

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Durante la adolescencia se presentan cambios tanto a nivel fisiológico, como a nivel psicológico, que llevan al adolescente a establecer otro tipo de relaciones en el medio en que se desenvuelve. Las relaciones con el grupo de pares se hacen más estrechas y además se produce el desprendimiento real de la familia. No obstante el papel de la familia es primordial en esta etapa, ya que las estructuras familiares ponen en funcionamiento desde una edad muy temprana y de forma definitiva tres aspectos de la conducta del individuo, que engloban la totalidad del comportamiento: cómo pensar y enjuiciar, cómo actuar y experimentar y, cómo sentir y gozar. Debido a la inestabilidad que caracteriza a los adolescentes, es frecuente que presenten síntomas de diversos trastornos psicológicos que tienden a desaparecer con la conclusión de esta etapa, siendo la depresión es uno de ellos. Uno de los riesgos más importantes al presentar sintomatología depresiva, es que algunos adolescentes adoptan conductas de riesgo, una de ellas el consumo de drogas, como un refugio para evadir su realidad, negarla o enfrentarla.¹

En los últimos años el consumo de drogas legales, ilegales y médicas a nivel mundial resulta mucho más prevalente. Sin embargo, se ha visto un descenso en los consumos de

¹ ANDRADE P., DÍAZ-LOVING, R. “Ambiente Familiar y Características de Personalidad de los Adolescentes”. Revista de Psicología Social y Personalidad. vol. 2 No 13, pag 199-210. México. 2000.

tabaco y alcohol en los adolescentes, y un incremento en el consumo de drogas ilícitas como la marihuana, la cocaína y la pasta base de cocaína². Por tal razón, es importante conocer cuáles son las características que hace complejo y de alto riesgo el proceso del uso, abuso y dependencia de sustancias.

Según el Estudio Nacional a Hogares sobre Consumo de Drogas 2007, elaborado por el CONSEP, entre los principales factores de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas destacan: los aspectos culturales, la desintegración familiar, la migración, la falta de control y comunicación en la familia, la falta de educación integral en los niveles educativo, comunitario-familiar, la deficiencia del sistema educativo, la presión de grupo e inadecuada utilización del tiempo libre.³ Por tanto, conocer el ambiente familiar de los adolescentes, permite conocer parcialmente cómo está influyendo en las actividades y problemáticas a las que continuamente se enfrentan, permite además, reconocer, si la estructura familiar puede ser un factor protector presente durante la etapa de la adolescencia. Se ha demostrado que los conflictos en la familia, el hecho de permanecer más tiempo con los amigos que con la familia, el vivir con un solo padre o en hogares reconstituidos pero que impliquen ambientes inadecuados son indicadores significativos

² ALMONTE, C. Y MONTT, M. "Psicopatología infantil y de la adolescencia". Ed. Mediterráneo. Chile. 2012.

³ CONSEP. "Plan Nacional de Prevención Integral de Drogas 2012-2013". Consejo Directivo del Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. 2012.

de uso de drogas, consumo de alcohol y tabaco en los adolescentes.⁴ Dentro de los principales factores protectores destacan: pertenecer a una familia nuclear, ser un hijo/a deseado/a, la resiliencia, que es la capacidad que tiene un adolescente de recuperarse frente a la adversidad para seguir proyectando su futuro, tener un proyecto de vida, etc.⁵

Muchos jóvenes que experimentan con drogas ilegales, no progresarán hasta la adicción, pero muchos otros que se inician de forma casual irán avanzando hacia un consumo cada vez más problemático. El inconveniente es que en un inicio, no se sabe quiénes pasarán a un abuso y dependencia de estas sustancias. La detección de factores protectores y de riesgo e intervención precoz son cruciales.

⁴ ANDRADE P., DÍAZ-LOVING, R. "Ambiente Familiar y Características de Personalidad de los Adolescentes". Revista de Psicología Social y Personalidad. vol. 2 No 13, pag 199-210. México. 2000.

⁵ VALDÉS, M. Y col. "Familia, Factores protectores, Resiliencia y Conductas de Riesgo". Boletín de Investigación N° 14, Fac. Educación. 1999.

CAPÍTULO II

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1. USO, ABUSO Y DEPENDENCIA DE DROGAS

2.1.1. CONCEPTOS:

Droga.- Según la Organización Mundial de la Salud, se denomina droga a toda sustancia que, introducida en el organismo vivo por cualquier vía de administración, produce una alteración, de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas. Las alteraciones que las drogas pueden causar son muy variadas: excitar (como lo hacen las drogas clasificadas como estimulantes); tranquilizar, calmar o eliminar el dolor (como lo hacen las drogas clasificadas como depresoras); ocasionar trastornos perceptivos de diversa intensidad (como las drogas denominadas alucinógenas).⁶

Uso de drogas.- La distinción entre uso no patológico de sustancias, el uso problemático, el abuso y la dependencia es uno de los mayores problemas de diagnóstico diferencial. La distinción entre uso y abuso se corresponde más a lo cultural que a lo psicofarmacológico, poniendo la frontera de abuso en el consumo más allá de lo culturalmente establecido.⁷ Consumir una droga no significa necesariamente que alguien pueda convertirse en drogodependiente. Es necesario diferenciar entre los diferentes grados de uso y abuso.⁶

⁶ Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia. 33º informe. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003. (OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 915).

⁷ Stahl StM. "Psicofarmacología esencial". Ed. Ariel. Barcelona. 2002.

- **Uso:** utilización que se hace de una droga en un determinado momento y por medio del cual se descubren unos efectos determinados, como consecuencia de dicho consumo.
- **Uso experimental:** uso de cualquier droga de una a cinco veces, a lo largo de la vida del adolescente.⁸
- **Uso regular:** se refiere al uso de cualquier droga, por más de cinco veces, a lo largo de la vida del adolescente.⁸

Abuso de drogas.- Se define como la utilización excesiva, persistente o esporádica, de un fármaco de forma incongruente o desvinculada con la práctica médica admisible. Así pues, el uso intencional de dosis excesivas, o el uso premeditado de dosis terapéuticas con fines distintos de la indicación para la cual el fármaco ha sido prescrito, se considera un abuso de drogas. Las expresiones uso indebido y uso no médico se consideran sinónimas de abuso de drogas.⁹ Es difícil identificar los signos precoces y sutiles del uso de sustancias que producen dificultades psicosociales o laborales, ya que la evaluación de la discapacidad dependerá, entre otras cosas, de la tolerancia cultural y familiar de tal uso. Cuando aparece un patrón de cambios conductuales desadaptativos, se puede pensar que

⁸ EDWARDS G, ARIF A. "Nomenclature classification of drug and alcohol related problems. A World Health Organization memorandum. Bulletin World Health Organization. 1981. No. 59. 225-42.

⁹ Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia. 33º informe. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003. (OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 915).

la persona ha pasado del uso al abuso. Es una etapa previa a la dependencia y de menor gravedad.¹⁰

Tabla 1. Criterios para Diagnóstico de abuso de sustancias según DSM-IV-TR y consumo perjudicial según CIE-10.

Criterios para abuso de sustancias (DSM) y/o consumo perjudicial (CIE)	
Abuso de sustancias (DSM-IV-TR)	Consumo perjudicial (CIE-10)
<p>A) Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa. 2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso. 3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia. 4. Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia. <p>B) Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Debe haber pruebas claras de que el consumo de una sustancia ha causado (o contribuido sustancialmente) un daño físico o psicológico, incluido el deterioro de la capacidad de juicio o alteraciones del comportamiento. 2. La naturaleza del daño debe ser claramente identificable (y especificada). 3. La forma de consumo ha persistido por lo menos un mes o se ha presentado reiteradas veces en un período de 12 meses. 4. El trastorno no cumple criterios para ningún otro trastorno mental o del comportamiento relacionado con la misma sustancia en el mismo período de tiempo (excepto para la intoxicación aguda).

Fuente: Sociedad Española de Toxicomanías. "Tratado SET de Trastornos Adictivos". Ed. Panamericana. España. 2006.

¹⁰ Sociedad Española de Toxicomanías. "Tratado SET de Trastornos Adictivos". Ed. Panamericana. España. 2006.

Adicción.- Aunque la palabra «drogadicción» se eliminó hace muchos años de la terminología técnica de la OMS, todavía es muy utilizado como término general. Por ejemplo, la palabra adictivo se emplea por lo general con el significado de «que engendra dependencia». Cuando la voz «drogadicción» se usa como término técnico parece referirse a casos graves de dependencia. No obstante, dado que no existe una definición de adicción aceptada en todo el mundo, es imposible saber a ciencia cierta en qué medida la adicción difiere de la dependencia.¹¹ Sin embargo, se considera la adicción como un proceso *continuum*; en el cual el uso no patológico se situaría en un extremo y la dependencia en el otro, estando el uso problemático y el abuso entre ambos extremos.¹²

Farmacodependencia o drogodependencia.- La OMS la define como el estado psíquico y, a veces, físico causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y un fármaco (droga), que se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones, que comprenden siempre un impulso irreprimible a tomar el fármaco (droga) en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para evitar el malestar producido por la privación.¹¹

¹¹ Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia. 33º informe. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003. (OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 915).

¹² Sociedad Española de Toxicomanías. “Tratado SET de Trastornos Adictivos”. Ed. Panamericana. España. 2006.

En la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)¹³ se destacó a la pérdida de control por sobre la conducta toxicófila del individuo como la noción básica de farmacodependencia y estableció directrices diagnósticas para el síndrome de dependencia con seis puntos de control. Dos de ellos se refieren al estado de abstinencia y a la tolerancia y los cuatro restantes se pueden considerar manifestaciones diferentes del estado de dependencia en sí. Para poder hacer un diagnóstico positivo del síndrome de dependencia, se deben cumplir por lo menos tres de los seis criterios. De este modo, aún cuando se produzca tanto tolerancia como abstinencia, ello no es suficiente para que se cumplan los requisitos del síndrome de dependencia, excepto si se cumple alguno de los cuatro criterios restantes. A la inversa, incluso si no se produce abstinencia ni tolerancia, un individuo todavía puede padecer de un síndrome de abstinencia si se cumplen tres de los cuatro criterios restantes.¹⁴

Por consiguiente, es correcto decir que la abstinencia y la tolerancia no son necesarias ni suficientes para establecer un diagnóstico positivo de síndrome de dependencia. No obstante, un excesivo hincapié en esto puede llevar a creer equivocadamente que el síndrome de abstinencia no guarda relación con la dependencia. El síndrome de abstinencia es uno de los seis criterios de los que por lo menos se han de cumplir tres para establecer un diagnóstico positivo de síndrome de dependencia.

¹³ Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10). Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 2003.

¹⁴ Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10). Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 2003.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM–IV-TR): La dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos, en los cuales el consumo de una sustancia adquiere la máxima prioridad para el individuo. Indican que continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida auto administración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia.¹⁵

Tabla 2. Criterios para Diagnóstico de Dependencia de Sustancias según (DSM-IV-TR) y Síndrome de Dependencia según la CIE-10.

Criterios para Dependencia de Sustancias (DSM) y/o Síndrome de Dependencia (CIE)	
Dependencia de Sustancias (DSM-IV-TR)	Síndrome de Dependencia (CIE-10)
<p>Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un periodo continuado de 12 meses:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems: <ol style="list-style-type: none"> a. Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado. 	<p>Deben haberse presentado tres o más de las siguientes manifestaciones durante al menos un mes o, sin persisten durante períodos inferiores a un mes, deben haberse presentado repetidas veces y simultáneamente y en un período de 12 meses:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Un deseo intenso o sensación de compulsión por consumir la sustancia. 2. Disminución de la capacidad para controlar el consumo en lo referente al inicio, término o cantidades consumidas, como se prueba por: consumo frecuente

¹⁵ American Psychiatric Association, “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)”. Barcelona: Masson. 2004.

<p>b. El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.</p> <p>2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:</p> <p>a. El síndrome de abstinencia característico para la sustancia (criterios a y b de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas).</p> <p>b. Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.</p> <p>3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo del que inicialmente se pretendía.</p> <p>4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.</p> <p>5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia.</p> <p>6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.</p> <p>7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o</p>	<p>de cantidades mayores o durante más tiempo del que se pretende, o deseo persistente o esfuerzo sin éxito de reducir o controlar el consumo.</p> <p>3. Un cuadro fisiológico de la abstinencia cuando se reduce o cesa el consumo de la sustancia, como se prueba por el síndrome de abstinencia característico de la sustancia, o por el consumo de la misma (o alguna parecida) con la intención de aliviar los síntomas de abstinencia.</p> <p>4. Pruebas de tolerancia a los efectos de la sustancia tales como: la necesidad de aumentar significativamente la cantidad de sustancia para conseguir intoxicarse o el efecto deseado, o marcada disminución del efecto tras el consumo continuado de la misma cantidad de sustancia.</p> <p>5. Preocupación por el consumo de la sustancia, que se manifiesta por el abandono o reducción de importantes alternativas placenteras o de interés a causa del consumo de la sustancia; o por el empleo de mucho tiempo en actividades necesarias para obtener, consumir o recuperarse de los efectos de la sustancia.</p> <p>6. Consumo persistente de la sustancia a pesar de las pruebas claras de sus consecuencias perjudiciales, que se evidencian por el consumo continuado cuando el individuo tiene en realidad</p>
---	--

persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.	conocimiento, o puede suponer que lo tiene, de la naturaleza y amplitud del daño.
--	---

Fuente: Sociedad Española de Toxicomanías. “Tratado SET de Trastornos Adictivos”. Ed. Panamericana. España. 2006.

- **Dependencia Física:** Presencia de un estado fisiológico alterado que se manifiesta cuando se suprime bruscamente el consumo de la droga, pudiendo aparecer intensos trastornos físicos, como el llamado síndrome de abstinencia agudo, constituido por series específicas de síntomas y signos de carácter psíquico y físico peculiares para cada tipo de sustancia y que desaparecen cuando se reanuda el consumo de la misma. Se usa frecuentemente como sinónimo de adicción.¹⁶

El Comité de Expertos en Farmacodependencia de la OMS (CEF) desaconsejó utilizar la expresión dependencia física (fisiológica) por diversos motivos. En primer lugar, recalcó que la diferencia entre dependencia física (fisiológica) y dependencia psíquica (psicológica) era difícil de establecer en situaciones clínicas.

Tal distinción sería incongruente con la creencia moderna de que todos los efectos farmacológicos son virtualmente explicables en términos biológicos. La expresión dependencia física (fisiológica) se consideró asimismo confusa, dado que los médicos solían interpretar la manifestación del síndrome de abstinencia a la vez como un indicio

¹⁶ PEREIRO GÓMEZ, C. “Manual de Adicciones para Médicos Especialistas en Formación”. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías. España, 2009.

de dependencia física y de farmacodependencia. Sin embargo, el término todavía se utiliza para referirse al estado de adaptación evidenciado por la manifestación de un síndrome de abstinencia al interrumpir la administración del fármaco, o al desarrollo de tolerancia, o a ambos.¹⁷

- **Dependencia Psíquica:** Necesidad irreprimible de buscar, obtener y reiniciar el consumo de la sustancia de forma regular o continuada para producir placer o evitar el malestar, a pesar de los costes personales que ello conlleve. Se utiliza como sinónimo de hábito, es decir, conducta repetitiva motivada en un principio por la falta de sustancia en el cuerpo y posteriormente por la exposición a estímulos y conductas que recuerdan el consumo.¹⁶
- **Dependencia Social:** Necesidad de consumir una droga como manifestación de pertenencia a un grupo social que proporciona signos de identidad claros.

Síndrome de Abstinencia.- Se refiere al conjunto de síntomas y signos que siguen a la abrupta interrupción o a la reducción en el uso de una sustancia o cuando ésta se utiliza para aliviar o evitar los síntomas de privación, o después del bloqueo de las acciones de dicha sustancia con antagonistas (Ejemplo: naloxona en la adicción con heroína). Los síntomas suelen ser opuestos a los producidos después de la exposición a corto plazo de

¹⁷ Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10). Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 2003.

una droga, y es específico de cada sustancia.¹⁸ Como concepto general, se puede afirmar que en aquellas que tiene un efecto principal sedativo (alcohol, barbitúricos, benzodiazepinas) el síndrome de abstinencia se caracteriza por hiperexcitabilidad del SN, pudiendo llegar a producirse delirium o convulsiones. En aquellas sustancias cuyo efecto central es estimulante (cocaína, anfetaminas), la privación se manifiesta como una disminución de la actividad del sistema nervioso y clínicamente como una depresión y fatiga importante, con riesgo de conductas autodestructivas y suicidas.¹⁹

Tolerancia.- Proceso por el cual el organismo se habitúa al uso continuado de una sustancia, con lo que para conseguir los mismos efectos a nivel orgánico o psicológico que se alcanzaban anteriormente con una dosis mínima, se requiere cada vez de una dosis mayor.²⁰ Se establece también cuando se presenta una disminución del efecto con el uso de la misma cantidad de droga.¹⁸

Tolerancia cruzada.- Fenómeno por el cual, la administración repetida de una sustancia provoca tolerancia no sólo a esa droga sino también a otra del mismo tipo, o a veces de otro grupo farmacológico.¹⁸

¹⁸ CAMÍ, J. M.D., Ph.D., FARRÉ, M. M.D., Ph.D. "Drug Addiction". New England Journal of Medicine. 2003. No 349, pág: 975-86.

