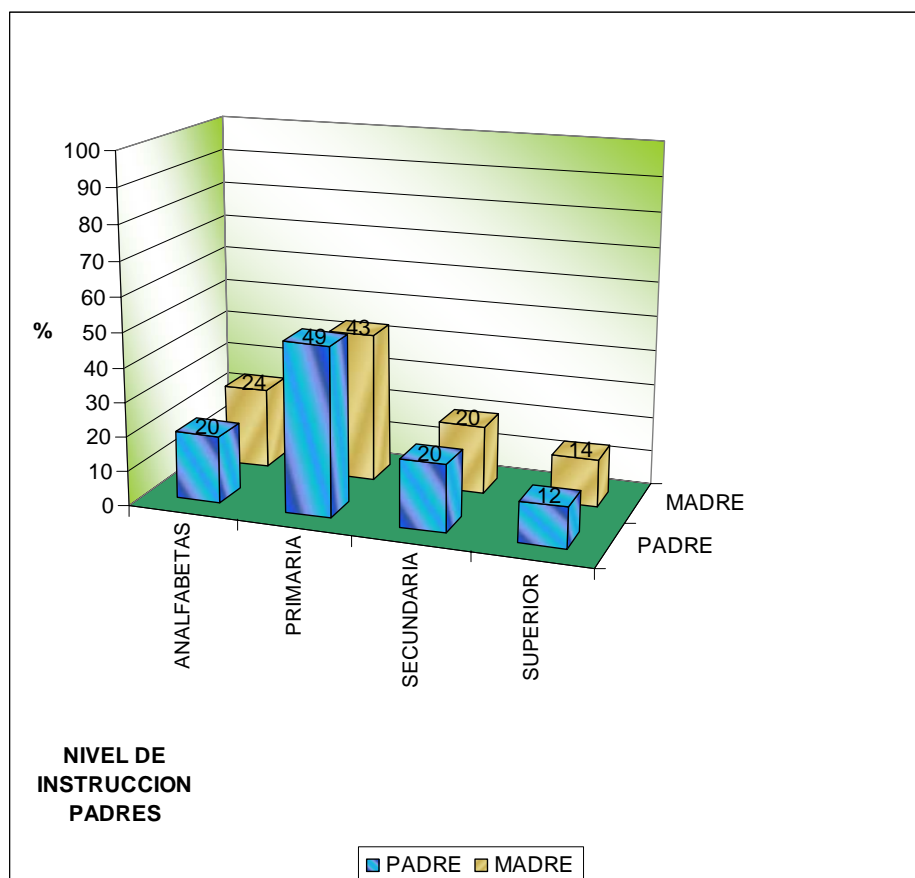
### **ANÁLISIS**

Se observa en este gráfico que el 56% de los padres y el 45% de las madres de los estudiantes que consumen alcohol solo tienen como nivel de instrucción la primaria.

**TABLA N° 35**  
**NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LOS PADRES DE LOS ESTUDIANTES**  
**QUE CONSUMEN TABACO**  
**COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES**  
**AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.**

TABACO	PADRE		MADRE	
	N°	%	N°	%
NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LOS PADRES				
ANALFABETAS	10	20	12	24
PRIMARIA	25	49	22	43
SECUNDARIA	10	20	10	20
SUPERIOR	6	12	7	14
TOTAL	51	100	51	100

**GRAFICO N° 35**



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado:** Sandra Mariscal – Edison Mera.

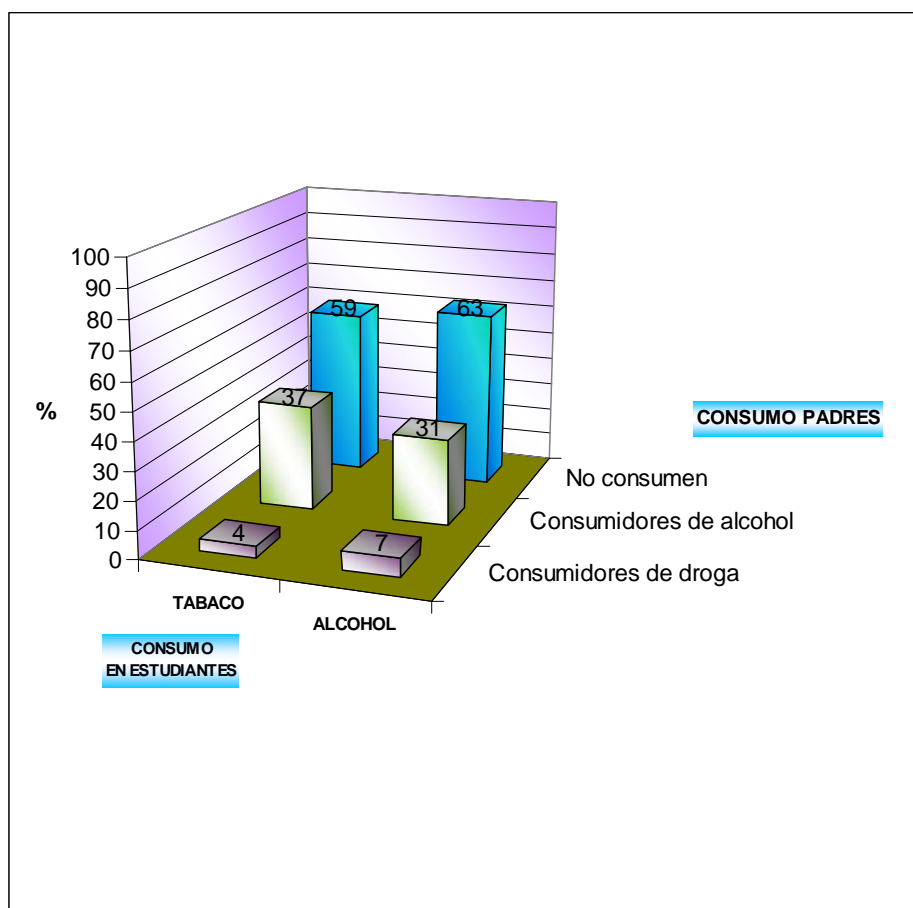
### ANÁLISIS

Se observa en este gráfico que el 49% de los padres y el 43% de las madres de los estudiantes que consumen tabaco solo tienen como nivel de instrucción la primaria.

**TABLA N° 36**  
**CONSUMO DE SUSTANCIAS POR LOS PADRES DE LOS ESTUDIANTES**  
**DE COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES**  
**AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.**

CONSUMO DE SUSTANCIAS POR LOS PADRES	TABACO		ALCOHOL	
	Nº	%	Nº	%
Consumidores de droga	2	4	6	7
Consumidores de alcohol	19	37	28	31
No consumen	30	59	57	63
Total	51	100	91	100

**GRAFICO N° 36**



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado:** Sandra Mariscal – Edison Mera.

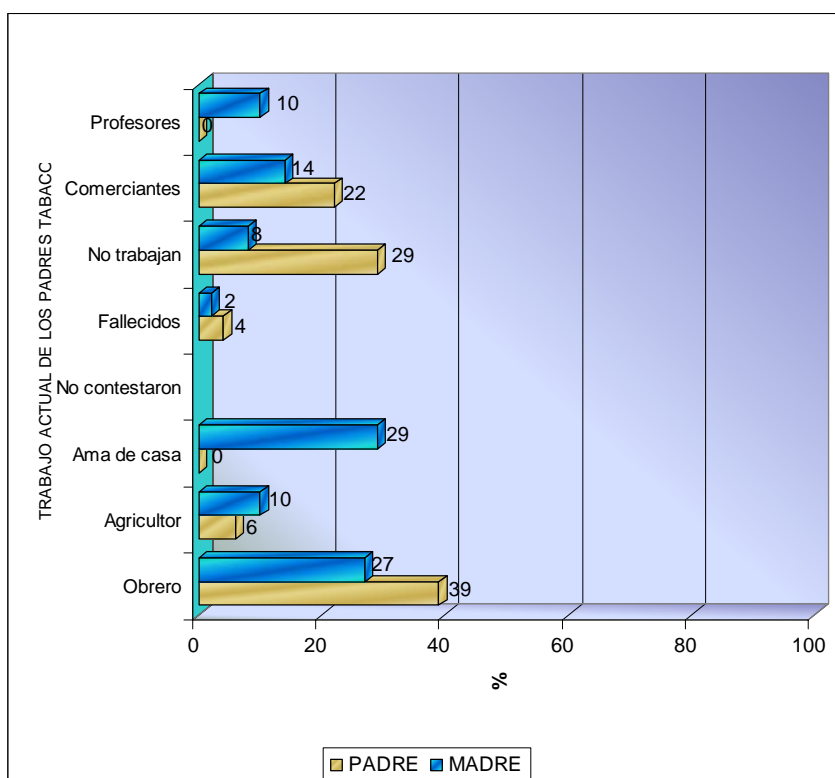
### ANÁLISIS

Se demuestra que según el consumo de alcohol y tabaco en el 63 % y 59% respectivamente los padres de los estudiantes no consumen estas sustancias.

**TABLA N° 37**  
**TRABAJO ACTUAL DE LOS PADRES DE LOS ESTUDIANTES QUE**  
**CONSUMEN TABACO COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES**  
**AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.**

TRABAJO ACTUAL DE LOS PADRES	PADRE		MADRE	
	N°	%	N°	%
Obrero	20	39	14	27
Agricultor	3	6	5	10
Ama de casa	0	0	15	29
No contestaron	0	0	0	0
Fallecidos	2	4	1	2
No trabajan	15	29	4	8
Comerciantes	11	22	7	14
Profesores	0	0	5	10
TOTAL	51	100	51	100

**GRAFICO N° 37**



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado:** Sandra Mariscal – Edison Mera.

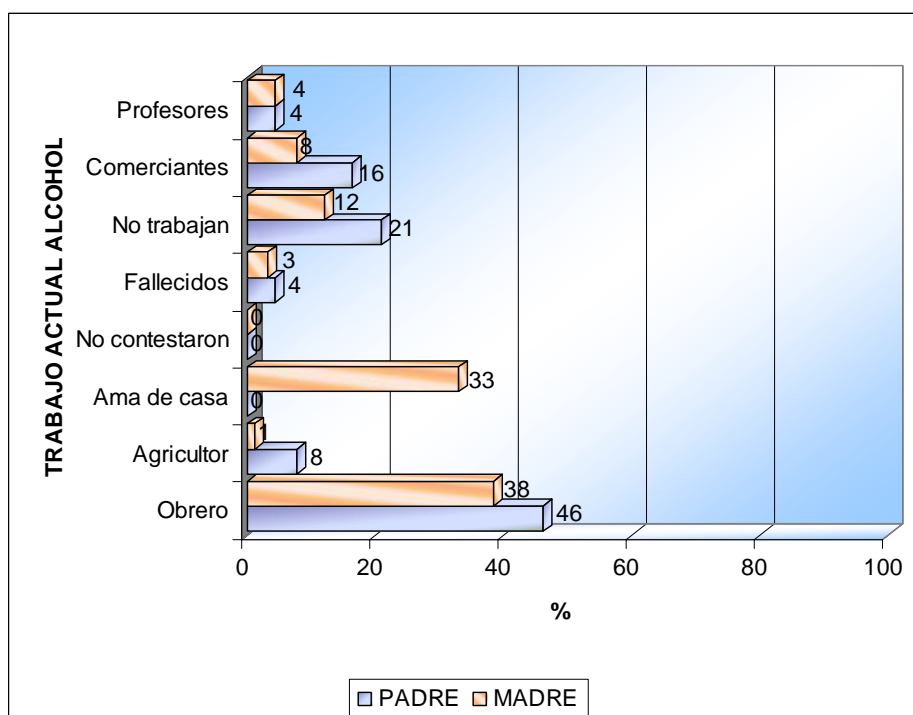
**ANALISIS.**

Se observa que el 29% de las madres de los estudiantes que consumen tabaco se desempeñan como amas de casa y el 39% de los padres trabajan como obreros.

**TABLA N° 38**  
**TRABAJO ACTUAL DE LOS PADRES DE LOS ESTUDIANTES QUE**  
**CONSUMEN ALCOHOL COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES**  
**AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.**

TRABAJO ACTUAL DE LOS PADRES	PADRE		MADRE	
	N°	%	N°	%
Obrero	42	46	35	38
Agricultor	7	8	1	1
Ama de casa	0	0	30	33
No contestaron	0	0		0
Fallecidos	4	4	3	3
No trabajan	19	21	11	12
Comerciantes	15	16	7	8
Profesores	4	4	4	4
TOTAL	91	100	91	100

**GRAFICO N° 38**



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado:** Sandra Mariscal – Edison Mera.