¹⁹ Sociedad Española de Toxicomanías. "Tratado SET de Trastornos Adictivos". Ed. Panamericana. España. 2006.

²⁰ CAMÍ, J. M.D., Ph.D., FARRÉ, M. M.D., Ph.D. "Drug Addiction". New England Journal of Medicine. 2003. No 349, pág: 975-86.

2.1.2. CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS

Las drogas se pueden clasificar según distintos puntos de vista: por su origen, por su estructura química, por su acción farmacológica, por las manifestaciones clínicas que su administración produce en la conducta humana, por su peligrosidad para la salud, por su consideración sociológica, etc.

2.1.2.1. CLASIFICACIÓN SOCIOLÓGICA

La división de las drogas en legales e ilegales es sobradamente conocida. Se trata de distinguir entre las sustancias respecto de las cuales la sociedad es permisiva y aquellas cuyo tráfico y consumo es penalizado por la ley.

Cada sociedad elabora sus propias leyes en conformidad con su historia, sus tradiciones y su organización sociopolítica, lo cual supone que la posible división no sea válida universalmente, dada la disparidad de criterios jurídico—penales entre los diversos países.²¹

En nuestro país, según este criterio²¹, se divide en:

- Sustancias médicas: y psicofármacos tales como: neurolépticos/tranquilizantes mayores/ antipsicóticos, ansiolíticos/tranquilizantes menores como benzodiacepinas, antidepresivos como los Inhibidores de la recaptación de serotonina, antidepresivos tricíclicos y tetracíclicos.
- Sustancias legales: alcohol, tabaco.

²¹ CONSEP. “Plan Nacional de Prevención Integral de Drogas 2012-2013”. Consejo Directivo del Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. 2012.

- Sustancias ilegales: marihuana, éxtasis, cocaína, heroína, LSD, etc.

2.1.2.2. CLASIFICACIÓN SEGÚN SU ORIGEN

Desde esta perspectiva, nos encontramos con drogas naturales, drogas sintéticas y drogas semisintéticas.

2.1.2.3. CLASIFICACIÓN CLÍNICA

Esta clasificación se realiza en función de las transformaciones que los principios psicoactivos ejercen sobre el sistema nervioso central.²²

2.1.2.3.1. Drogas depresoras de la actividad del SNC: disminuyen o bloquean la actividad y las funciones del SNC. Suelen inducir sedación, somnolencia, enlentecimiento de las reacciones y reducción de la frecuencia cardíaca y respiratoria. En dosis bajas y a corto plazo pueden producir excitación y estimulación. Entre éstas se encuentran:

- Alcohol
- Hipnóticos y barbitúricos
- Benzodiazepinas
- Opiáceos

²² PEREIRO GÓMEZ, C. “Manual de Adicciones para Médicos Especialistas en Formación”. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías. España, 2009.

2.1.2.3.2. Drogas estimulantes de la actividad del SNC: aumentan la actividad del SNC.

Suelen aumentar el nivel de atención y vigilia, pueden producir una sensación subjetiva de mayor rendimiento físico y mental y reducir el apetito.

- Cocaína
- Coca
- Crack
- Anfetaminas
- Xantinas (cafeína, teofilina, bebidas cafeinadas, té, gaseosas)
- SPEED (metanfetaminas)

2.1.2.3.3. Drogas perturbadoras de la actividad del SNC: distorsionan la actividad del

SNC. Suelen producir alteraciones en las funciones psíquicas básicas, dificultad de concentración, atención, razonamiento y memoria. Pueden producir alteraciones en las percepciones, generalmente de tipo espacio-temporal.

- Alucinógenos (LSD, PCP, mescalina, psilocibina)
- Cannabis sativa o marihuana
- Drogas de diseño o éxtasis (MDMA)
- Inhalantes (disolventes, lacas, pinturas, pegamentos)

2.1.3. DROGAS ILEGALES

2.1.3.1. CANNABINOIDES (MARIHUANA)

La Cannabis sativa es una planta dioica, es decir, se distinguen plantas masculinas y femeninas. Las mayores concentraciones de $\Delta 9$ -THC (tetrahidrocannabinol, principal componente psicoactivo del cannabis) se encuentran en los brotes florecidos y, en menor cantidad, en las hojas. Las semillas no contienen $\Delta 9$ -THC. Los brotes y las hojas de la planta femenina secretan una resina. El hachís hace referencia al producto obtenido de ese exudado resinoso con alta concentración de $\Delta 9$ -THC.²³

La variedad de la planta usada con fines recreativos tiene una concentración de $\Delta 9$ -THC de 2-5%. Con las mejoras de cultivo (técnicas de cultivo hidropónico) y mejoras genéticas se han obtenido plantas con mayor concentración de $\Delta 9$ -THC, de hasta un 20%.²⁴

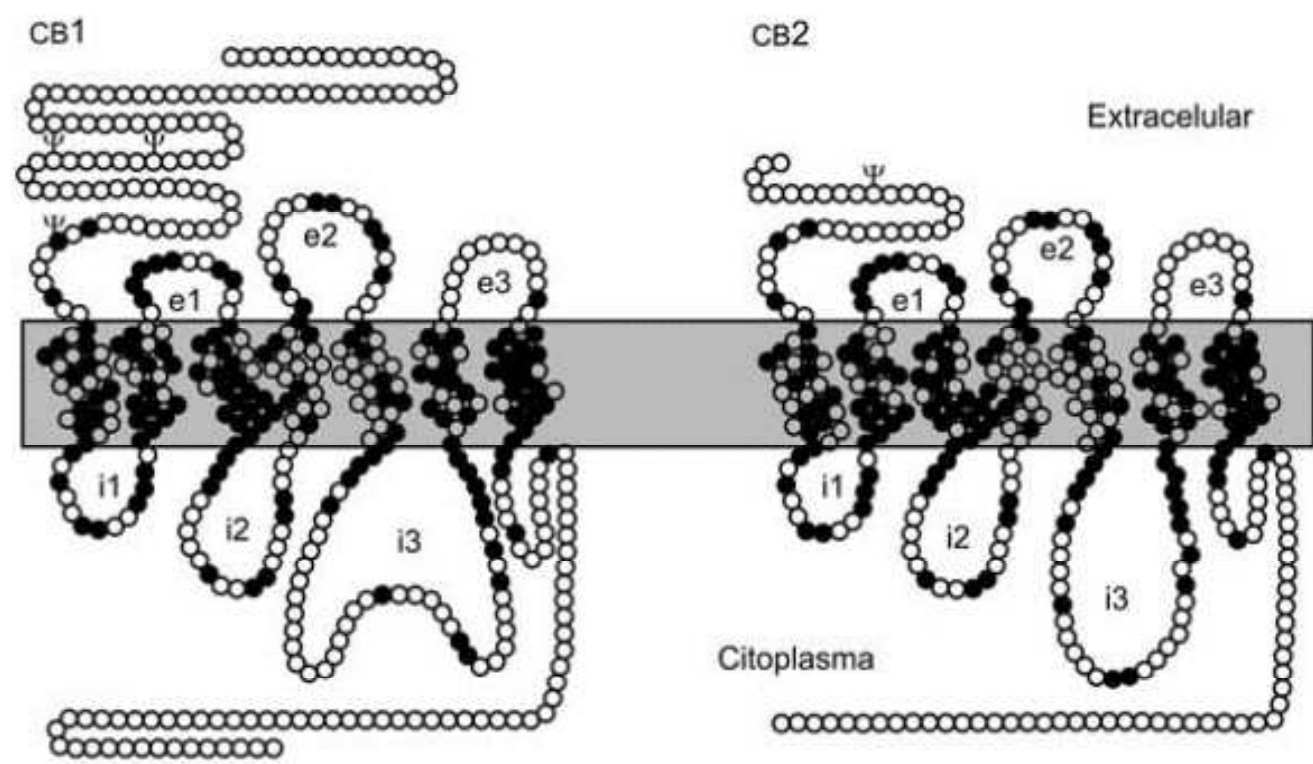
Mecanismo de acción.- Se conoce un sistema de neurotransmisión sobre el que actúan los cannabinoides, es un sistema filogenéticamente antiguo y muy extendido, con un papel relevante en el desarrollo cerebral y regulando funciones fundamentales como el apetito, el metabolismo energético, la analgesia, el control motor, diversos procesos neuroendocrinos, neurovegetativos (temperatura, emesis) o el sistema de recompensa cerebral.²³

²³ PEREIRO GÓMEZ, C. “Manual de Adicciones para Médicos Especialistas en Formación”. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías. España, 2009.

²⁴ MARCHANT, N., MONCHABLON, A. “Tratado de Psiquiatría”. Primera edición. Ed. Grupo Guía. Buenos Aires. 2005.

En 1964 se aisló el Δ^9 -THC. En 1990 se identificó el primer receptor cerebral cannabinoide (receptor CB1) y en 1994 el primer ligando endógeno, la anandamida. En la actualidad están identificados dos receptores cannabinoide: el CB1 presente fundamentalmente en cerebro. El receptor CB2 se relacionó inicialmente con el sistema inmune pero, igualmente se van describiendo otras funciones distintas y una localización más generalizada, incluyendo el cerebro.²⁵

Figura 1. Representación esquemática de los receptores CB1 y CB2. Los receptores tienen siete segmentos transmembrana. (Círculos negros) Aminoácidos comunes a los dos receptores; (círculos vacíos) aminoácidos diferentes; (ψ) sitios consenso de glicosilación. (e1, e2, e3) son asas extracelulares; (i1, i2, i3) son asas intracelulares.



Fuente: Iversen L. The science of marijuana. Oxford University Press. 2000.

En el cerebro, el receptor CB1 se localiza principalmente en cerebelo y ganglios basales indicando un papel en la coordinación motora, en hipocampo con una papel en la

²⁵ HALES, R., YUDOFKY, S., GABBARD, G. "Tratado de Psiquiatría Clínica". Quinta edición, Ed. Elsevier. España. 2009.

memoria, en córtex en relación con la regulación de funciones cognitivas, en tálamo regulando mecanismos del dolor y las emociones o en hipotálamo regulando el apetito. Los dos son receptores acoplados a proteínas G. Los receptores CB1 están localizados primariamente en los axones terminales presinápticos y median una señalización retrógrada en el sistema de endocannabinoides, son éstos los implicados en el abuso de cannabinoides.²⁶

Por tanto los endocannabinoides son liberados de neuronas post sinápticas y activan los receptores en las neuronas presinápticas, inhibiendo la liberación de neurotransmisores. La activación del receptor produce una inhibición de la adenilciclasa y un descenso del AMPc. Los dos ligandos endógenos principales son la anandamida y el 2-araquidonil-glicerol. La anandamida es una molécula con una estructura química muy distinta de los cannabinoides, con menos afinidad receptorial que el Δ^9 -THC, siendo un agonista del receptor CB1. El 2-araquidonil-glicerol es más abundante e interacciona con receptores CB1 y CB2. Es un sistema de neurotransmisión que modula a muchos otros sistemas como el dopaminérgico y el de otras aminos cerebrales como serotonina y noradrenalina, a los sistemas gabaérgico, glutamatérgico y opioide.²⁷

Figura. 2 Mecanismo de Acción de los Cannabinoides

A la izquierda, la estructura del principal cannabinoide psicoactivo, el D^9 -tetrahidrocannabinol y la estructura de los principales cannabinoides endógenos: la anandamida (araquidonil-etanolamida) y el 2-araquidonil-glicerol. A la derecha, principales acciones de los cannabinoides a nivel neuronal. Los

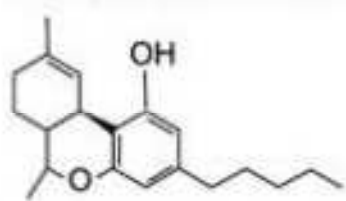
²⁶ CAMÍ, J. M.D., Ph.D., FARRÉ, M. M.D., Ph.D. "Drug Addiction". New England Journal of Medicine. 2003. No 349, pág: 975-86.

²⁷ PEREIRO GÓMEZ, C. "Manual de Adicciones para Médicos Especialistas en Formación". Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías. España, 2009.

cannabinoides se sintetizan a partir de lípidos de membrana, se producen bajo demanda y no se almacenan en vesículas. Los endocannabinoides se producen como consecuencia de aumentos en el Ca^{2+} intracelular e interactúan con CB_1 ubicados en las neuronas presinápticas, modulando la liberación del neurotransmisor (NT). Éste activa a receptores ionotrópicos (iR) y/o metabotrópicos (mR).

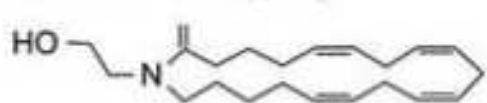
Cannabinoides derivados de plantas

Δ^9 -tetrahidrocanabinol (THC)

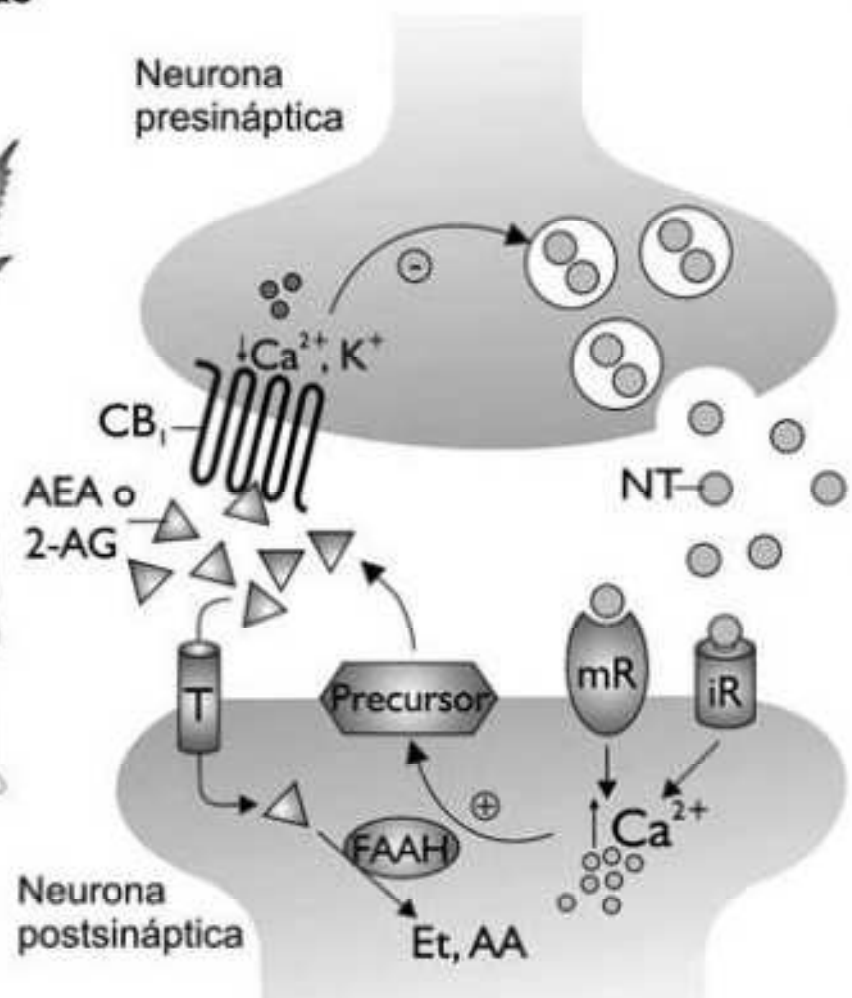
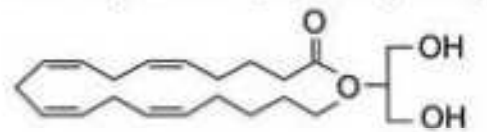


Cannabinoides endógenos

Anandamida (AEA)



2-araquidonil-glicerol (2-AG)



Fuente: Iversen L. The science of marijuana. Oxford University Press. 2000

Características clínicas del consumo de cannabis.- Hay que diferenciar la clínica de la intoxicación por cannabis, la abstinencia y el cuadro de dependencia.