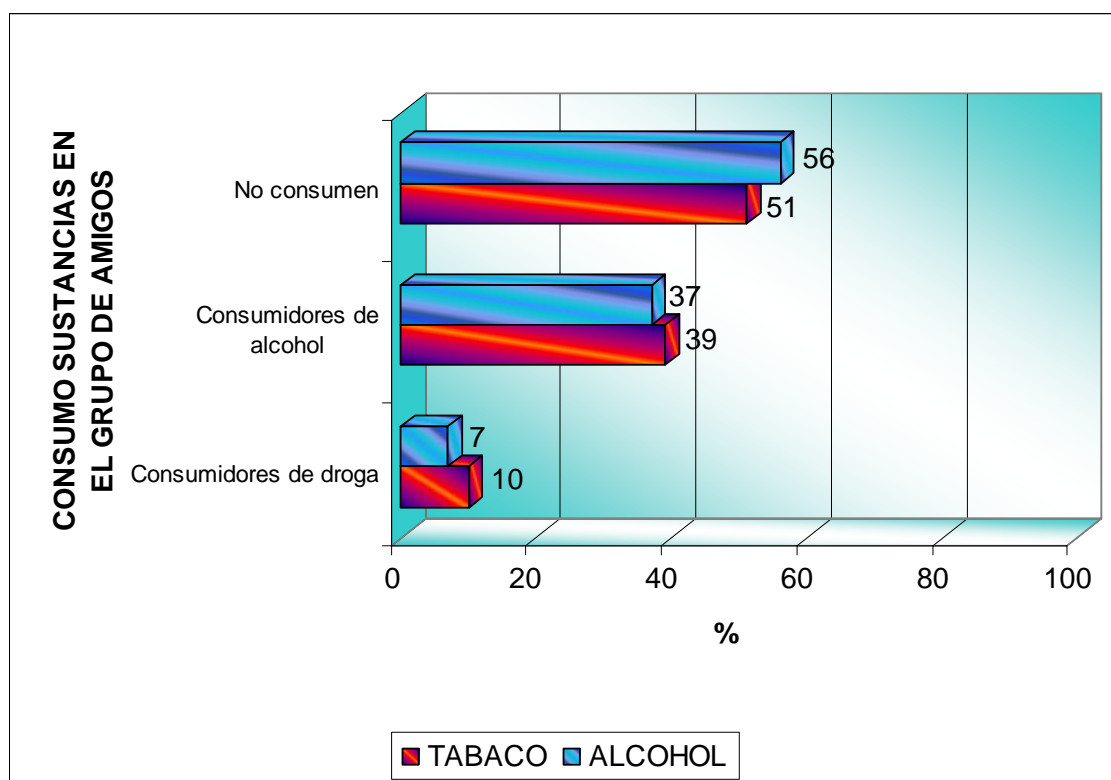
**ANALISIS.**

Se observa que el 38% de las madres de los estudiantes que consumen alcohol se desempeñan como obreras al igual que el 46% de los padres.

**TABLA N° 39**  
**CONSUMO EN EL GRUPO DE AMIGO DE LOS ESTUDIANTES DE**  
**COLEGIOS NOCTURNOS FISCALES**  
**AREA URBANA, PORTOVIEJO, 2005.**

CONSUMO EN EL GRUPO DE AMIGO	TABACO		ALCOHOL	
	N°	%	N°	%
Consumidores de droga	5	10	6	7
Consumidores de alcohol	20	39	34	37
No consumen	26	51	51	56
TOTAL	51	100	91	100

**GRAFICO N° 39**



**Fuente:** Encuesta

**Elaborado:** Sandra Mariscal – Edison Mera.

**ANÁLISIS**

Se observa que en el grupo de amigos no consumen tabaco y alcohol en un 51% y 56% respectivamente.

## **CAPITULO IX**

### **INTERPRETACION DE RESULTADOS**

De acuerdo a las características generales de la población se obtuvieron las siguientes conclusiones: el 59 % de los encuestados fueron del sexo femenino, las edades de los estudiantes fueron en un 87% entre 17-19 años, de los cuales el 82% eran solteros, distribuidos en un 50% en el 5° curso y el restante 50% en 6° curso y perteneciendo en un 31% al colegio Velasco Ibarra.

La prevalencia de consumo de tabaco en el presente estudio fue del 40%, lo cual esta más o menos acorde a estudios realizados en Bogotá Colombia en el año 1997 en la cual se demuestra una prevalencia de consumo del 51%, lo cual es similar a lo reportado en Estados Unidos en la población general (55%) y menor que el promedio reportado por el programa “Monitoreando el futuro” en estudiantes de High School de Estados Unidos en el cual, para el período 1975-1985 la prevalencia promedio de vida fue de 72.3% <sup>7</sup>

La prevalencia de consumo de acuerdo a los grupos de edades fue del 51% entre los 17-19 años y de acuerdo al género del 63% para el sexo masculino, lo cual varía con otros estudios por lo que hubo en mayor proporción colegios con población femenina. En otros estudios la población según el consumo actual de cigarrillo por el género, fue 1.4 veces mayor en hombres que en mujeres, lo cual es consistente con el estudio de Rodríguez de 1996, cuya relación hombre/mujer en población general colombiana fue de 2:1.

La prevalencia de vida fue del 21% para el grupo de 14-16 años y del 13% para el grupo entre 17-19 años La prevalencia por año en un periodo de tres meses o más fue del 5% para el tabaco; la prevalencia diaria fue del 2%, siendo el último consumo de tabaco fue el día anterior a la encuesta en el 7% de los encuestados, consumiendo en un 17% entre 1-5 tabacos diarios, 21% entre 6-10 tabacos semanales y

---

<sup>7</sup> Kozlowski,1993; Kaplan y Sadock, 1995; American Psychiatric association, 1994; National Institute on Drug Abuse Monitoring the Future Study,1996 ).

consumiendo mensualmente en el 14 % 11-20 tabacos. Lo anterior indica que a pesar de que la población estudiada tiene una prevalencia de vida de consumo de cigarrillo relativamente alta, la cantidad de cigarrillos consumidos por día es baja y esto podría estar influenciado por las campañas de prevención del consumo de tabaco.

De esto se han encontrados resultados en otros estudios que revelan que la cantidad de cigarrillos fumados por día, era en el 24.8% en los encuestados mayor de 5 al día, lo cual fue similar a lo reportado en población general de Santa Fe de Bogotá por el Segundo Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas y fue diferente a lo informado en población general colombiana por el estudio de Rodríguez y cols. en 1996, en el cual este porcentaje fue de 39.5% ( Rodríguez, 1996; Torres de Galvis, 1997).

En estudios realizados a nivel de América Latina, pero especialmente en Colombia se ha comparando el porcentaje de encuestados que fuma actualmente (prevalencias de último año y último mes) con lo reportado por otros estudios en universitarios y en población general, se encontraron cifras similares ( 28.6% de consumo actual de cigarrillo en la población de estudio vs 27.7% de prevalencia en el último año en población universitaria y 26% de fumadores actuales en población general de Santa Fe de Bogotá).

En cuanto a la exploración de factores asociados con el consumo de cigarrillo en varios estudios y al comparar los resultados con los informados en estudiantes de 10 y 11 grado de secundaria en 1996 en Marinilla (Antioquia), se encontró que fueron similares. No resultaron asociados factores que tenían que ver con las redes de apoyo social como el apoyo recibido de la familia, profesores y compañeros, ni los relacionados con la interacción o comunicación con los miembros de la familia, ni con la facilidad de expresar emociones en la familia, ni con el grado de satisfacción con las actividades académicas y extracurriculares relacionadas con el centro de estudios al cual pertenecían. Esta diferencia entre los dos estudios podría deberse al tipo de población encuestada, ya que los estudiantes de 10 y 11 grado están en una



etapa del ciclo vital, en la cual los factores de redes de apoyo social, de comunicación y expresividad emocional son mas importantes (Arango, 1997).

La prevalencia de consumo de alcohol fue del 72 % en nuestro estudio lo cual está acorde con los realizados a nivel de Colombia y EEUU en los que se demostró que la prevalencia de vida fue 1.5 veces mayor que la encontrada en un estudio de consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de 10 y 11 grado en el municipio de Marinilla-Antioquia- Arango,1997 ; 1.1 veces mayor que la encontrada en población general en Colombia en 1987 (Torres Et Murelle, 1987); y 1.2 veces mayor que la reportada en población general de Santa Fe de Bogotá por la Unidad Coordinadora de Prevención Integral de la Alcaldía Mayor en un estudio de 1992 (91.4% vs. 75.6%) (Unidad Coordinadora de Prevención Integral- Alcaldía Mayor de Santa Fe de Bogotá-, 1995). Al comparar la prevalencia de vida entre los encuestados con los informes del programa “Monitoreando el futuro” en estudiantes de High School de Estados Unidos, se observa que igual que en Colombia, el alcohol es también la sustancia de mayor consumo y que en el período 1975-1985 la prevalencia de vida reportada fue en promedio de 92.4%, lo cual es muy similar a la encontrada en la población de estudio (National Institute on Drug Abuse. Monitoring the Future Study, 1996).

La prevalencia de vida del alcohol fue del 43% para el grupo de 14-16 años siendo en el 53% para el sexo femenino a diferencia que lo encontrado en otros estudios, el consumo fue mayor en mujeres que en hombres en todos los tipos de prevalencia calculados debido que estos colegios en ciertos casos no eran mixtos.

En estudios realizados en Nicaragua se demostró que la prevalencia de vida muestra una tendencia distinta de la nacional, es decir más alta que la del consumo en América Latina en el año del 2004 para el tabaco respecto al alcohol, pero la prevalencia mensual muestra la misma tendencia, es decir, mayor para el consumo de tabaco que para el del alcohol. La edad entre los 8 y 11 años marcó el inicio del consumo de alcohol y de tabaco, en el 80% de los que han consumido alcohol y en el 60% de los que han consumido tabaco.

La prevalencia de consumo por año en un periodo de tres meses o más fue del 10%, la prevalencia diaria de alcohol en los estudiantes encuestados fue del 24%. El último consumo de alcohol el día anterior a la encuesta fue del 19% en más de seis meses y del 18% hace dos días o más de una semana. La prevalencia de consumo de alcohol en base al último consumo fue del 35% para más de 11 vasos diarios. La prevalencia de consumo de alcohol semanal en base al último consumo fue del 35% para más de 11 vasos diarios. La prevalencia de consumo de alcohol en base al último consumo fue del 35% para más de 21 vasos mensuales.

El hecho de que las prevalencias descritas de consumo de bebidas alcohólicas sean mayores en la población de estudio con respecto a la población general de otras investigaciones, es consistente con lo reportado en la literatura, en la cual se menciona que el consumo de alcohol se incrementa con el nivel educativo.

Sin embargo, llama la atención que en este subgrupo de población los indicadores de prevalencia de consumo son mayores que los calculados por los estudios realizados en población universitaria en general y en población de Santa Fe de Bogotá, lo cual podría deberse a factores que determinan un patrón de consumo diferente en este grupo de estudio (como por ejemplo, el estrato socioeconómico) o a que el tiempo de duración de la carrera ( en promedio 6 años, lo cual influye en la magnitud de los indicadores calculados.

Otro estudio del CONACE realizado a nivel Nacional 2001 presenta una prevalencia anual y mensual para el consumo de alcohol, en escolares menores de 14 años, de un 42,1% y 17,8% y para el tabaco en 40,9% y 25,7% respectivamente<sup>8</sup>

En nuestro estudio los estudiantes que consumen tabaco y alcohol en un 45 y 42 % respectivamente viven con ambos padres, en un 61 y 62 % respectivamente tienen un

---

<sup>8</sup> CONACE. IV Estudio nacional del consumo de drogas en Chile. 2000. Investigación a cargo del centro de Estudios Sociológicos de la Pontificia Universidad Católica de Chile DESUC. Chile; 2000

trabajo en la actualidad, en el 63 % de los estudiantes que consumen tabaco y en el 58% de los que consumen alcohol el trabajo que desempeñan es un ingreso económico para sus familias en la actualidad, esto facilita básicamente el consumo debido a que se les hace más fácil conseguir dinero para adquirir y consumir estas sustancias.