- Intoxicación por cannabis:

Los efectos psicoactivos comienzan pocos minutos después de haberlo fumado y duran 1-2 horas, aunque el THC permanece largo tiempo en el organismo. Los efectos agudos del

cannabis son muy variables entre personas y dependen de la dosis, del contenido de THC, de la proporción THC/CBD, de la forma de administración, así como de la personalidad, las expectativas y experiencia previa del sujeto y del contexto en que se consume.²⁸

El consumo de cannabis produce generalmente un efecto bifásico. Tras una fase inicial de estimulación (euforia, bienestar, aumento de la percepción), le sigue una fase donde predomina la sedación (relajación, bienestar, somnolencia). Se produce una agudización de las percepciones visuales, auditivas y táctiles, así como una ligera distorsión del espacio y tiempo. También aparece risa fácil, locuacidad y aumento del apetito con preferencia por los dulces. El consumo agudo mejora el sueño y puede intensificar la experiencia de las relaciones sexuales. En la esfera cognitiva, disminuye la capacidad de concentración, altera la memoria reciente y la resolución de tareas complicadas. Como signos físicos se presenta el enrojecimiento conjuntival, la boca seca y la taquicardia. En unos casos el efecto predominante es la risa, en otros la sedación y en otros pueden predominar las alteraciones perceptivas.²⁹

En algunos sujetos, especialmente en consumidores inexpertos, tras dosis elevadas, y con la marihuana ingerida más que con la fumada, pueden presentarse reacciones desagradables como pánico o alucinaciones, o incluso psicosis aguda; en diversas

²⁸ MARCHANT, N., MONCHABLON, A. “Tratado de Psiquiatría”. Primera edición. Ed. Grupo Guía. Buenos Aires. 2005.

²⁹ PEREIRO GÓMEZ, C. “Manual de Adicciones para Médicos Especialistas en Formación”. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías. España, 2009.

investigaciones se concluyó que el 50-60% de los consumidores de marihuana informan por lo menos una experiencia de ansiedad, estas reacciones habitualmente desaparecen de forma espontánea en pocas horas.³⁰

- Efectos a largo plazo:

Los efectos a largo plazo del uso de altas dosis de cannabinoides es un tema complejo y controversial. Uno de los efectos más controvertidos que se atribuyen a la marihuana es la producción de un “síndrome amotivacional”. El término se ha aplicado a personas jóvenes que abandonan las actividades sociales y manifiestan poco interés por la escuela, el trabajo u otras actividades productivas. Cuando estos síntomas inciden con consumo intenso, la droga suele considerarse la causa, aunque no se tienen datos que demuestren una relación causal entre fumar marihuana y tales características del comportamiento. Tampoco se cuenta con pruebas de que el consumo de esta hierba lesione las células cerebrales o genere cambios funcionales permanentes, aunque se cuenta con datos en animales que indican trastorno del aprendizaje de laberintos, el cual persiste durante semanas luego de la última dosis. Estos datos son compatibles con los informes clínicos de mejoría gradual del estado mental después de interrumpir el consumo crónico de altas dosis.³¹

³⁰ GOODMAN Y GILMAN. “Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica”. Undécima edición. Ed. McGraw-Hill Interamericana. España. 2007.

³¹ HALES, R., YUDOFKY, S., GABBARD, G. “Tratado de Psiquiatría Clínica”. Quinta edición, Ed. Elsevier. España. 2009.

Se ha reportado una alta incidencia del consumo de cannabinoides entre pacientes que presentan esquizofrenia. De hecho, el uso de cannabis se ha asociado con un aumento en el riesgo para padecer esquizofrenia. Adicionalmente se ha encontrado una disminución de los niveles de CB1 ARNm en la corteza prefrontal de estos sujetos, lo que provee evidencia del papel del sistema endocannabinoide en la fisiopatología de esta enfermedad.³²

- Abstinencia:

La abstinencia al cannabis ha sido una entidad muy discutida y no aparece en la clasificación diagnóstica norteamericana, el DSM-IV, aunque sí en la CIE-10.

La controversia se ha debido a que con frecuencia este cuadro no se presenta o es muy leve debido a la eliminación tan lenta del organismo del Δ 9-THC. Sin embargo, el cuadro se describe en más del 50% de los consumidores intensos o en el 15% de los consumidores regulares y, en algunas ocasiones, con una clínica muy florida. Aparece irritabilidad, nerviosismo, insomnio, pesadillas, pérdida de apetito, sudoración, temblor o hipertermia y un intenso deseo de consumo de cannabis. El inicio es a las pocas horas del cese del consumo, el cuadro es más intenso durante los primeros 4-5 días y desaparece en 1-2 semanas, aunque puede persistir el insomnio durante más tiempo.³³

³² SCHATZBERG, A., NEMEROFF, C. "Textbook of Psychopharmacology". The American Psychiatric Publishing. Fourth Edition. United States. 2008.

³³ PEREIRO GÓMEZ, C. "Manual de Adicciones para Médicos Especialistas en Formación". Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías. España, 2009.

- Dependencia:

La denominada dependencia física o neuroadaptación que implica el desarrollo de un cuadro de abstinencia cuando se suprime la droga o la tolerancia a los efectos de la droga que hace referencia a la necesidad de aumentar la dosis para obtener el mismo efecto, son criterios de dependencia, pero no son necesarios para el diagnóstico. Aunque los criterios diagnósticos son iguales para todas las drogas puede haber diferencias entre ellas, así la tolerancia es menos frecuente en el caso de los efectos subjetivos del cannabis. Sin embargo, existe tolerancia para la mayoría de los efectos físicos del cannabis como taquicardia, descenso de temperatura de la piel, descenso de la presión intraocular, descenso del sueño REM y aumento de las ondas alfa del EEG.³⁴

2.1.3.2.COCAÍNA

La cocaína, éster del ácido benzoico y de la metilecgonina, está presente de modo abundante en las hojas de coca. La ecgonina es la base alcohólica amínica estrechamente relacionada con la tropina, alcohol amínico de la atropina.³⁵

El cambio de siglo ha venido acompañado de un cambio en los patrones de consumo de drogas, de forma que drogas depresoras como los opiáceos están siendo sustituidos por el

³⁴ GOLDMAN, H. "Psiquiatría General". Quinta Edición. Ed. El Manual Moderno. México D.F. 2001.

³⁵ GOODMAN Y GILMAN. "Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica". Undécima edición. Ed. McGraw-Hill Interamericana. España. 2007.

consumo de estimulantes. La cocaína se ha convertido en la segunda droga ilegal más consumida en Latinoamérica y Europa después del cannabis.³⁶

No todos los consumidores se vuelven adictos, un factor clave es la disponibilidad generalizada de una cocaína relativamente barata en su forma alcaloide (base libre, “crack”) apropiada para fumar, y del polvo de clorhidrato adecuado para administración nasal o intravenosa. El abuso de esta sustancia es casi dos veces más frecuente en varones que en mujeres.³³

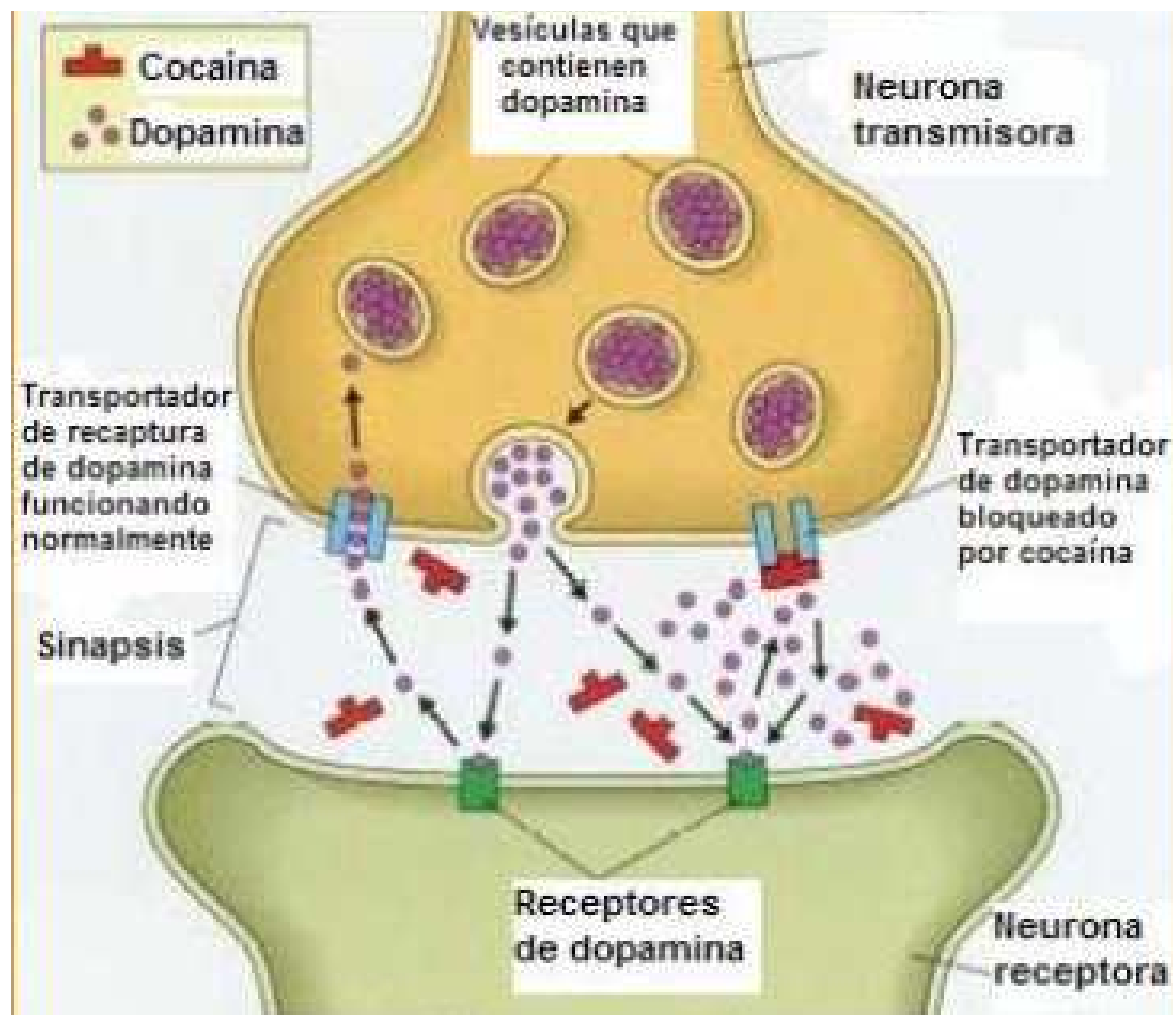
Mecanismo de acción:

Los efectos de refuerzo de la cocaína y de sus análogos se correlacionan mejor con su eficacia para bloquear al transportador que recobra la dopamina de la sinapsis. Esto da por resultado aumento de la estimulación dopaminérgica en zonas cerebrales de importancia crucial. Sin embargo, la cocaína bloquea también la recaptación de noradrenalina y serotonina (5-hidroxitriptamina), y el consumo crónico de cocaína produce cambios en estos sistemas neurotransmisores, a juzgar por las reducciones en los metabolitos de los mismos.³⁷

³⁶ PEREIRO GÓMEZ, C. “Manual de Adicciones para Médicos Especialistas en Formación”. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías. España, 2009.

³⁷ MARCHANT, N., MONCHABLON, A. “Tratado de Psiquiatría”. Primera edición. Ed. Grupo Guía. Buenos Aires. 2005.

Figura. 3 Mecanismo de Acción de Cocaína



Fuente: Medwave. No. 1, Enero 2008. Obtenido en:
<http://www.medwave.cl/perspectivas/PedSBA2006/2007/12/1.act>

Acciones farmacológicas:

Las acciones clínicamente deseables de la cocaína son bloqueo de los impulsos nerviosos, a causa de sus propiedades anestésicas locales, y vasoconstricción local, consecutiva a inhibición de la recaptación de noradrenalina. Por su toxicidad y su potencial de abuso, han disminuido de manera sostenida las aplicaciones clínicas de la cocaína. En la actualidad se utiliza sobre todo para producir anestesia tópica de las vías respiratorias superiores.³⁸

³⁸ GOODMAN Y GILMAN. “Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica”. Undécima edición. Ed. McGraw-Hill Interamericana. España. 2007.

Manifestaciones clínicas:

Este alcaloide produce un incremento dependiente de la dosis en la frecuencia cardíaca y la presión arterial, aunado a un aumento de la excitación, rendimiento mejorado en las tareas de vigilancia y alerta, y sensación de confianza en sí mismo y de bienestar. Las dosis altas inducen una euforia de duración breve, que en muchos casos va seguida del deseo de obtener más droga. Pueden aparecer actividad motora involuntaria, comportamiento estereotipado y paranoia después de las dosis repetidas. Entre los consumidores crónicos intensos se observan irritabilidad y mayor propensión a la violencia.³⁹

Toxicidad:

La adicción es la complicación más frecuente del consumo de cocaína. Otros riesgos son: arritmias cardíacas, isquemia del miocardio, miocarditis, disección aórtica, vasoconstricción cerebral y convulsiones. Se ha vinculado también con muerte por traumatismo.

Se ha informado que la cocaína genera un orgasmo prolongado e intenso si se administra antes del coito, y su utilización se relaciona con una actividad sexual compulsiva y promiscua. Sin embargo, a largo plazo, su consumo suele culminar en disminución del impulso sexual; es frecuente la queja de alteraciones sexuales entre los consumidores.

³⁹ GOLDMAN, H. "Psiquiatría General". Quinta Edición. Ed. El Manual Moderno. México D.F. 2001.

Abstinencia:

Los consumidores de cocaína en abstinencia experimentan: disforia, depresión, somnolencia, fatiga, deseo vehemente de la droga, bradicardia.

Farmacocinética:

La vida media plasmática de la cocaína es de cerca de 50 minutos, pero los consumidores de la forma inhalable (“crack”) desean de manera característica más cocaína después de 10 a 30 minutos. Las administraciones nasal e intravenosa inducen también una euforia más breve que lo que cabría esperar por las concentraciones plasmáticas de la sustancia, lo cual sugiere que la terminación del estado eufórico y la reanudación de la búsqueda de cocaína se relacionan con la concentración plasmática decreciente.

La benzoilecgonina expresa el metabolito urinario principal y se encuentra en la orina durante dos a cinco días después de un festín.

La cocaína suele usarse en combinación con otras sustancias, especialmente el alcohol. Con el fin de reducir la irritabilidad experimentada durante el consumo intenso del alcaloide. Se produce una interacción metabólica importante cuando se ingieren de manera concurrente, parte de la cocaína se transesterifica en cocaetileno, que es equipotente a la cocaína para bloquear la recaptación de dopamina.⁴⁰

⁴⁰ GOODMAN Y GILMAN. “Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica”. Undécima edición. Ed. McGraw-Hill Interamericana. España. 2007.

2.1.3.3. ANFETAMINAS Y AGENTES RELACIONADOS

La anfetamina, dextroanfetamina, metanfetamina, fenmetrazina, metilfenidato y dietilpropión producen efectos subjetivos semejantes a aquellos causados por la cocaína.