En el 56% de los padres y el 45% de las madres de los estudiantes que consumen alcohol solo tienen como nivel de instrucción la primaria, lo que favorece a que estos jóvenes consuman debido a que los padres no tienen en ciertos casos conocimientos sobre el daño que pueden causar estas sustancias a sus hijos.

Se demuestra que según el consumo de alcohol y tabaco en el 63 % y 59% respectivamente los padres de los estudiantes no consumen estas sustancias, lo cual no influye en el consumo en base a que muchas veces los medios de comunicación se encargan de promocionar la venta tanto del tabaco como del alcohol.

En el 29% de las madres de los estudiantes que consumen tabaco se desempeñan como amas de casa y el 39% de los padres trabajan como obreros. En el 38% de las madres de los estudiantes que consumen alcohol se desempeñan como obreras al igual que el 46% de los padres, esto facilita en muchos casos el consumo por lo que los jóvenes no tienen control por parte de los padres debido a que permanecen solos la mayor parte del día y esto facilita de alguna manera que consuman.

Se observó que en el grupo de amigos no consumen tabaco y alcohol en un 51% y 56% respectivamente. Lo que hace que los estudiantes de nuestro estudio en ciertos propicien el consumo a otras personas y no dependan de los amigos para consumir.

## **CAPITULO X**

### **CONCLUSIONES.**

En base a los resultados, análisis y discusión se llega a las siguientes conclusiones:

- ✚ La prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas lícitas fue de 72% alcohol y 40% en tabaco.
- ✚ El consumo de alcohol fue mayor en el grupo de edad de 17-19 años, en el género femenino, en el Colegio Velasco Ibarra.
- ✚ El consumo de tabaco fue mayor en el grupo de edad de 17-19 años, en el género femenino, en el Colegio Velasco Ibarra.
- ✚ La prevalencia de vida en alcohol fue de 43% entre los 14-16 años y para el tabaco del 21% en el mismo rango de edad.
- ✚ El riesgo familiar y social que más se relacionó con el consumo de sustancias psicoactivas fue el nivel de educación del padre que fue mayor en la primaria y la ocupación que mayor porcentaje presentó fue la de obrero. Se destaca la educación de la madre mayoritariamente en el nivel secundario y superior.
- ✚ Se cumplió con el objetivo de impartir charlas en los cinco colegios del presente estudio.

## **CAPITULO XI**

### **RECOMENDACIONES**

Todo proceso de investigación es un acercamiento más al conocimiento de la realidad, en esta experiencia obtenida se ve claramente uno de los problemas fundamentales de la población manabita. Lo cual permite hacer las siguientes recomendaciones:

- 1) A la Universidad se recomiendan posteriores estudios de prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de la Universidad Técnica de Manabí para determinar la prevalencia a nivel de los estudiantes de nivel superior.
- 2) Realizar un proyecto de intervención orientado a los grupos que consumen sustancias psicoactivas.
- 3) A las autoridades de salud, municipales y empresariales tome un rol activo en la prevención sobre el uso de las drogas con la exposición de vallas publicitarias antidrogas y promocionar la buena salud.
- 4) A los colegios se recomienda que se desarrolle más el área de Psicología a nivel nocturno y que se atienda a los estudiantes y a sus familiares y conocidos que desean charlas privadas de prevención, tratamiento y rehabilitación de alcoholismo, tabaquismo y drogadicción.

**Parte**  
**Referencia**

## PRESUPUESTO

<b>EGRESOS DEL PROYECTO</b>	
<b>CUENTAS</b>	<b>CANTIDAD</b>
MATRICULA SEMINARIO ELABORACION TESIS	<b>30</b>
TRANSPORTE SEMINARIO	<b>30</b>
ESPECIE VALORADA	<b>\$ 3</b>
TRABAJO REALIZADOS EN COMPUTADORA	<b>\$ 40</b>
COPIAS	<b>\$ 5</b>
OTROS EGRESOS	<b>\$ 25</b>
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 133</b>

<b>EGRESOS PARA EL DESARROLLO DE LA TESIS</b>	
<b>CUENTAS</b>	<b>CANTIDAD</b>
MATERIALES	<b>\$ 250</b>
GASTOS TRANSPORTE	<b>\$ 150</b>
BORRADOR DE TESIS	<b>\$ 200</b>
COPIAS	<b>\$50</b>
ENCUADERNIZACION DE TESIS	<b>\$50</b>
OTROS	<b>\$ 250</b>
<b>TOTAL</b>	<b>950</b>





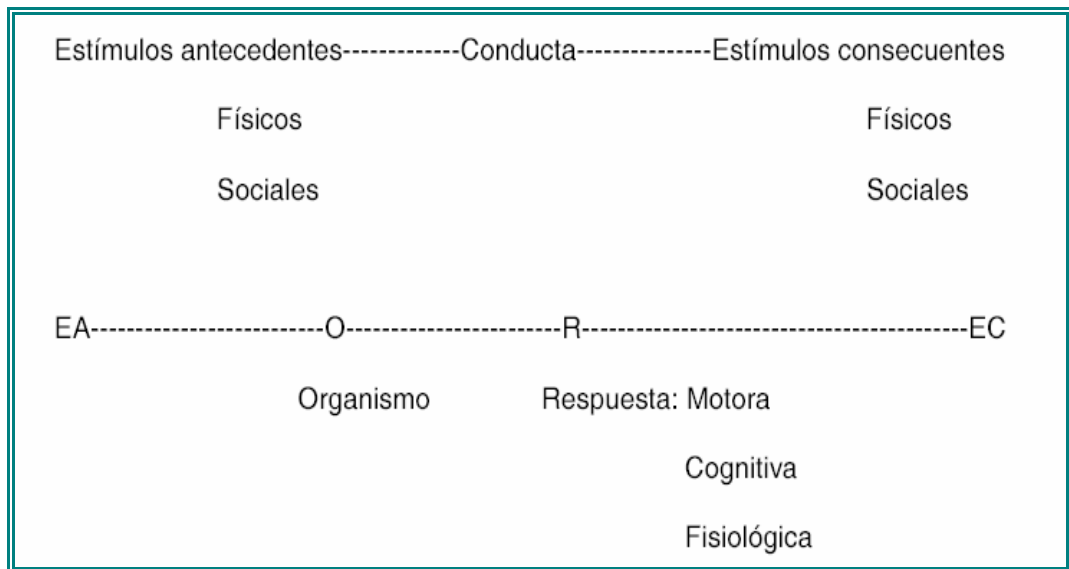
## BIBLIOGRAFIA

- ✚ BERKOW R, Fletcher A, editores. El Manual Merck, 10ma ed, Océano/Centrum, Barcelona 1999.
- ✚ Catálogo 2003 de la Universidad Francisco Gavidia. Editorial Maya. El Salvador 2003.
- ✚ Consumo de sustancia psicoactivas en Argentina; 2000, Argentina.
- ✚ Consumo de sustancias psicoactivas capaces de producir dependencias - 1 ed. - San José, Costa Rica, 2003. Curso especial de postgrado en Atención Integral para Médicos Generales.
- ✚ Diccionario de Medicina. 4ta ed: Océano Mosby; 2002.
- ✚ Editorial El Manual Moderno. México, 2001.
- ✚ Estudio nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, 2001
- ✚ FARRERAS, R.: Medicina interna. [Libro texto en CD-ROM] 14ava ed., Harcourt multimedia, s.a, Madrid 2000.
- ✚ OMS: Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas, 2004
- ✚ Rodes Texidor, Medicina Interna; Alcoholismo y problemas relacionados con el alcohol; Capitulo 7; tomo I; Pag. 2242, España 1999
- ✚ Sistema Vespa, Santa Fe de Bogotá, D.C.; Consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de carreras técnicas y tecnológicas de Santa Fe De Bogotá, 2000.
- ✚ Tapia Confer, Roberto. Las Adicciones: Dimensiones, Impacto y Perspectivas.
- ✚ Torres de Galvis, Y. (2001) Resultados sistema de vigilancia epidemiológica sobre uso indebido de sustancias psicoactivas “VESPA”. Medellín.
- ✚ ARANGO, Luz y cols; Consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de décimo y undécimo grado, Marinilla – Antioquia, 1996; Volumen XXII.

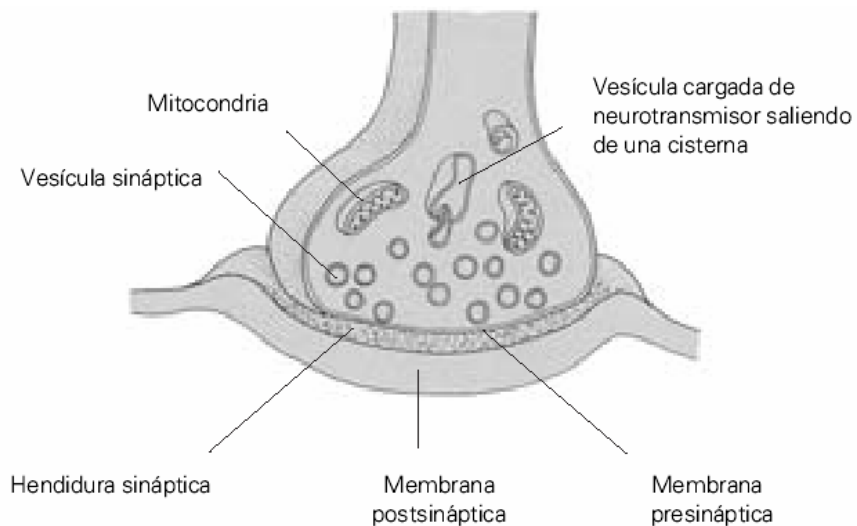
## ANEXOS

### ANEXO N° 1

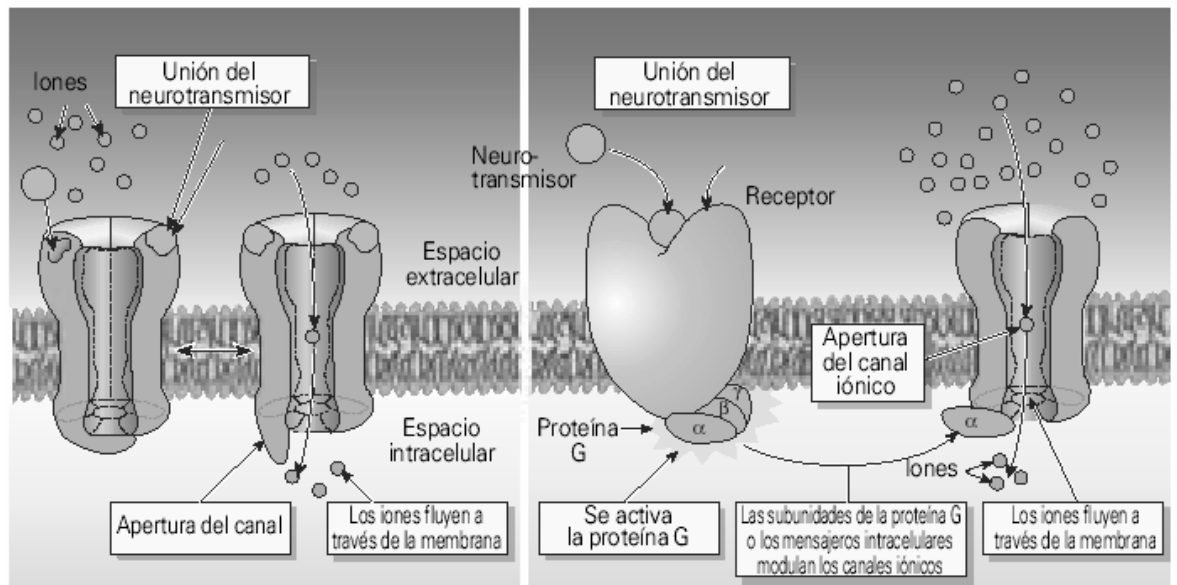
#### FISIOPATOLOGIA DEL CONSUMO



### ANEXO N° 2



### ANEXO N° 3



Fuente: Rosenzweig MR, Leiman AL, Breedlove SM (1999) *Biological psychology*, 2ª ed. Sunderland, MA, Sinauer Associates. Con el permiso de la editorial.