La metanfetamina intravenosa o fumada es causa de síndrome de abuso y dependencia semejante al que produce la cocaína, aunque puede evolucionar con mayor rapidez el deterioro clínico. En estudios en animales, la metanfetamina en dosis similares a las usadas por seres humanos que abusan de ella origina efectos tóxicos en neuronas dopamínicas y serotoninérgicas. La metanfetamina puede ser elaborada en pequeños laboratorios clandestinos, a partir de la efedrina, que es un estimulante sensible de conseguir sin restricciones, sin necesidad de receta médica. Los estimulantes orales, como los prescritos en los programas de reducción de peso, tienen eficacia a corto plazo porque crean tolerancia.⁴¹

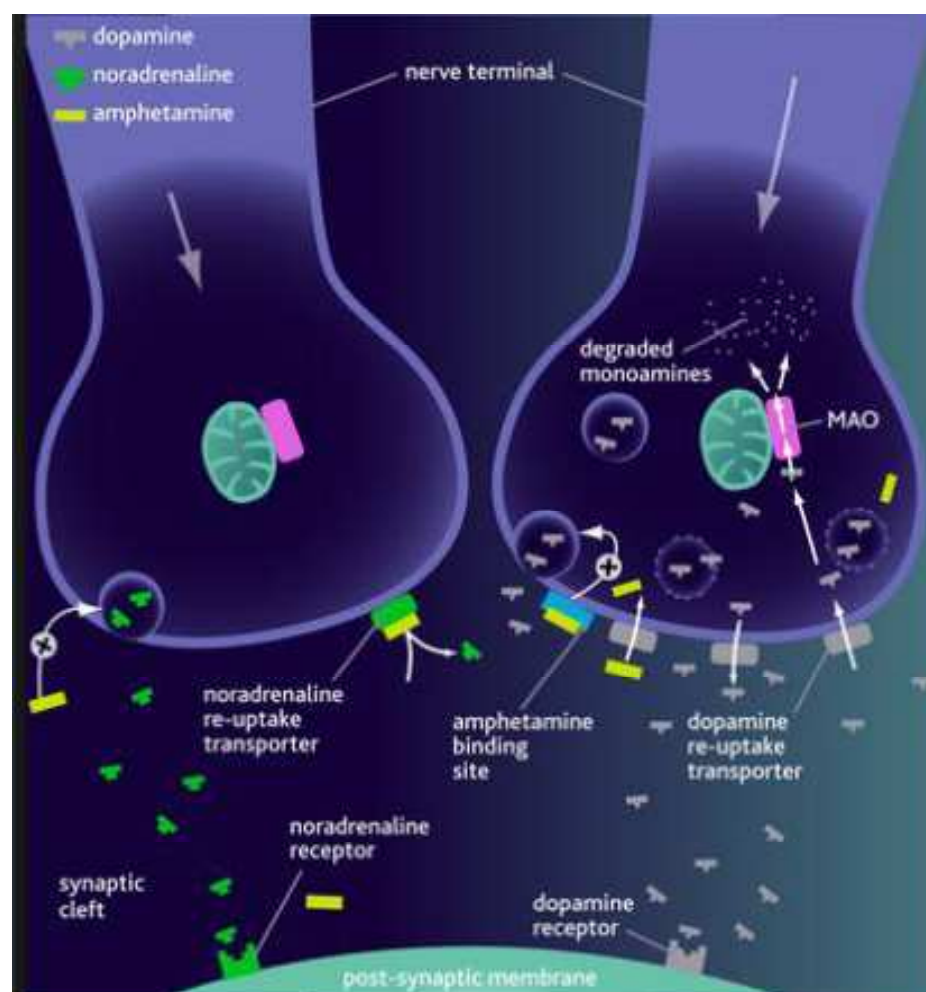
Mecanismo de acción:

Las anfetaminas incrementan la cantidad de dopamina sináptica, ante todo al estimular la actividad presináptica más que al bloquear la recaptación, como sucede en el caso de cocaína. Inhiben también la recaptación de norepinefrina y serotonina por los transportadores de membrana, y actúa como un leve inhibidor de la monoamina oxidasa.

⁴¹ World Health Organization. "Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence". Switzerland. 2004.

La anfetamina y metanfetamina parecen tener mayor selectividad por la dopamina y norepinefrina, mientras que la MDMA (éxtasis) y las anfetaminas de diseño son más selectivas por los transportadores de serotonina.⁴²

Figura. 4 Mecanismo de Acción de Anfetaminas



Fuente: SCHATZBERG, A., NEMEROFF, C. "Textbook of Psychopharmacology". The American Psychiatric Publishing. Fourth Edition. United States. 2008.

Manifestaciones clínicas:

Producen excitación, euforia, disminución de la sensación de cansancio y sueño, disminuye la fase REM. Aumentan la capacidad de trabajo y atención. Disminuyen el

⁴² CAMÍ, J. M.D., Ph.D., FARRÉ, M. M.D., Ph.D. "Drug Addiction". New England Journal of Medicine. 2003. No 349, pág: 975-86.

apetito. Tras la finalización de los efectos suele aparecer sensación de fatiga, embotamiento intelectual y somnolencia.⁴³

- Intoxicación aguda: Agitación, visión borrosa, hipertermia, edema agudo de pulmón, diaforesis, vómitos, dolor abdominal, insomnio, palpitaciones, cefalea, hipertensión, arritmias, angina o infarto de miocardio, taquipnea. También se ha reportado que puede causar hemorragia cerebral, síndrome serotoninérgico, ataques de pánico y psicosis.²⁹
- Dependencia.
- Síndrome de abstinencia: Mientras los signos de abstinencia pueden ser leves (depresión, falta de energía e insomnio), el deseo por obtener la droga es muy intenso (dependencia psicológica).²⁹
- Efectos a largo plazo: Puede causar irritabilidad, conducta estereotipada y agresiva, y psicosis.

2.1.3.4. OPIOIDES: HEROÍNA

Según su origen, se pueden clasificar en naturales, semisintéticos o sintéticos. Se obtienen a partir de la planta del opio.

La morfina se obtiene a partir del opio, y de ella se obtienen la codeína y la heroína (diacilmorfina). La buprenorfina es un derivado semisintético, que se obtiene a partir de la tebaína. La metadona y el levo-alfa-acetil-metadol (LAAM) son opiáceos sintéticos.

⁴³ PEREIRO GÓMEZ, C. “Manual de Adicciones para Médicos Especialistas en Formación”. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías. España, 2009.

Otros opiáceos utilizados como fármacos, y que pueden ser objeto de abuso o dependencia, son dextropropoxifeno, meperidina o petidina, tramadol, pentazocina, fentanilo y su derivado alfentanilo.⁴⁴

El cerebro humano sintetiza sus propios opiáceos endógenos. Estos son péptidos derivados de precursores de proteínas llamados proopiomelanocortina, proencefalina y prodinorfina.⁴⁵

Mecanismo de acción:

Los opiáceos son un grupo de sustancias que actúan sobre los receptores opioides, siendo tres los subtipos más importantes: mu, delta y kappa.

Los opiáceos pueden tener un efecto agonista puro como la morfina, codeína, heroína, LAAM, petidina o fentanilo; o un efecto agonista parcial como la buprenorfina o pentazocina. Los opiáceos exógenos, habitualmente utilizados como analgésicos (como la codeína o la morfina), o los empleados como drogas de abuso (como la heroína), actúan principalmente sobre el receptor tipo mu, produciendo sus efectos principales en el SNC y el intestino, procediendo como agonistas de estos receptores, lo que provoca analgesia, somnolencia, modificaciones del estado de ánimo, depresión respiratoria, disminución de

⁴⁴ HALES, R., YUDOFKY, S., GABBARD, G. “Tratado de Psiquiatría Clínica”. Quinta edición, Ed. Elsevier. España. 2009.

⁴⁵ PEREIRO GÓMEZ, C. “Manual de Adicciones para Médicos Especialistas en Formación”. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías. España, 2009.

la motilidad intestinal, náuseas, vómitos y alteraciones del sistema nervioso autónomo y endócrino.⁴⁶

Manifestaciones clínicas:

La inyección de una solución de heroína da lugar a diversas sensaciones, que se describen como calor, sabor o un placer profundo e intenso, a menudo comparable con el orgasmo sexual.

La gran aceptación de la heroína puede deberse a su fácil disponibilidad en el mercado ilícito y al inicio rápido. Después de la inyección intravenosa, los efectos empiezan en menos de un minuto. La heroína tiene gran solubilidad en lípidos, cruza pronto la barrera hematoencefálica y se desacetila en los metabolitos activos 6-monoacetilmorfina y morfina.⁴⁷

Después de la euforia intensa, que dura entre 45 segundos y varios minutos, sobreviene un período de sedación y tranquilidad (“somnolencia”) que dura hasta 1 hora. Los efectos de la heroína se disipan en 3 a 5 horas, según la dosis. Los consumidores experimentados pueden inyectársela dos a cuatro veces al día. Por tanto, el adicto a la heroína fluctúa continuamente entre sentirse eufórico y sentirse enfermo a causa de la abstinencia temprana. Esto produce problemas en los sistemas homeostáticos que están regulados, al menos en parte, por los opiodes endógenos, como los ejes hipotálamo-hipófisis-gónadas e

⁴⁶ MARCHANT, N., MONCHABLON, A. “Tratado de Psiquiatría”. Primera edición. Ed. Grupo Guía. Buenos Aires. 2005.

⁴⁷ GOODMAN Y GILMAN. “Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica”. Undécima edición. Ed. McGraw-Hill Interamericana. España. 2007.

hipotálamo-hipófisis-suprarrenales. Las mujeres adictas tienen menstruación irregular, y los varones experimentan diversos problemas con la vida sexual. Se afecta también el estado de ánimo. Los adictos a la heroína son relativamente dóciles y obedientes después de tomarla, pero durante la abstinencia se vuelven irritables y agresivos.⁴⁸

- Tolerancia: La tolerancia a los opiodes surge poco después de los efectos de euforia. También sobreviene tolerancia a las propiedades depresivas, analgésicas, sedantes y eméticas. Los consumidores de heroína tienden a aumentar su dosis diaria según sus recursos financieros y la disponibilidad de la droga.⁵⁰
- Abstinencia: El síndrome de abstinencia de opiodes, pese a ser muy desagradable, no pone en peligro la vida. Se inicia en plazo de 6 a 12 horas después de la última dosis de un opioide de acción breve, y hasta 72 a 84 horas después de la de un opioide de acción muy prolongada. La duración del síndrome de abstinencia de heroína es breve (5-10 días) pero intenso.⁵¹

Síntomas y signos: deseo vehemente de opiodes, inquietud, irritabilidad, incremento de la sensibilidad al dolor, náusea, cólicos, mialgias, humor disfórico, insomnio, ansiedad. Se observa: dilatación pupilar, sudación, piloerección, taquicardia, vómito, diarrea, incremento de la presión arterial, bostezos, fiebre.⁴⁹

⁴⁸ GOLDMAN, H. "Psiquiatría General". Quinta Edición. Ed. El Manual Moderno. México D.F. 2001.

⁴⁹ MARCHANT, N., MONCHABLON, A. "Tratado de Psiquiatría". Primera edición. Ed. Grupo Guía. Buenos Aires. 2005.

- Dependencia: La adicción a la heroína produce trastornos del comportamiento y suele volverse incompatible con una vida productiva

El grado de dependencia física entre los adictos a la heroína es relativamente alto y los consumidores que interrumpen la administración ordinaria padecerán síntomas de abstinencia más graves.⁵¹

2.1.3.5. AGENTES PSICODÉLICOS

Hay ciertas sustancias que tienen como primer efecto la producción de trastornos de la percepción, el pensamiento o el humor en dosis bajas, con efectos mínimos en la memoria y la orientación. Se les llama comúnmente sustancias alucinógenas, pero su consumo no siempre origina alucinaciones evidentes.

A finales del decenio de 1990, adquirieron popularidad las drogas consumidas en clubes que incluían, metilendioximetanfetamina (“éxtasis”, MDMA), dietilamida del ácido lisérgico (LSD), fenciclidina (PCP) y ketamina.⁵⁰

Los compuestos psicodélicos principales pertenecen a dos grandes categorías:

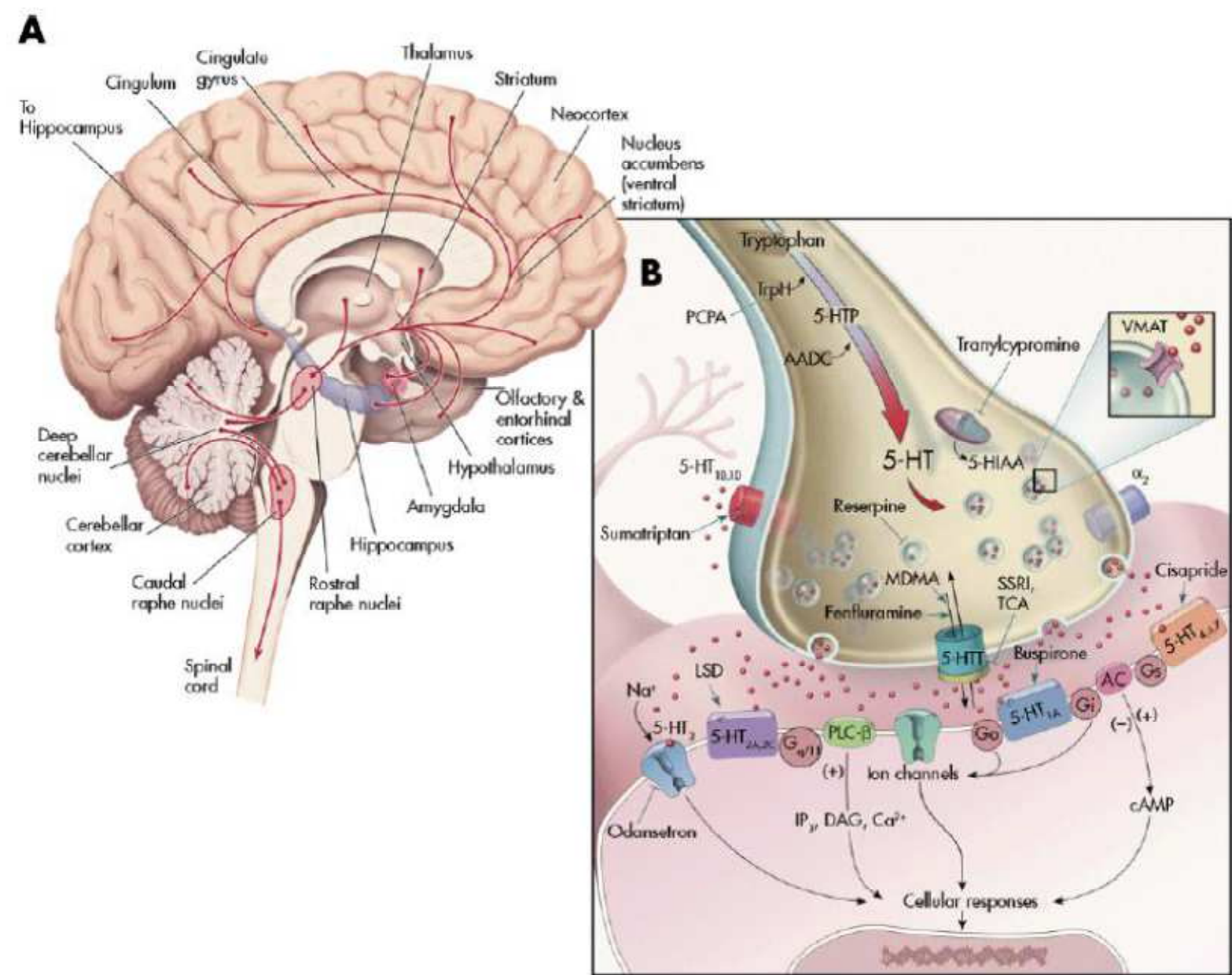
- Alucinógenos de la indolamina: LSD, DMT (N, N-dimetiltriptamina), psilocibina.
- Fenetilaminas: mezcalina, dimetoximetilanfetamina (DOM), metilendioxianfetamina (MDA), MDMA.

⁵⁰ HALES, R., YUDOFKY, S., GABBARD, G. “Tratado de Psiquiatría Clínica”. Quinta edición, Ed. Elsevier. España. 2009.

Mecanismo de acción:

Los compuestos de ambos grupos tienen afinidad relativamente alta por los receptores 5-HT₂ de la serotonina, pero difieren en su afinidad por los otros tipos de receptores de la 5-HT. Hay buena correlación entre afinidad relativa de estos compuestos por los receptores 5-HT₂ y su potencia como alucinógenos en seres humanos.⁵¹

Figura. 5 Sistema Serotoninérgico. Mecanismo de Acción de MDMA o “Éxtasis”.



Fuente: SCHATZBERG, A., NEMEROFF, C. “Textbook of Psychopharmacology”. The American Psychiatric Publishing. Fourth Edition. United States. 2008.

⁵¹ GOODMAN Y GILMAN. “Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica”. Undécima edición. Ed. McGraw-Hill Interamericana. España. 2007.

2.1.3.6.LSD:

Ésta es la sustancia alucinógena más potente y produce efectos psicodélicos importantes en una dosis total de apenas 25-50 ug. En dosis de 100 ug, la LSD produce alteraciones de la percepción y a veces alucinaciones, cambios en el estado de ánimo que incluyen elación, paranoia o depresión, excitación intensa, y a veces sensación de pánico. Los signos de ingestión de LSD incluyen dilatación pupilar, incremento de la presión arterial y el pulso, bochornos, salivación, epífora e hiperreflexia. Son relevantes los efectos visuales.⁵²

El llamado “mal viaje” suele consistir en ansiedad intensa, aunque a veces se caracteriza por fuerte depresión y pensamientos suicidas. No se han comprobado defunciones tóxicas por el consumo de LSD, pero se han producido accidentes letales y suicidios durante la intoxicación y poco después. Pueden ocurrir reacciones psicóticas prolongadas que duran dos días o más después de la ingestión. En los individuos sensibles pueden desencadenarse crisis esquizofrénicas, y hay ciertas pruebas de que el consumo prolongado de estas sustancias conlleva la aparición de trastornos psicóticos persistentes.⁵³

Es inusual el consumo frecuente y repetido de sustancias psicodélicas y, por tanto, no suele ocurrir tolerancia. Ésta se origina de los efectos del comportamiento de la LSD después de tres a cuatro dosis diarias, pero no se ha observado síndrome de abstinencia.⁵⁴

⁵² GOLDMAN, H. “Psiquiatría General”. Quinta Edición. Ed. El Manual Moderno. México D.F. 2001.

⁵³ World Health Organization. “Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence”. Switzerland. 2004.

⁵⁴ SCHATZBERG, A., NEMEROFF, C. “Textbook of Psychopharmacology”. The American Psychiatric Publishing. Fourth Edition. United States. 2008.

2.1.3.7. Metilendioximetanfetamina (“éxtasis”, MDMA) y metilendioxi-anfetamina (MDA):

La MDMA y MDA son feniletilaminas con efectos estimulantes lo mismo que psicodélicos. La MDMA se puso muy en boga durante el decenio de 1980 en algunos recintos universitarios, a causa de testimonios de que intensifica la habilidad de introspección y el conocimiento de uno mismo. Los efectos agudos dependen de la dosis e incluyen sensación de energía, alteración del sentido del tiempo y experiencias agradables, con intensificación de la percepción. Entre los efectos negativos están taquicardia, xerostomía, bruxismo y mialgias. Con dosis mayores ha habido señalamientos de alucinaciones visuales, agitación, hipertermia y ataques de pánico.⁵⁵

La MDA y la MDMA producen degeneración de las células nerviosas serotoninérgicas y de sus axones en la rata. Aunque no se ha demostrado degeneración nerviosa en el ser humano, se ha visto que el líquido cefalorraquídeo de los consumidores crónicos de MDMA tienen concentraciones bajas de metabolitos de serotonina. Por tanto, es posible la neurotoxicidad.⁵⁸

2.1.3.6. INHALANTES

Los inhalantes objeto de abuso constituyen muchas categorías diferentes de sustancias químicas que son volátiles a la temperatura ambiente y que producen cambios repentinos en el estado mental se inhalan.⁵⁶

⁵⁵ SCHATZBERG, A., NEMEROFF, C. “Textbook of Psychopharmacology”. The American Psychiatric Publishing. Fourth Edition. United States. 2008.

⁵⁶ World Health Organization. “Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence”. Switzerland. 2004.

Entre éstos se encuentran: tolueno (del pegamento), queroseno, tetracloruro de carbono, gasolina, nitrito de amilo, óxido nitroso. Hay ciertos perfiles característicos de reacción a cada sustancia. De manera clásica, los niños usan solventes como el tolueno, el material suele colocarse en una bolsa de plástico de la cual se inhalan los vapores. Después de varios minutos de inhalación sobrevienen mareos e intoxicación. Las latas de aerosol que contienen propelentes de fluorocarbono son otra fuente de intoxicación con solventes. La exposición prolongada o el uso diario pueden ocasionar ciertos problemas clínicos: arritmias cardíacas, depresión de médula ósea, degeneración cerebral y lesión de hígado, riñón y nervios periféricos. Se han registrado muertes por el abuso de inhalantes, tal vez por el mecanismo de arritmias cardíacas, en especial como concomitante del ejercicio o de obstrucción de las vías respiratorias superiores.⁵⁷

En ocasiones, el personal médico usa como intoxicantes gases anestésicos como el óxido nitroso y el halotano. El óxido nitroso origina euforia y analgesia y, a continuación, pérdida del conocimiento. Rara vez se informa consumo compulsivo o intoxicación crónica, pero el abuso de este anestésico conlleva riesgos manifiestos de sobredosificación. Se afirma que el consumo prolongado produce neuropatía periférica.⁵⁸

⁵⁷ MARCHANT, N., MONCHABLON, A. "Tratado de Psiquiatría". Primera edición. Ed. Grupo Guía. Buenos Aires. 2005.

⁵⁸ GOODMAN Y GILMAN. "Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica". Undécima edición. Ed. McGraw-Hill Interamericana. España. 2007.

2.1.4. FISIOPATOLOGÍA DE LA ADICCIÓN

La dependencia de sustancias es una enfermedad del sistema nervioso central (SNC), debida a una disfunción neurobiológica de estructuras cerebrales mesencefálicas, límbicas y corticales y de circuitos cerebrales implicados en la motivación y la conducta.

Se producen cambios cognitivos, emocionales y motivacionales que tienen un claro fundamento neurobiológico, relacionado con el circuito de la recompensa cerebral. Se podría hablar de una enfermedad adictiva que puede tener manifestaciones cambiantes, a lo largo de la vida de cada persona.⁵⁹

A largo plazo, la conducta de consumo de sustancias puede llegar a ser problemática, bien sea de manera ocasional, con intoxicaciones aisladas, o también de manera habitual, con un deterioro progresivo en las diversas áreas de funcionamiento: laboral, familiar, social, económico, legal, académico, deportivo y de la salud corporal y mental.⁶⁰

La persona que ha desarrollado dependencia de una sustancia dedica cada vez más tiempo a pensar en cuestiones relacionadas, tales como buscar la sustancia, conseguir dinero para poder adquirirla, auto-administrársela y recuperarse de sus efectos,

⁵⁹ PEREIRO GÓMEZ, C. “Manual de Adicciones para Médicos Especialistas en Formación”. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías. España, 2009.

⁶⁰ World Health Organization. “Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence”. Switzerland. 2004.

procurando disimularlo en aquellas situaciones en las que los demás se lo pueden censurar o en las que no está permitido.⁶¹

Todos estos pensamientos rumiativos y comportamientos repetitivos de búsqueda y consumo de la sustancia van a ocuparle cada vez más tiempo, de manera que la persona tiende a abandonar progresivamente sus responsabilidades (laborales, familiares, etc.) y también sus actividades ocupacionales o recreativas que antes eran importantes para él, e incluso sus amistades y familiares, en un proceso de aislamiento progresivo, ya que el consumo reiterado de la sustancia se ha convertido en su mayor y casi su única prioridad.⁶⁴

2.1.4.1. Factores que influyen en el abuso y dependencia de drogas

2.1.4.1.1. Propiedades farmacológicas y psicoquímicas de las drogas

La liposolubilidad incrementa el paso de las drogas a través de la barrera hematoencefálica, la solubilidad en agua facilita la inyección de la droga, la volatilidad favorece la inhalación de las drogas en forma de vapor.⁶²

Una vida media corta, como la de la heroína, produce síntomas de abstinencia más abruptos e intensos, que aquellas drogas con una vida media larga, como la metadona.

⁶¹ PEREIRO GÓMEZ, C. “Manual de Adicciones para Médicos Especialistas en Formación”. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías. España, 2009.

⁶² CAMÍ, J. M.D., Ph.D., FARRÉ, M. M.D., Ph.D. “Drug Addiction”. New England Journal of Medicine. 2003. No 349, pág: 975-86.

2.1.4.1.2. Trastornos psiquiátricos y de la personalidad

Por otro lado, las personas que padecen determinados trastornos psiquiátricos (de los Ejes I y II) podrían tener un mayor riesgo de abuso de sustancias. Incluso podría haber un sustrato neurobiológico común entre el abuso de sustancias y determinados trastornos mentales asociados.⁶³ Particularmente la esquizofrenia, trastorno bipolar, la depresión, el trastorno de déficit de atención con hiperactividad, están asociados con un mayor riesgo de abuso de sustancias. El diagnóstico dual (abuso de sustancias y trastorno psiquiátrico) tiene implicaciones desfavorables para el manejo y pronóstico.⁶⁴

2.1.4.1.3. Factores genéticos

A partir de un amplio estudio de gemelos, se propone que la heredabilidad de cualquier abuso de sustancias sería del 34% y destaca que el poliabuso de sustancias suele estar asociado a otras características como tener muchos antecedentes familiares de abuso de sustancias, un inicio precoz antes de los 20 años, un trastorno antisocial de la personalidad, un bajo funcionamiento social y una elevada gravedad de la dependencia.⁶⁵

Los factores ambientales tendrían un mayor peso en el inicio del consumo, mientras que los factores genéticos serían más decisivos con respecto al consumo excesivo, el abuso y la dependencia; tanto para el cannabis como para la cocaína, a partir de una muestra de de

⁶³ MARCHANT, N., MONCHABLON, A. "Tratado de Psiquiatría". Primera edición. Ed. Grupo Guía. Buenos Aires. 2005.

⁶⁴ SCHATZBERG, A., NEMEROFF, C. "Textbook of Psychopharmacology". The American Psychiatric Publishing. Fourth Edition. United States. 2008.

⁶⁵ World Health Organization. "Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence". Switzerland. 2004.

estudio de gemelos. Finalmente se propone que tanto los genes como el ambiente pueden alterar la vulnerabilidad hacia la enfermedad adictiva, ya que su heredabilidad podría resultar aumentada tanto si se produce un incremento en la disponibilidad de las sustancias de abuso, como si la respuesta del organismo ante determinados acontecimientos vitales estresantes aumenta la predisposición hacia la adicción. Por tanto, determinados factores genéticos (como la tolerancia al estrés o la vulnerabilidad genética hacia otros trastornos mentales) pueden interactuar con los factores ambientales, contribuyendo a generar un estado de mayor vulnerabilidad hacia la adicción, incluso en una persona que no tuviera una genética que de manera directa le pudiera predisponer hacia la adicción.⁶⁶

2.1.4.1.4. Factores individuales y ambientales

Entre los factores individuales que conllevan un mayor riesgo de abuso de sustancias, cabe destacar determinados rasgos de personalidad, como una elevada impulsividad, mayor reactividad emocional y ante el estrés, y una mayor sensibilidad para la recompensa.

Asimismo ciertos factores ambientales, como: relación con los padres, relación con sus pares, inclusión en un grupo, disponibilidad de drogas ilegales, etc., también predisponen hacia un abuso de sustancias.

Puede haber factores biológicos de vulnerabilidad individual que contribuyen tanto al inicio precoz como a la cronificación del abuso de sustancias, pero conviene tener en

⁶⁶ SCHATZBERG, A., NEMEROFF, C. "Textbook of Psychopharmacology". The American Psychiatric Publishing. Fourth Edition. United States. 2008.

cuenta que los factores individuales interactúan con factores ambientales, los cuales que pueden incrementar dicha vulnerabilidad o bien atenuarla, en cuyo caso actuarían como factores protectores.⁶⁷

Por tal motivo, ninguno de los factores resulta determinante por sí solo, sino que depende de la concurrencia de otros factores; individuales, ambientales y genéticos para que la persona llegue a desarrollar una adicción.

2.1.4.1.5. Factores Neurobiológicos

Las drogas son sustancias químicas, que modifican el funcionamiento de determinados sistemas de neurotransmisión y circuitos cerebrales, produciendo cambios cognitivos, emocionales, motivacionales y conductuales. Su administración aguda produce cambios transitorios, que revierten cuando finaliza su efecto farmacológico. Sin embargo, su consumo crónico puede dejar una importante huella en la memoria emocional y puede remodelar las conexiones y vías neuronales, produciendo cambios de larga duración en el funcionamiento.⁶⁸

Las drogas activan el circuito de la recompensa cerebral, que incluye determinadas estructuras del sistema límbico (sistema amígdala-accumbens e hipocampo), utilizando los

⁶⁷ CAMÍ, J. M.D., Ph.D., FARRÉ, M. M.D., Ph.D. "Drug Addiction". New England Journal of Medicine. 2003. No 349, pág: 975-86.

⁶⁸ MARCHANT, N., MONCHABLON, A. "Tratado de Psiquiatría". Primera edición. Ed. Grupo Guía. Buenos Aires. 2005.

mismos mecanismos fisiológicos que los reforzadores naturales (agua, comida, conducta sexual).⁶⁹

Cuanto más intensos hayan sido los efectos reforzadores de una determinada sustancia, más persistentes van a ser también los recuerdos relacionados con ella y más imperiosa la necesidad o el deseo (“craving”) de experimentarlos de nuevo. Un deseo imperioso que puede dispararse en determinadas situaciones y que también puede poner en marcha comportamientos automáticos de búsqueda y consumo de dicha sustancia.⁷⁰

El consumo reiterado de sustancias va creando un “estado de necesidad” que va adquiriendo preeminencia sobre otros intereses y aficiones y, a la vez, un deterioro progresivo de la capacidad de auto-control sobre su auto-administración. Pero además, se producen cambios en la manera de pensar, opiniones, actitudes y motivaciones relacionados con la sustancia o sustancias de abuso, de manera que la persona tienen unas actitudes cada vez más favorables hacia el consumo de la sustancia, de la cual ha desarrollado cierto grado de dependencia. Por tanto, además de convertirse en adicto (fisiológico), se convierte también en adepto (psicológico), anticipando solamente las posibles ventajas y efectos positivos del consumo de la sustancia y considerando que cualquier ocasión puede ser apropiada para consumirla.

⁶⁹ PEREIRO GÓMEZ, C. “Manual de Adicciones para Médicos Especialistas en Formación”. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías. España, 2009.

⁷⁰ World World Health Organization. “Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence”. Switzerland. 2004.

Se produce por tanto un cambio importante en la “mentalidad” de la persona, que puede llegar a ser tan irracional, pero emocionalmente tan intenso como el que se puede producir en un proceso de enamoramiento, durante cuya “luna de miel” la persona amada queda revestida de un manto protector en el que la idealización y el deseo pueden neutralizar cualquier resquicio de duda, convirtiendo así a la persona amada en totalmente ideal.⁷¹

Los circuitos que intervienen en la memoria y el aprendizaje pueden jugar un papel decisivo en la enfermedad adictiva. La asociación repetida del efecto reforzador de las sustancias de abuso, con determinados estímulos ambientales o internos, induce un poderoso efecto de condicionamiento, no solo a la propia sustancia, sino también a las señales que predicen su posible disponibilidad.