## ANEXO N° 4

Sustancia	Mecanismo de acción principal	Tolerancia y síndrome de abstinencia	Consumo prolongado
Etanol	Aumenta los efectos inhibidores del GABA y reduce los efectos excitadores del glutamato. Los efectos reforzantes probablemente estén relacionados con el aumento de la actividad de la vía dopaminérgica mesolímbica.	Aparece tolerancia debido al aumento del metabolismo hepático y a los cambios de los receptores cerebrales. El síndrome de abstinencia del consumo crónico puede incluir temblores, sudoración, debilidad, agitación, cefaleas, náuseas, vómitos, convulsiones y <i>delirium tremens</i> .	Alteraciones funcionales y estructurales cerebrales, especialmente en la corteza prefrontal; deterioro cognitivo; disminución del volumen cerebral.
Nicotina	Activa los receptores colinérgicos nicotínicos. Aumenta la síntesis y liberación de dopamina.	Aparece tolerancia, mediada por factores metabólicos y cambios de los receptores. El síndrome de abstinencia se caracteriza por irritabilidad, hostilidad, ansiedad, humor deprimido, disforia, disminución de la frecuencia cardíaca y aumento del apetito.	Los efectos del consumo de tabaco sobre la salud están bien documentados; es difícil separar los efectos de la nicotina de los de otros componentes del tabaco.

## ANEXO N° 5

TABLA 213.1. Medidas en centímetros cúbicos de alcohol puro bebidas en un día laborable y uno de fin de semana y porcentaje de bebedores según sexo

	<i>Día laborable</i>		<i>Fin de semana</i>	
	<i>Media mL</i>	<i>% bebedores</i>	<i>Media mL</i>	<i>% bebedores</i>
TOTAL	28,01	23,2	26,61	44,80
SEXO				
Varones	31,13	35,80	31,87	59,90
Mujeres	18,71	11,30	16,91	30,50

## ANEXO N° 6

### TEST CAGE

#### Características

Es un instrumento muy simple y corto, pero muy eficaz para detectar alcoholismo en la población general. En nuestro país se detecta el 92.1% de los enfermos.

Consta de cuatro preguntas:

C: **Cut Down: Disminuir:** se requiere a la necesidad sentida por el sujeto, de reducir la cantidad de licor que consume.

A: Annoyed: Molesto: se refiere a si el sujeto se siente molesto, porque le critican su manera de beber.

G: Guilty: Culpa: se refiere a si el sujeto se siente culpable por su manera de beber.

E: Eye opened: Trago matutino: se refiere a si el sujeto ha necesitado, en algún momento de un trago en la mañana para quitarse la goma.

#### CAGE

1. ¿Ha sentido usted alguna vez la necesidad de disminuir la cantidad de alcohol que toma?

SI NO

2. ¿Se ha sentido molesto porque le critican su manera de beber?

SI NO

3. ¿Se ha sentido usted alguna vez mal o culpable por su manera de beber?

SI NO

4. ¿Ha tomado usted alguna vez un trago, a primera hora de la mañana, para calmar los nervios o quitarse la goma?

SI NO

#### Administración

Se recomienda su aplicación en la primera entrevista. No es apropiado para seguimiento. Puede ser autoaplicado.

#### Interpretación

La calificación se determinó por el número de respuestas positivas.

✂ 0 – 1 Respuesta positiva: No alcohólico.

✂ 2 Respuesta positiva: Alto riesgo de alcoholismo.

✂ 3-4 Respuesta positiva: Alcohólico.

Es de suma importancia que toda persona que se detecte con problemas de consumo de drogas, se motive a tratamiento. Clarificar la magnitud del problema y sus consecuencias puede servir de estímulo para buscar ayuda.

## ANEXO N° 7

### MICHIGAN ALCOHOLISM SCREENING TEST VERSION ABREVIADA

#### IAFA

#### (MASTA)

#### **Características**

La prueba tamiz de Alcoholismo de Michigan es un instrumento de entrevista muy práctico y ágil, de fácil aplicación e interpretación que permite detectar a la población con problemas de alcoholismo. El instrumento en nuestro país detecta el 8.2% de los afectados.

Consta de trece preguntas que evalúan aspectos físicos, psicológicos y sociales.

#### **Administración**

Debe ser administrado en la primera entrevista, no se usa para seguimiento. Lo puede aplicar personal entrenado o puede ser autoadministrado.

#### **Interpretación**

Cada pregunta tiene un puntaje asignado, se suman todos para determinar el rango diagnóstico.

0-4 No alcohólico

5-6 Alto riesgo de alcoholismo o más Alcohólico

## ANEXO N° 10

### TEST DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA DE FAGERSTROM

La siguiente prueba sirve para medir la severidad de su dependencia a la nicotina y será útil en la definición de la intensidad de tratamiento.

1. ¿Cuánto tiempo después de haberse despertado fuma el primer cigarrillo?

\_\_\_\_\_ En los primeros cinco minutos (3 puntos)

\_\_\_\_\_ De 6 a 30 minutos (2 puntos)

\_\_\_\_\_ De 31 a 60 minutos (1 punto)

\_\_\_\_\_ Después de 60 minutos (0 puntos)

2. ¿Es difícil para usted no fumar en áreas donde es prohibido?

\_\_\_\_\_ Si (1 punto)

\_\_\_\_\_ No (0 puntos)

3. ¿Cuál cigarrillo le costaría más dejar?

\_\_\_\_\_ el primero de la mañana (1 punto)

\_\_\_\_\_ Cualquier otro (0 puntos)

4. ¿Cuántos cigarrillos fuma por día?

\_\_\_\_\_ 10 ó menos ( 0 puntos)

\_\_\_\_\_ 11 a 20 (1 punto)

\_\_\_\_\_ 21 a 30 (2 puntos)

\_\_\_\_\_ 31 a más (3 puntos)

5. ¿Fuma más en las primeras horas de la mañana que el resto del día?

\_\_\_\_\_ Si (1 punto)

\_\_\_\_\_ No (0 puntos)

6. ¿Fuma usted incluso si tiene que quedarse en cama por enfermedad?