Dichas señales (estímulos condicionados) pueden por sí mismas producir liberación de dopamina en las sinapsis del sistema límbico y disparar estados de craving, búsqueda y auto-administración de la sustancia de la cual se ha desarrollado dependencia.⁷¹

El circuito de la recompensa cerebral:

Los estudios con animales han evidenciado que los efectos reforzadores del alcohol y las otras drogas tienen un sustrato neurobiológico común que es el efecto de liberación de

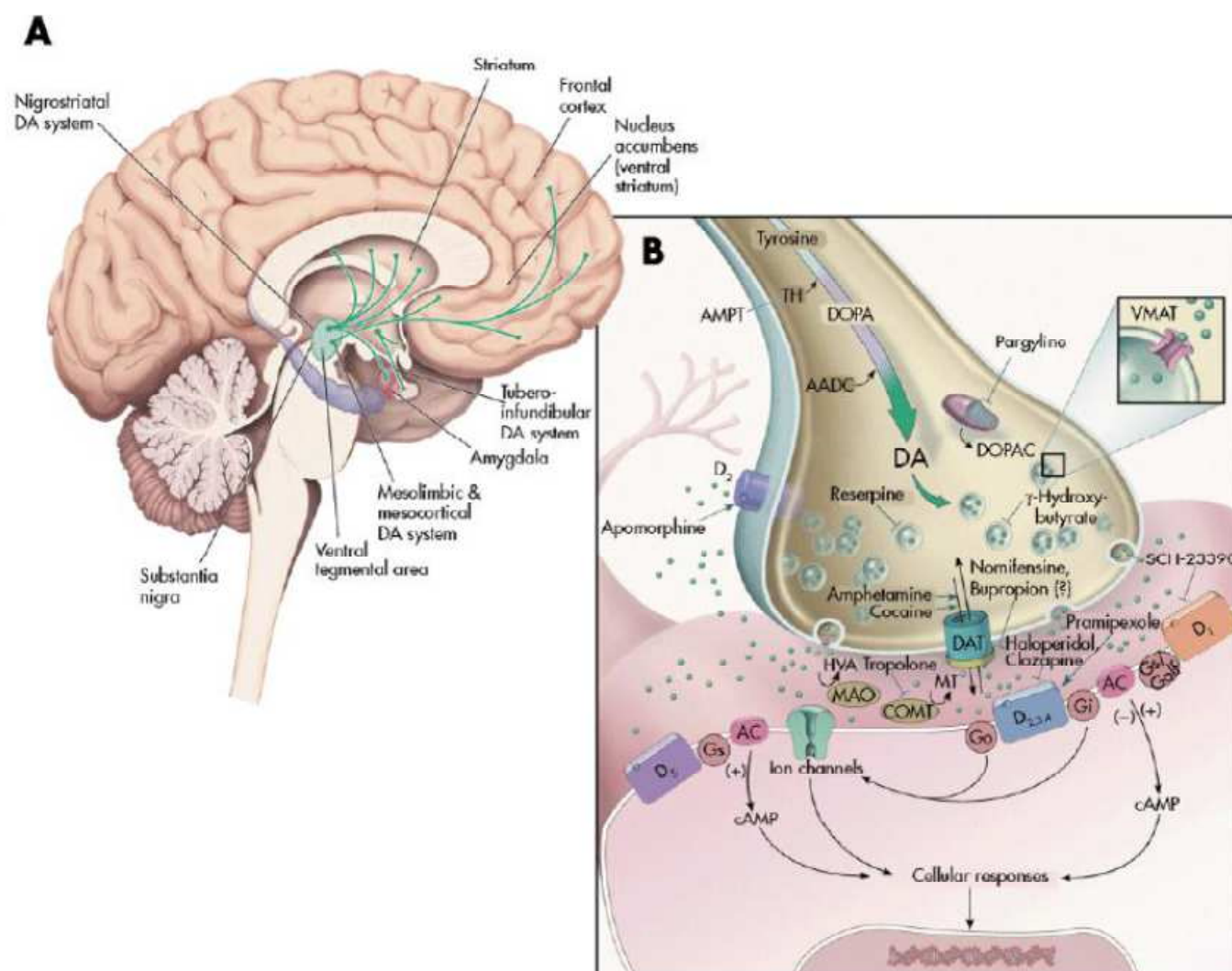
⁷¹ HALES, R., YUDOFKY, S., GABBARD, G. “Tratado de Psiquiatría Clínica”. Quinta edición, Ed. Elsevier. España. 2009.

dopamina en el núcleo accumbens. Las neuronas dopaminérgicas (DA), que provenientes del área tegmental ventral se proyectan hacia estructuras límbicas y de la corteza frontal, presentan una activación fásica en respuesta a los estímulos reforzadores primarios, como son comida, agua o estímulos relacionados con la conducta sexual, es decir, aquellos que tienen una importancia capital para la supervivencia, y que juegan un papel decisivo en el aprendizaje motivacional, tanto de las conductas apetitivas de aproximación, como de las consumatorias. Dicho efecto de activación fásica de las neuronas DA, que para los estímulos reforzadores primarios desarrolla rápidamente tolerancia o habituación, tiene sin embargo un comportamiento diferente cuando se trata de sustancias psicoactivas, ya que los estímulos apetitivos para dichas sustancias siguen actuando como activadores dopaminérgicos, e incluso pueden hacerlo de manera creciente, cuando el sistema dopaminérgico se sensibiliza. Por tanto, a diferencia del fenómeno de la “saciedad”, que se produce tras una conducta consumatoria relacionada con los reforzadores naturales (agua, comida, actividad sexual), las drogas producen efectos apetitivos o incentivos que pueden inducir un deseo aumentado, tras un primer consumo, que se acompaña de dificultad para controlar dicho consumo, cuando la persona presenta sensibilización del sistema dopaminérgico.⁷²

Además el circuito de la recompensa cerebral, tiene conexión directa con el sistema opioide endógeno, serotoninérgico y GABAérgico, entre otros⁷³.

⁷² PEREIRO GÓMEZ, C. “Manual de Adicciones para Médicos Especialistas en Formación”. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías. España, 2009.

Figura 6. Sistema de la Recompensa Cerebral.



Fuente: SCHATZBERG, A., NEMEROFF, C. "Textbook of Psychopharmacology". The American Psychiatric Publishing. Fourth Edition. United States. 2008.

Los efectos reforzadores positivos de dichas sustancias se producen de manera simultánea al efecto de liberación de dopamina en la parte medial del núcleo accumbens y también al mismo tiempo que la activación GABAérgica y opioidérgica, en el núcleo central de la amígdala.⁷⁴

Determinados factores ambientales y genéticos, que se describieron anteriormente, pueden modificar el funcionalismo de dicho circuito cerebral de la recompensa, y contribuir a un aumento de la vulnerabilidad de las personas hacia la adicción.

⁷³ World Health Organization. "Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence". Switzerland. 2004.

⁷⁴ PEREIRO GÓMEZ, C. "Manual de Adicciones para Médicos Especialistas en Formación". Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías. España, 2009.

Efecto reforzador y sistema dopaminérgico:

La administración de diversas sustancias, opioides, psicoestimulantes, alcohol, nicotina y cannabinoides, produce una activación del sistema dopaminérgico (DA) mesolímbico.

Opioides, alcohol y cannabinoides producen una inhibición de las interneuronas GABA del Área Tegmental Ventral (ATV) del mesencéfalo, liberando de este modo a las neuronas dopaminérgicas de la acción tónica inhibitoria que las neuronas GABA mantienen sobre ellas.

Dicha desinhibición de las neuronas DA del ATV produce una mayor liberación de DA en el núcleo accumbens y dicho efecto neuroquímico sería el sustrato neurobiológico del efecto reforzador positivo.⁷⁵

La teoría de la sensibilización incentiva de Robinson y Berridge⁷⁶ postula que la motivación exagerada por las sustancias de abuso se produciría cuando se genera un estado de sensibilización del sistema de recompensa mesolímbico, el cual tiene un papel prominente en la atribución de relevancia incentiva a los estímulos, de tal manera que dichos estímulos condicionados son percibidos como atractivos e inducen una motivación compulsiva o deseo imperioso (“craving”) de consumo de la sustancia. Sin embargo, con el desarrollo del proceso adictivo, la motivación hacia el consumo repetido de la sustancia puede ser el resultado de un proceso denominado alostasis hedónica, que es el modelo

⁷⁵ MARCHANT, N., MONCHABLON, A. “Tratado de Psiquiatría”. Primera edición. Ed. Grupo Guía. Buenos Aires. 2005.

⁷⁶ Robinson, T. E., Berridge, K. C. “The neural basis of drug craving: an incentive- sensitization theory of addiction”. Brain Res Rev. 1993., 18, 247-291.

propuesto por Koob y Le Moal⁷⁷, según el cual la administración crónica de la sustancia conduciría a un estado de regulación a la baja del circuito de la recompensa y a un reclutamiento de los factores de estrés que contribuyen a estados emocionales negativos, aumentando de este modo la “necesidad” de un consumo reiterado de la sustancia.⁷⁸

Por tanto, las drogas activan el circuito de la recompensa cerebral, que esta biológicamente relacionado con la supervivencia, generando estados de “necesidad” por las drogas que pueden ser vividos subjetivamente como necesarios también para la supervivencia y como primera prioridad para la persona adicta, incluso con la vivencia subjetiva de una “cuestión de vida o muerte”, en momentos de abstinencia aguda intensa.

Koob y Le Moal⁷⁹ proponen que la adicción se compone de 3 fases: preocupación/anticipación, atracones/intoxicación y abstinencia/emociones negativas.

La motivación incentiva podría jugar un papel importante en la fase inicial de adquisición de la adicción. Durante la segunda fase de atracones e intoxicaciones agudas se produciría la regulación a la baja del circuito de la recompensa, con un aumento del umbral para la recompensa cerebral; sería el equivalente a la fase de mantenimiento de la adicción. En la tercera fase de abstinencia y emociones negativas se produciría una mayor escalada del craving y del consumo.

⁷⁷ Koob, G. F., Le Moal, M. (1997) “Drug abuse: hedonic homeostatic dysregulation”. *Science*. 1997., 278, 52-58.

⁷⁸ PEREIRO GÓMEZ, C. “Manual de Adicciones para Médicos Especialistas en Formación”. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías. España, 2009.

⁷⁹ Koob, G. F., Le Moal, M. (1997) “Drug abuse: hedonic homeostatic dysregulation”. *Science*. 1997., 278, 52-58.

Efectos reforzadores: positivo y negativo:

Los efectos reforzadores de las sustancias adictivas se dividen en dos grandes grupos, los efectos de refuerzo positivo, que aumentan la probabilidad de que se emita una respuesta, gracias a la presentación de un estímulo positivo o apetitivo; y los de refuerzo negativo, por los cuales también se incrementa la probabilidad de respuesta, pero mediante el efecto de evitación o alivio de un estímulo negativo o aversivo. A efectos prácticos, la homeostasis mejora tanto si consigue más bienestar como si se consigue el alivio o la evitación del malestar.⁸⁰

A manera de ejemplo, se puede mencionar que los pacientes dependientes del alcohol, los opioides y las benzodiazepinas (BZD) pueden seguir presentando síntomas de ansiedad, insomnio, inestabilidad emocional, anhedonia, disforia, craving, descontrol de impulsos y otros síntomas, durante semanas o meses después de la retirada del alcohol. Tanto los síntomas de abstinencia de BZD como los del alcohol son manifestaciones de hiperexcitación o “irritabilidad” del SNC, que pueden persistir durante semanas después de su retirada. El consumo de alcohol o de BZD consigue neutralizar de manera rápida y eficaz, aunque transitoria, los síntomas de abstinencia retardada, consiguiendo con ello un

⁸⁰ HALES, R., YUDOFKY, S., GABBARD, G. “Tratado de Psiquiatría Clínica”. Quinta edición, Ed. Elsevier. España. 2009.

poderoso efecto reforzador negativo, ya que alivian el malestar y restablecen la homeostasis, aunque sea de manera temporal.⁸¹

Por este motivo, las drogas pueden llegar a tener un poderoso efecto reforzador cuando a su efecto reforzador positivo, debido a la activación del circuito de la recompensa cerebral, se suma su efecto reforzador negativo, bien sea por alivio de estados emocionales desagradables o bien por alivio de los síntomas de abstinencia aguda de las drogas.

En las primeras etapas del proceso adictivo suele predominar el efecto reforzador positivo de las drogas, pero algunas personas que sufren trastornos mentales o estados de dolor intenso pueden obtener también poderosos efectos reforzadores negativos precoces mediante la administración de estas drogas.⁸²

Cuando el proceso adictivo se encuentra en fases avanzadas, los efectos reforzadores positivos son cada vez menos habituales, ya que los cambios neuroadaptativos, debidos al abuso crónico de drogas ha generado una cierta “insensibilidad” del circuito de la

⁸¹ PEREIRO GÓMEZ, C. “Manual de Adicciones para Médicos Especialistas en Formación”. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías. España, 2009.

⁸² World Health Organization. “Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence”. Switzerland. 2004.

recompensa a los efectos de dichas sustancias. Sin embargo, pueden persistir los efectos reforzadores negativos de alivio de malestar o de abstinencia.⁸³

Las drogas pueden aliviar de manera rápida, aunque transitoria, los estados emocionales desagradables de ansiedad, estrés postraumático, insomnio, fobias, mal humor, angustia, preocupación, culpabilidad, depresión, inseguridad, etc. La persona que padece dichos síntomas psiquiátricos percibe que el consumo de sustancias le ayuda a sentirse mejor, ya que parece actuar como un medicamento que mitiga estados emocionales que pueden llegar a ser muy desagradables o aversivos. Sin embargo no suele tener en cuenta el posterior efecto de rebote, cuando finaliza su efecto farmacológico, ni las consecuencias negativas del consumo, tal vez porque se van a producir horas o días después, siendo el efecto de alivio inmediato el que queda fuertemente asociado al consumo. El efecto de rebote, posterior a la finalización del efecto de distintas drogas, consiste en la reaparición de los síntomas (ansiedad, insomnio, etc.) pero con una mayor intensidad que la que sentía antes del consumo de dichas sustancias.⁸³

Efectos reforzadores de las drogas y procesos de condicionamiento:

Siguiendo las leyes del condicionamiento, cuando un determinado comportamiento, como la auto-administración de una droga, va seguido de un efecto reforzador, se incrementa la probabilidad de que dicho comportamiento se repita en el futuro.

⁸³ PEREIRO GÓMEZ, C. “Manual de Adicciones para Médicos Especialistas en Formación”. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías. España, 2009.

Los estímulos internos o externos, asociados a los efectos reforzadores positivos o negativos de las sustancias psicoactivas, se convierten en estímulos condicionados y pueden poner en marcha respuestas condicionadas de búsqueda y consumo de la sustancia, incluso sin la presencia de dicha sustancia. Estas respuestas condicionadas son de gran relevancia, ya que pueden generar estados de deseo intenso o “craving” y pautas estereotipadas de búsqueda y consumo de la sustancia, que pueden aparecer de manera involuntaria.⁸⁴

Si bien los efectos reforzadores de las drogas resultan decisivos para el aprendizaje de la conducta de autoadministración, cuando el condicionamiento a estímulos internos o externos se haya consolidado, serán los propios estímulos condicionados, los que actuarán como señales anunciadoras del efecto reforzador y podrán poner en marcha conductas automatizadas de búsqueda y consumo de drogas, sin mediación de los procesos cognitivos de reflexión, análisis, planificación o inhibición de la conducta, que se generan en el córtex frontal.⁸⁵

Es decir que los estímulos condicionados, actuando sobre el estriado límbico, que sería la interfase entre la motivación y la acción, podrían disparar respuestas condicionadas de búsqueda y consumo, que se generan a nivel subcortical y que se encuentran fuera del

⁸⁴ HALES, R., YUDOFKY, S., GABBARD, G. “Tratado de Psiquiatría Clínica”. Quinta edición, Ed. Elsevier. España. 2009.

⁸⁵ MARCHANT, N., MONCHABLON, A. “Tratado de Psiquiatría”. Primera edición. Ed. Grupo Guía. Buenos Aires. 2005.

control voluntario de la persona que ha desarrollado una grave adicción (“robotización” de la conducta adictiva).⁸⁶

Con su reaparición cada vez más frecuente, los estados de abstinencia contribuyen al desarrollo de procesos de condicionamiento aversivo que promueven conductas de evitación, como la propia conducta de auto-administración, para evitar dicho sufrimiento psicológico. Además, los estímulos que han quedado condicionados a dichos estados de abstinencia, pueden ser tan aparentemente insignificantes como ligera taquicardia, ligero temblor distal, pequeños síntomas de ansiedad o temor, de mal humor o preocupación; pero pueden disparar estados de “necesidad” (“craving”), cuando el paciente dependiente ya está anticipando un posible síndrome de abstinencia. En este estado, un nuevo consumo consigue su objetivo y el paciente se siente aliviado rápidamente, lo cual contribuye a un poderoso efecto reforzador negativo de la conducta de auto-administración de las drogas y a un condicionamiento cada vez más intenso.⁸⁷

2.1.4.2. Neuroadaptación

El consumo crónico de drogas produce cambios neurobiológicos en diversas regiones cerebrales que van a dar lugar a cambios motivacionales, emocionales, en la toma de decisiones y en otros procesos cognitivos, como consecuencia de respuestas biológicas

⁸⁶ PEREIRO GÓMEZ, C. “Manual de Adicciones para Médicos Especialistas en Formación”. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías. España, 2009.

⁸⁷ World Health Organization. “Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence”. Switzerland. 2004.

compensatorias al efecto farmacológico crónico de dichas sustancias, en un intento de alcanzar de nuevo la homeostasis.⁸⁸

Las neuronas dopaminérgicas (DA) del área tegmental ventral (ATV) del mesencéfalo tienen receptores nicotínicos y también receptores GABA. Las neuronas GABA mantienen un tono inhibitorio sobre dichas neuronas DA y, a su vez, expresan receptores mu y delta opioides.⁸⁹

2.1.4.2.1. Neuroadaptación a los opiodes:

Los opiodes producen activación del sistema DA de manera indirecta, actuando sobre las neuronas GABA. Dado que las neuronas GABA mantienen cierta inhibición de las neuronas DA del ATV y que los opiodes producen inhibición de dichas neuronas GABA, su efecto resultante es una desinhibición de las neuronas DA del ATV, que va a dar lugar a una mayor liberación de dopamina en las sinapsis del núcleo accumbens. Y además, los opiodes pueden actuar también de manera directa sobre las neuronas del núcleo accumbens, independientemente de la acción de la dopamina.⁹⁰

⁸⁸ PEREIRO GÓMEZ, C. “Manual de Adicciones para Médicos Especialistas en Formación”. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías. España, 2009.

⁸⁹ World Health Organization. “Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence”. Switzerland. 2004.

⁹⁰ HALES, R., YUDOFKY, S., GABBARD, G. “Tratado de Psiquiatría Clínica”. Quinta edición, Ed. Elsevier. España. 2009.

Los opioides, en administración aguda, producen inhibición de la adenil-ciclasa, disminuyendo la concentración intracelular de adenosin- monofosfato ciclo (AMPc). Pero su consumo crónico produce cambios compensatorios, como una regulación ascendente de la vía AMPc; mediada por los efectos sobre los factores de transcripción, como el CREB⁹¹, internalización de los receptores opioides mu y delta y una disminución de las proteínas G que acoplan los receptores con los segundos mensajeros y los canales iónicos.⁹²

Como consecuencia de la regulación ascendente del AMPc, tras la retirada de los opioides se produce un efecto de rebote de las neuronas gabaérgicas, las cuales recuperan un elevado tono inhibitorio sobre las dopaminérgicas. Este mecanismo podría explicar en parte la disforia y anhedonia de la abstinencia de opioides.⁹³

El consumo crónico de opioides reduce los neurofilamentos proteicos y el tamaño de las neuronas DA en el ATV, en animales. Dichos cambios pueden contribuir a un funcionamiento más bajo de las neuronas DA y a la prolongada hipoforia que persiste a veces, tras la abstinencia aguda de opioides.⁹⁴

⁹¹ PEREIRO GÓMEZ, C. "Manual de Adicciones para Médicos Especialistas en Formación". Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías. España, 2009.

⁹² GOLDMAN, H. "Psiquiatría General". Quinta Edición. Ed. El Manual Moderno. México D.F. 2001.

⁹³ World Health Organization. "Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence". Switzerland. 2004.

⁹⁴ MARCHANT, N., MONCHABLON, A. "Tratado de Psiquiatría". Primera edición. Ed. Grupo Guía. Buenos Aires. 2005.

Sin embargo, el consumo crónico de drogas produce cambios adaptativos que tienden a ser opuestos a sus efectos agudos, conduciendo a un estado de hipodopaminergia que se intensifica cuando el consumo se detiene. Dicho estado de hipodopaminergia se puede manifestar mediante síntomas de anhedonia, disforia y craving, que pueden conducir a la recaída. En efecto, el estrés es otro factor que puede aumentar el efecto reforzador de las drogas, sensibilizar el sistema de recompensa y actuar como un estímulo condicionado que incremente la vulnerabilidad hacia la recaída.⁹⁵

2.1.4.3. Neuroadaptación, craving y recaída

El craving es un estado motivacional intenso, que puede ser disparado por estímulos condicionados, por el consumo de una pequeña cantidad de drogas y también por los estados de estrés; y por tanto este estado puede conducir a la recaída.⁹⁶

Cuando el efecto disparador del craving se produce por la administración de una pequeña dosis de la sustancia, se conoce como efecto “priming” o efecto “cebador”. Además se suelen producir efectos de priming cruzado entre sustancias diversas, de manera que un pequeño consumo de cannabis, cocaína o benzodiazepinas (BZD) pueden disparar el craving de alcohol en una persona que presenta dependencia del alcohol y viceversa.⁹⁷

⁹⁵ World Health Organization. “Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence”. Switzerland. 2004.

⁹⁶ PEREIRO GÓMEZ, C. “Manual de Adicciones para Médicos Especialistas en Formación”. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías. España, 2009.

En general, las sustancias y fármacos que activan el sistema dopaminérgico mesolímbico pueden disparar el craving de otras sustancias y conducir a la recaída a una persona que se encontraba en recuperación. De ahí que sea recomendable evitar el consumo de otras sustancias activadoras del sistema DA, cuando una persona se encuentra en recuperación. Los pacientes adictos pueden presentar estados de deseo imperioso o necesidad o “craving”, que suelen dar lugar a conductas de búsqueda y consumo de las sustancias.⁹⁸

Un funcionamiento deficiente del córtex frontal orbitario se podría manifestar conductualmente como un bajo control de impulsos, que puede aparecer en personas que sufren depresión o trastornos de conducta y que se caracteriza por una elevada impulsividad, un deterioro de la capacidad de inhibición de respuestas inapropiadas y un bajo nivel de autocontrol conductual.

Tanto una activación excesiva de determinadas estructuras límbicas (como la amígdala), como un deterioro en la capacidad de inhibición de respuestas de búsqueda y consumo, ante la presencia de estímulos condicionados, podrían jugar un papel decisivo en los procesos de recaída de los pacientes adictos en recuperación. La posibilidad de resistir a la urgencia por consumir, puede depender de la capacidad de inhibir respuestas inapropiadas, lo cual puede estar relacionado con el funcionamiento del córtex orbito-

⁹⁷ World Health Organization. “Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence”. Switzerland. 2004.

⁹⁸ HALES, R., YUDOFKY, S., GABBARD, G. “Tratado de Psiquiatría Clínica”. Quinta edición, Ed. Elsevier. España. 2009.

frontal y de la circunvolución cingulada anterior. Cuando el funcionamiento del córtex prefrontal (CPF) es deficiente, un estado que ha sido llamado de hipofrontalidad, se produce una desinhibición de respuestas inapropiadas de búsqueda y consumo de sustancias.¹⁰⁶

2.1.5. EPIDEMIOLOGÍA

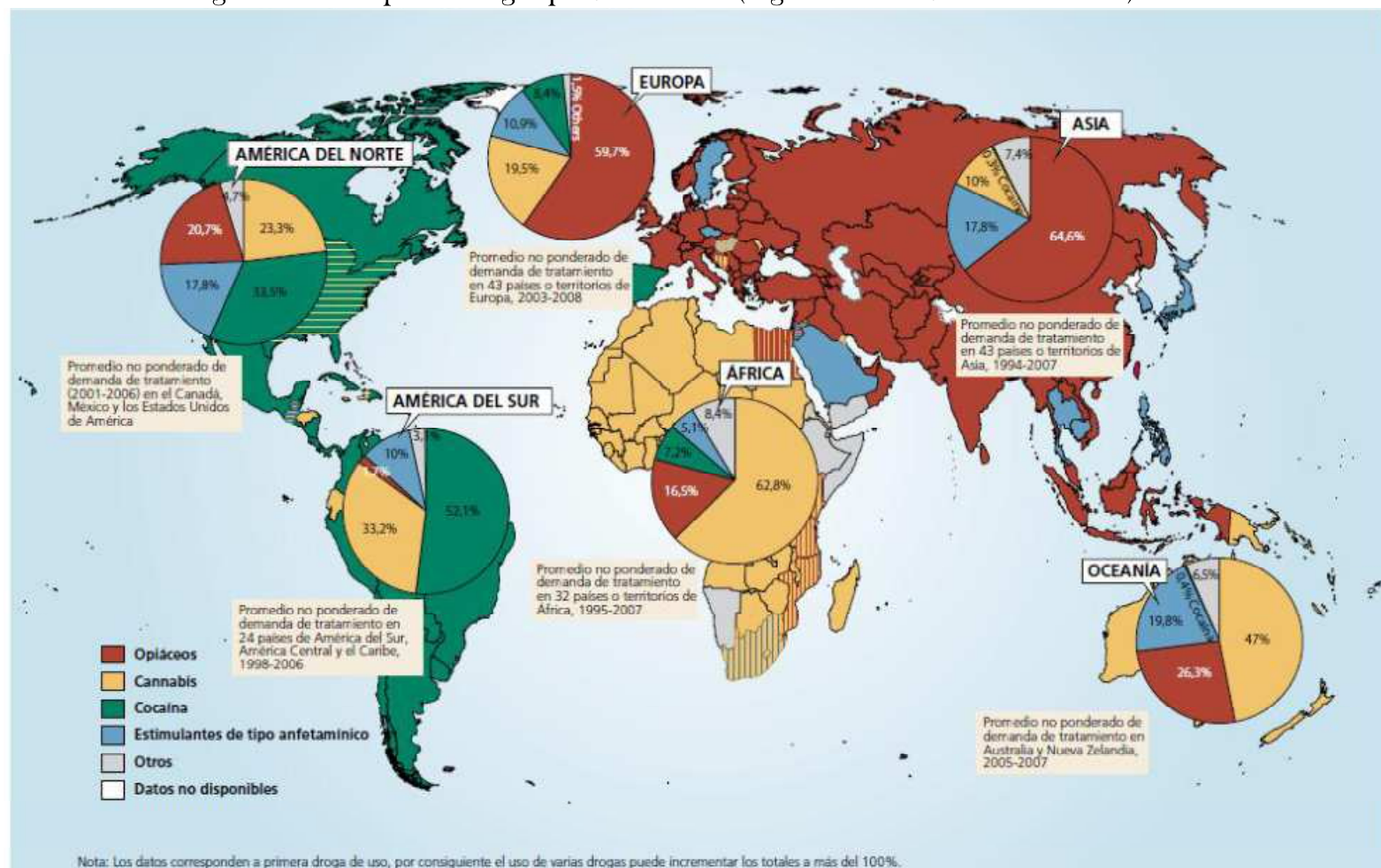
En el Informe Mundial sobre las Drogas de la Organización Mundial de la Salud realizado en el 2009, la UNODC (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito)¹⁰⁷ reporta que en el 2007 entre 172 millones y 250 millones de personas consumieron drogas ilícitas por lo menos una vez el año anterior. No obstante, esas elevadas cifras incluyen a muchos consumidores ocasionales que tal vez han probado drogas solo una vez en todo el año. Es importante, pues, también disponer de estimaciones del número de personas que son consumidores “problemáticos” de drogas o grandes consumidores. A este grupo le corresponde el mayor consumo de drogas todos los años; probablemente sean drogodependientes, mejorarían mediante tratamiento y es posible que su nivel de consumo tenga importantes consecuencias para la salud pública y el orden público. Según las estimaciones de la UNODC en 2007 había entre 18 y 38 millones de consumidores problemáticos de drogas de 15 a 64 años.⁹⁹

Diferentes drogas plantean problemas diferentes para las diferentes regiones. Por ejemplo, en África y Oceanía, se presentaron para tratamiento más personas debido a

⁹⁹ Organización Mundial de la Salud. UNODC (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito “Informe Mundial sobre las Drogas”. 2009.

problemas causados por el cannabis que por ninguna otra droga (63% en África; 47% en Australia y Nueva Zelandia). En cambio, los opiáceos fueron la principal droga tratada en Asia y Europa (65% y 60%, respectivamente). La cocaína fue más prominente en América del Norte (34%) y América del Sur (52%) que en las demás regiones; y los estimulantes de tipo anfetamínico estuvieron más generalizados en Asia (18%), América del Norte (18%) y Oceanía (20%).¹⁰⁰

Figura 7. Principales drogas problemáticas (según datos sobre tratamiento) 2007



Fuente: UNDOC, datos del Cuestionario para los informes anuales/DELTA e informes de los gobiernos nacionales. 2007.

En el año 2008, se realizó un informe comparativo sobre el uso de drogas en población general de seis países de la región: Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay.

¹⁰⁰ Organización Mundial de la Salud. UNODC (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito “Informe Mundial sobre las Drogas”. 2009.

Los porcentajes de personas que aseguran haber usado marihuana durante el último año en Ecuador y Perú, es menor en relación a los demás países. Mientras en Ecuador este porcentaje no supera el 1%; en países como Argentina y Chile, los porcentajes de personas que aseguran haber usado esta droga durante el último año son superiores al 7%. Asimismo, el porcentaje de personas que reportan haber usado cocaína y pasta base durante el último año en Ecuador, igualmente es menor respecto de los demás países que formaron parte del estudio. De acuerdo a esta investigación, el Ecuador presenta bajos porcentajes de uso de drogas en la población general; en relación a los demás países que participaron, ubicándose entre los tres países de más bajo porcentaje, a excepción de los inhalantes (tercer lugar, 1.31%). Sin embargo, un estudio comparativo del Observatorio de Drogas del Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP), revelan que desde 1998 hasta 2009, el consumo de drogas ilícitas en el país ha aumentado en un 8,7%, convirtiéndose en un problema social que se manifiesta cada vez con más fuerza.¹⁰¹

La Tercera Encuesta Nacional Sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media, realizada igualmente por el Observatorio de Drogas del CONSEP en el 2008, refleja un incremento en el consumo de drogas legales como alcohol y tabaco destacándose que la edad del primer consumo tiende a ser menor frente a los datos de años anteriores. En relación al consumo de drogas, al comparar los resultados entre el

¹⁰¹ CONSEP. “Plan Nacional de Prevención Integral de Drogas 2012-2013”. Consejo Directivo del Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. 2012.

2005 y el 2008, se observa un incremento en el consumo de inhalantes (de 5.2% a 5.7%) y estimulantes cuyo crecimiento es significativo (de 2.7% a 7,2%); éxtasis (de 2.1 a 2.2), observándose una ligera baja en marihuana (de 7 a 6.4%), cocaína (de 2.4 a 2.2) y pasta base (de 2.6% a 1%).¹¹²

Esta misma Encuesta Nacional Sobre Consumo de Drogas, elaborada por el CONSEP, señala que las drogas ilícitas de mayor consumo en el país son marihuana, cocaína y pasta base. En cuanto a drogas sintéticas, las investigaciones realizadas a estudiantes y a hogares reconocen como una percepción en la población, el consumo del éxtasis como la droga que empieza a ser consumida en el país. Es así como se determina que el consumo de marihuana sigue siendo el más difundido en la población (6.4%), seguida por la cocaína (2.2%) y la pasta base (1%). Estos datos se apoyan en el hecho que la marihuana es la droga ilícita más fácil de conseguir (23.1%) seguida por la cocaína (13.5%) y la base (10.1%).¹⁰²

2.1.6. REALIDAD NACIONAL SOBRE USO, ABUSO Y NARCOTRÁFICO DE DROGAS

En el Ecuador, el tráfico, el consumo y los crímenes vinculados al narcotráfico muestran un continuo incremento en la última década. Sin embargo, considerando el mercado global del narcotráfico, se lo identifica como un país dedicado principalmente al tráfico de narcóticos y químicos para el procesamiento de diferentes drogas. Esto sin olvidar el

¹⁰² CONSEP. “Plan Nacional de Prevención Integral de Drogas 2012-2013”. Consejo Directivo del Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. 2012.

aumento de actividades de acopio y producción, a más de que, de acuerdo a un informe del GAFISUD (Organización Intergubernamental de base regional que agrupa a los países de América del Sur para combatir el lavado de dinero y la financiación del terrorismo, creada en el año 2000), se lavarían más de mil millones de dólares al año.¹⁰³

Según estimaciones del último Informe Internacional de Control de Narcóticos - publicado en marzo pasado por el Departamento de Estado de EE.UU.- por Ecuador transitan más de 120 toneladas de cocaína anuales a través de sus fronteras. Éstas y otras estimaciones.¹¹⁵

En los hechos, las estadísticas de la Dirección Nacional Antinarcóticos indican un incremento en la captura de droga. En el 2011, se decomisaron 26,09 toneladas, mientras que ya en el primer semestre del 2012 alcanzan las 17,38 toneladas; en cada uno de estos años se han destruido 7 laboratorios clandestinos y confiscado 3 sumergibles. Y en la zona donde está asentada la base, el decomiso de droga creció de 0,33 toneladas en 2009, con presencia de los norteamericanos, a 2,73 toneladas en 2011.¹⁰⁴

Ahora bien, los hechos demuestran que hay mayores evidencias de producción de coca (aunque sigue muy limitada y enfrentada), de producción de clorhidrato de cocaína para reducir costos, acopio (donde se reúne la producción de narcotraficantes afines para realizar un solo envío) y lavado de dinero en distintas actividades y adquisiciones. Por ello, existe una alerta nacional que se complementa con la denuncia a varios jueces que dan

¹⁰³ ISCH, E. “La Política Pública Frente a las Drogas”. La Línea de Fuego, 2000.

¹⁰⁴ CICAD. Elementos orientadores para las políticas públicas sobre drogas en la subregión. Primer estudio comparativo sobre consumo de drogas y factores asociados en población de 15 a 64 años. 2008.

libertad a acusados en casos en los que habría pruebas de su culpabilidad y de vínculos con empresarios ligados a las actividades de lavado.