\_\_\_\_\_ Si (1 punto)

\_\_\_\_\_ No (0 puntos)

### Evaluación

Dependencia baja – media = 0 a 5 puntos

Dependencia alta = 6 a 10 puntos

## ANEXO N° 11

### PREVALENCIA DE CONSUMO DE DROGAS, ULTIMO AÑO, SEGÚN

#### EDAD

Droga	12 a 13	14 a 16	17 a 19	en el año (%)
<b>Tabaco</b>	<b>10.7</b>	<b>31.4</b>	<b>47.4</b>	44.5
<b>Alcohol</b>	<b>47.9</b>	<b>59.7</b>	<b>77.3</b>	79.6

\* Fuente: INEI-CONTRADROGAS



## ANEXO 12



**UNIVERSIDAD TECNICA DE MANABI  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE MEDICINA**

### **FICHA RECOLECTORA DE LA INFORMACION.**

La presente ficha se elaboró con la finalidad de recolectar los datos de Prevalencia y Características del consumo de sustancias psicoactivas lícitas en estudiantes de colegios nocturnos fiscales del área urbana de la ciudad de Portoviejo, 2005, en base a las variables establecidas en el estudio.

**Fecha:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Nº Ficha:** \_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_\_ años.

**Colegio:** \_\_\_\_\_

**Procedencia:** \_\_\_\_\_

**Estado Civil:** \_\_\_\_\_

**Grado que cursa:** \_\_\_\_\_

**Género:** M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

**1. Ha consumido usted alguna vez tabaco:**

SI \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_

**2. A que edad empezó a consumir tabaco:** \_\_\_\_\_

**3. Ha fumado diariamente por tres meses o más**

SI: \_\_\_\_\_

NO: \_\_\_\_\_

**4. Fuma usted tabaco diariamente, semanalmente o menos que semanalmente**

Diario \_\_\_\_\_

Una vez por semana pero no diario \_\_\_\_\_

Menos que una vez por semana \_\_\_\_\_

Esporádicamente \_\_\_\_\_

Ninguna \_\_\_\_\_

**5. Cuando fumó tabaco la última vez**

Ayer u hoy \_\_\_\_\_

Hace dos días o más de una semana \_\_\_\_\_

Hace una semana a un mes \_\_\_\_\_

Hace un mes a seis meses \_\_\_\_\_

Más de seis meses \_\_\_\_\_

**6. Cuantos cigarrillos fuma por día** \_\_\_\_\_

**7. Cuantos cigarrillos fuma por semana** \_\_\_\_\_

**8. Cuantos cigarrillos fuma por mes** \_\_\_\_\_

**9. Ha consumido usted alguna vez bebidas alcohólicas:**

SI \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_

**10. A que edad empezó a consumir bebidas alcohólicas:** \_\_\_\_\_

**11 Ha consumido alguna bebida alcohólica diariamente por tres meses o más**

SI: \_\_\_\_\_

NO: \_\_\_\_\_

**12. Consume usted bebidas alcohólicas diariamente, semanalmente o menos que semanalmente**

Diario \_\_\_\_\_

Una vez por semana pero no diario \_\_\_\_\_

Menos que una vez por semana \_\_\_\_\_

Esporádicamente \_\_\_\_\_

Ninguna \_\_\_\_\_

**13. Cuando consumió bebidas alcohólicas la última vez**

Ayer u hoy \_\_\_\_\_

Hace dos días o más de una semana \_\_\_\_\_

Hace una semana a un mes \_\_\_\_\_

Hace un mes a seis meses \_\_\_\_\_

Más de seis meses \_\_\_\_\_

**14. Cuantos vasos consume por día** \_\_\_\_\_

**15. Cuantos vasos consume por semana** \_\_\_\_\_

**16. Cuantos vasos consume por mes** \_\_\_\_\_

**17. Con quién vive en la actualidad?**

Padres \_\_\_\_\_

Madre: \_\_\_\_\_

Papa \_\_\_\_\_

Tíos \_\_\_\_\_

Hermanos \_\_\_\_\_

Otro familiar \_\_\_\_\_

Esposa (o) \_\_\_\_\_

Conviviente \_\_\_\_\_

**18. Actualmente trabaja?**

Si

No

**19. Es un ingreso económico su trabajo?**

Si

No

**20. Su familia lo apoya económicamente?**

Si

No

**21. De su trabajo dependen otras personas?**

Si

No

**22. Sus padres estudiaron?**

**Su padre estudió: SI NO**

Primaria : Completa Incompleta

Secundaria: Completa Incompleta

Superior: Completa Incompleta

**Su madre estudió: SI NO**

Primaria : Completa Incompleta

Secundaria: Completa Incompleta

Superior: Completa Incompleta

**23. Sus padres han sido?**

Consumidores de droga:- \_\_\_\_\_

Consumidores de alcohol: \_\_\_\_\_

No consumen: \_\_\_\_\_

**24. Actualmente en que trabajan sus padres?**

Padre: \_\_\_\_\_

**25. Entre el grupo de amigos que frecuenta existen?**

Consumidores de droga:- \_\_\_\_\_

Consumidores de alcohol: \_\_\_\_\_

No consumen: \_\_\_\_\_

## **ANEXO 13**

### **Instructivo para llenar Anexo 1.**

1. El presente cuestionario se llenará a lápiz o a pluma.
2. Solo se marcará una respuesta por Ítem en la preguntas 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 17, 18,19,20, 21, 22. Si se marcan más de una opción en estas preguntas se anulará la respuesta.
3. En las preguntas 4, 5, 11, 12, 14 ,16 y 25 se llenarán con letra imprenta o números cardinales la respuesta correspondiente.
4. En las preguntas restantes se pueden marcar varias opciones o encerrar en un círculo la respuesta que corresponda.

**ANEXO 14**  
**CHARLAS COLEGIO PORTOVIEJO**



**ANEXO 15**  
**CHARLAS COLEGIO PORTOVIEJO**



**ANEXO 16**  
**CHARLAS COLEGIO VELASCO IBARRA**



**ANEXO 17**  
**CHARLAS COLEGIO VELASCO IBARRA**





**ANEXO 18**  
**COLEGIO OLGA VALLEJO**



**ANEXO 19**  
**COLEGIO OLGA VALLEJO**



**ANEXO 19**  
**CHARLAS COLEGIO OLMEDO**



**ANEXO 20**  
**CHARLAS COLEGIO OLMEDO**