2.1.7. POLÍTICAS PÚBLICAS

Al momento se encuentra en vigencia el Plan Nacional de Prevención Integral y Control de Drogas 2008-2012, aprobado por el CONSEP. Es el instrumento de gestión que cohesiona la intervención del Estado y la sociedad en función de las principales esferas de abordaje de la problemática, a saber: oferta, demanda y desarrollo alternativo preventivo. Esta sería la herramienta fundamental de la política pública ecuatoriana, que se asume correspondiente a los principios constitucionales y al Sistema de Planificación del Estado.

Las orientaciones fundamentales se resumen en:

“... se busca fortalecer la institucionalidad en los niveles nacional y local, conjugándola con los propósitos de disminuir el consumo de psicoactivos, reducir el daño en las personas afectadas, controlar y reprimir el tránsito de sustancias ilícitas por nuestro territorio, así como prevenir y controlar la producción de cultivos ilícitos y drogas sintéticas...”

La estrategia del gobierno nacional ha orientado la definición de las políticas sobre control de la oferta y reducción de la demanda de drogas, las mismas que se basan en una nueva cualidad en el enfrentamiento de las diversas manifestaciones de la problemática de las drogas, que consagra los principios generados nacional e internacionalmente y que incluyen la observancia a los derechos humanos, el reconocimiento de la justicia, la libertad y la conciencia individual. Por su parte, la reforma institucional implementada en la Función Ejecutiva, advierte un reordenamiento en la conformación del órgano rector

de la política de drogas, al crear nuevos e importantes actores institucionales que, por su cualidad social, están llamados a intervenir en la problemática.”¹⁰⁵

En el Ecuador existen solo siete servicios de salud estatales que dan atención a las adicciones al alcohol y a otras drogas, y están ubicados en las ciudades de Quito, Guayaquil, Cuenca y Tena. En el caso de los centros privados, ha sido notoria en los últimos meses la existencia de instituciones que no cumplían los requisitos legales y de varios clausurados por maltratos a los pacientes. Con esto se visibiliza que, aunque se señale en los documentos que el problema de las drogas es, ante todo, un problema de salud pública, no hay acceso a una atención adecuada para quienes la requieran.¹⁰⁶ En el ámbito de la reducción de la demanda, los estudios más recientes indicarían que las acciones en ese sentido han sido insuficientes o ineficientes. Esto se aplica a las charlas y talleres de concientización, tal y como ya lo reconoce el mismo Plan, así como la ausencia de estrategias de ocupación del tiempo libre. Otro factor fundamental es el desempleo entre los jóvenes, una de las razones del acercamiento a las drogas y de los delitos vinculados con ellas.

Pese a las deficiencias de la política pública el Ecuador se mantiene entre los países con menores índices de consumo de estupefacientes en América del Sur, pero la amenaza está presente al igual que las consecuencias, como los robos y la violencia, reportados a diario en los noticieros.¹¹³

¹⁰⁵ CONSEP. Plan Nacional de Prevención Integral y Control de Drogas 2008-2012. Pág. 4

¹⁰⁶ CICAD. Elementos orientadores para las políticas públicas sobre drogas en la subregión. Primer estudio comparativo sobre consumo de drogas y factores asociados en población de 15 a 64 años. 2008.

2.2. DEPRESIÓN Y ADOLESCENCIA

La depresión es un problema de salud pública que ha adquirido gran importancia en los últimos años. Esto se debe a su alta prevalencia, así como al fuerte impacto que tiene sobre la sociedad, por lo que la atención de este padecimiento genera altos costos para los sistemas de salud.¹⁰⁷

2.2.1. DEFINICIÓN:

Desde la década de 1980 se considera que la depresión es un trastorno del ánimo que se puede manifestar a cualquier edad. En los adolescentes, estos trastornos se presentarían modulados por el período evolutivo en el que los menores se encuentran, pudiendo expresarse en diferentes conductas disfuncionales y afectando el normal desarrollo del individuo.¹⁰⁸

La depresión se incrementa notoriamente desde la pubertad, posiblemente asociada a los cambios hormonales relacionados con los cambios en la morfología cerebral y en el procesamiento de la información social; también es posible un incremento en la relación entre genes y ambiente.¹²¹

Al inicio de la adolescencia, las mujeres presentan mayor frecuencia de depresión, la que se mantiene posteriormente. Muchas de las depresiones de inicio en la adolescencia son precedidas por cuadros ansiosos en la infancia. La depresión forma un complejo

¹⁰⁷ VEYTIA, M. “Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes”. Salud Mental. Chile. 2012. No 35, pág: 37-43.

¹⁰⁸ ALMONTE, C. Y MONTT, M. “Psicopatología infantil y de la adolescencia”. Ed. Mediterráneo. Chile. 2012.

psicopatológico precedido o seguido por ansiedad y complicado por diversos grados de discapacidad y comorbilidad frecuente como abuso de sustancias y trastornos conductuales.

En relación con la influencia genética, se conoce que ésta es menor en edades tempranas, aumentando en la adolescencia, período en que se asemejaría a la de la depresión del adulto. Los factores genéticos se expresan de manera diferente en distintos períodos del desarrollo y en interacción con determinados factores ambientales, dando diferentes tipos de vulnerabilidad o sensibilidad.¹⁰⁹

La tendencia actual es considerar la depresión como un proceso continuo desde las respuestas adaptativas depresivas, que son autolimitadas en el tiempo, moderadas en intensidad y en relación con un estresor.

2.2.2. ETIOPATOGENIA:

El conocimiento en neurociencias y los aportes de epidemiología del desarrollo han podido establecer factores de riesgo que dan cuenta de una vulnerabilidad biológica sobre la cual interactúan estresores medioambientales que desencadenarían los estados depresivos.¹¹⁰

¹⁰⁹ DULANTO, E. "El Adolescente". Primera Edición. Ed. McGraw-Hill Interamericana. México. 2000.

¹¹⁰ ALMONTE, C. Y MONTT, M. "Psicopatología infantil y de la adolescencia". Ed. Mediterráneo. Chile. 2012.

Factores genéticos.- Se estima una heredabilidad del 40% al 65%, además existen evidencias de que la vulnerabilidad depresiva es cotransmitida con la vulnerabilidad ansiosa con una estimación del 61% al 65%, por lo tanto, existe una relación genética entre ansiedad y depresión.

Se han identificado genes candidatos para depresión de inicio temprano: gen transportador de serotonina (5-HTT) y el gen catecolamina-O transferasa (COMT).

El riesgo de depresión ante la presencia de eventos estresantes es mayor en aquellos sujetos que tienen la variante corta del alelo del transportador de serotonina (SLC6A4), lo que conlleva una transcripción menos potente de este gen. También se ha postulado un polimorfismo del gen codificador del factor neurotrófico derivado cerebral (BDNF), asociado con la depresión de comienzo temprano.¹¹¹

Factores ambientales.- Se ha determinado como importante factor de riesgo para depresión la deficiente interacción padre-hijo, que también se extiende en la relación con los hermanos y pares. Se estableció también como factores de riesgo: el mal funcionamiento familiar, la psicopatología parental, familia uniparental.¹¹²

Las situaciones de riesgo que predisponen hacia el abuso de alcohol y sustancias están aumentadas en adolescentes deprimidos, siendo entre éstas, las más importantes:

¹¹¹ HALES, R., YUDOFKY, S., GABBARD, G. "Tratado de Psiquiatría Clínica". Quinta edición, Ed. Elsevier. España. 2009.

¹¹² GOLDMAN, H. "Psiquiatría General". Quinta Edición. Ed. El Manual Moderno. México D.F. 2001.

trastornos conductuales, antecedentes familiares de abuso de alcohol y drogas, delincuencia, baja escolaridad, disfunción familiar e influencia negativa de los pares. La depresión puede ser un factor para el abuso de estas sustancias, pero también este abuso puede ser un factor para el desencadenamiento de la depresión.

Existe una relación estrecha entre la depresión y la génesis del estrés. Como parte del desarrollo, el cerebro se organiza en respuesta a patrones, intensidad y naturaleza de las experiencias sensoriales, perceptuales y afectivas durante la infancia, la exposición a estrés impredecible o intenso puede provocar múltiples déficits, que se pueden ocasionar en el hemisferio cerebral derecho, el que es central en el procesamiento de la información socioemocional, los estados afectivos y en la capacidad para adecuarse a distintas situaciones.¹¹³

Factores Neurofisiológicos.- Los principales circuitos involucrados son los límbicos subcorticales-frontales y los neurotransmisores mayormente implicados son la serotonina y la noradrenalina, los mismos que estarían disminuidos en el espacio intersináptico. Esto tendría un efecto a nivel de receptores y dentro de la célula, generando cambios en la regulación del sistema a nivel de las enzimas, de **BDNF**.¹¹⁴

¹¹³ BERLANGA, C. "El trastorno depresivo evaluado bajo una perspectiva fenomenológica". Salud Mental. 2000. vol. 22, No 4, pág: 26-32.

¹¹⁴ ALMONTE, C. Y MONTT, M. "Psicopatología infantil y de la adolescencia". Ed. Mediterráneo. Chile. 2012.

Las evidencias de estas disfunciones se manifiestan en alteraciones en el funcionamiento cognitivo, alteraciones lesionales del hipocampo; además cambios estructurales, con incremento de ventrículos laterales y tercer ventrículo, reducción de volumen del caudado, reducción o posible cambio de lateralización de lóbulo prefrontal, cambios en circuitos tálamo-pálido-estriatal-prefrontal medial ventral, cambios en la amígdala y en el hipocampo.¹²⁷

2.2.3. DIAGNÓSTICO:

Los trastornos del ánimo se clasifican de la misma manera para adolescentes y adultos según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), teniendo algunas variaciones en cuanto al tiempo de evolución.

Se establece el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, cuando existe el ánimo depresivo o irritable casi todos los días y durante la mayor parte del día, por al menos dos semanas. Su curso es episódico, con una recuperación total o parcial entre los episodios. Este trastorno altera el desarrollo y desempeño normal del adolescente, generando una discapacidad de sus funciones sociales, escolares y emocionales.

La Asociación Americana de Psiquiatría fijó como criterios de depresión, la existencia de: humor disfórico (ánimo depresivo o irritable) más, al menos, cuatro de los siguientes síntomas:¹¹⁵

- Mal apetito o pérdida de peso o aumento del apetito o ganancia de peso.
- Dificultad para dormir o exceso de sueño.
- Falta de energía.
- Agitación psicomotora o retardo.
- Pérdida de interés o agrado en actividades usuales.
- Tendencia constante al autorreproche o exceso de culpas.
- Disminución subjetiva u objetiva de la capacidad de concentración.
- Pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas.

Estos criterios generales, muchas veces, resultan insuficientes para diagnosticar depresión en las diferentes etapas del desarrollo infantil y del adolescente. Tomando en cuenta estas consideraciones, se ha propuesto un sistema evolutivo del diagnóstico de la depresión en niños y adolescentes basado en cinco etapas del desarrollo. La presencia del humor disfórico es requisito para el diagnóstico en cualquier edad, y por lo menos cuatro conductas disfuncionales deben estar presentes.¹¹⁶

¹¹⁵ American Psychiatric Association, "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)". Barcelona: Masson. 2004.

¹¹⁶ ALMONTE, C. Y MONTT, M. "Psicopatología infantil y de la adolescencia". Ed. Mediterráneo. Chile. 2012.

2.2.4. INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK:

El Inventario de Depresión de Beck (BDI-IA)¹²⁴ es un instrumento que contiene 21 preguntas, que mide la severidad de la depresión en adultos y adolescentes. El BDI-IA demuestra poseer una alta consistencia interna, alta validez de contenido, especificidad en la diferenciación de pacientes deprimidos y sanos, y su popularidad internacional. Es por ello que se considera al BDI-IA, como herramienta útil de evaluación de la depresión, utilizada por profesionales de la salud y por investigadores en diversas competencias. En lo que concierne a las propiedades psicométricas del BDI-IA, sus índices psicométricos han sido estudiados de manera casi exhaustiva, mostrando una buena consistencia interna (alfa de Crombach). Asimismo presenta validez de constructo a través de la técnica análisis factorial, obteniendo resultados altos y satisfactorios, para así acreditar que el BDI-IA es un instrumento válido para la evaluación de depresión en adolescentes.¹¹⁷

2.2.5. EVOLUCIÓN:

La duración media de un episodio depresivo mayor es de cinco a ocho meses en casos referidos a psiquiatría, y de tres a seis meses en la población general. La duración del episodio será más larga de acuerdo a la existencia de comorbilidad y el tipo de ésta, también de la carga familiar de trastornos familiares.

Se estima que el 90% de los episodios depresivos mayores remiten al cabo de uno o dos años y el 10% se prolongan más allá de ese período. Los episodios que han sido

¹¹⁷ CARRANZA, F. "Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck Para Universitarios de Lima". I Congreso Nacional de Investigación. Perú. 2011.

exitosamente tratados experimentan una recaída del 40% a los dos años y el 75% a los cinco años.¹¹⁸

2.2.6. EPIDEMIOLOGÍA

Durante la adolescencia se pueden observar altibajos en el estado de ánimo, como parte de estos, se pueden reconocer síntomas depresivos. Estos síntomas, ocasionan un bajo rendimiento en las actividades del individuo, tanto en las escolares, como en las de diversión, en las de casa y en el trabajo; afectando directamente sus relaciones interpersonales y su perspectiva de vida.

Ante estos acontecimientos, es importante señalar que a nivel mundial se ha reconocido que la depresión ocupa el cuarto lugar en cuanto al peso de enfermedad, es responsable de uno de cada diez años de vida perdidos en la población. En el año 2020, la depresión ocupará el segundo lugar, después de las enfermedades cardiovasculares. Según estudios internacionales, la prevalencia del trastorno depresivo mayor en adolescentes es del 4%. La diferencia por sexo no es significativa antes de la pubertad, y en la adolescencia existiría una relación de 1:2 entre hombres y mujeres. La incidencia acumulada a la edad de 18 años es aproximadamente del 20% en muestras poblacionales.¹³²

En el Ecuador, un estudio reciente del posgrado de Psiquiatría de la Universidad Central llegó a la conclusión de que en Quito se reporta una prevalencia del episodio depresivo

¹¹⁸ ALMONTE, C. Y MONTT, M. "Psicopatología infantil y de la adolescencia". Ed. Mediterráneo. Chile. 2012.

mayor del 13,4% (por 100 habitantes adultos en 12 meses), muy por encima de la media de la región del 4,9%¹. Según este estudio, a las mujeres se les diagnostica con mayor frecuencia este trastorno, que a nivel mundial afecta a 121 millones de personas y es la cuarta causa de discapacidad, según la Organización Mundial de la Salud (OMS).¹¹⁹ Asimismo, en un estudio realizado en la ciudad de Quito por la Maestría Andina de Epidemiología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador en el año 2000, se determinó que la prevalencia del episodio mayor en adolescentes es del 10.5%.¹²⁰

Se ha observado, desde la década de 1940, que cada generación tiene más riesgo de desarrollar trastornos depresivos leves a moderados, apareciendo en edades más tempranas. Sin embargo se mantiene la misma prevalencia para los trastornos más severos, postulándose que éstos tendrían más influencia genética; y los leves a moderados, mayor influencia de factores estresores sobre una vulnerabilidad constitucional.¹²¹

Asimismo, según estudios internacionales, la comorbilidad es alta, alrededor del 40% al 90% de los pacientes tienen otros trastornos, y entre el 20 y el 50% tienen dos o más condiciones mórbidas. La distimia y los trastornos ansiosos son las comorbilidades más comunes, luego los trastornos conductuales y el abuso de sustancias.¹³⁴

¹¹⁹ Organización Mundial de la Salud. Temas de Salud. Depresión. Marzo. 2013. Obtenido en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>

¹²⁰ ARGUELLO, M. "Depresión en Adolescentes". Tesis de la Maestría Andina de Epidemiología. 2000.

¹²¹ ALMONTE, C. Y MONTT, M. "Psicopatología infantil y de la adolescencia". Ed. Mediterráneo. Chile. 2012.

2.3. ADOLESCENCIA

2.3.1. INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un concepto relativamente moderno; fue definida como una fase específica en el ciclo vital del ser humano a partir de la segunda mitad del siglo pasado, este hecho debido a los cambios políticos, económicos, culturales, al desarrollo industrial y educacional, al papel que comienza a jugar la mujer y al enfoque de género, en correspondencia con la significación que este grupo poblacional tiene para el progreso económico-social de un Estado.¹²²

Si bien los diferentes sistemas de salud incluían la problemática del adolescente, durante mucho tiempo fueron vistos como niños grandes por los pediatras o como adultos pequeños por otros especialistas, no es hasta las últimas décadas que se desarrolla un movimiento dirigido a la individualización de este grupo poblacional y a la elaboración y ejecución de programas integrales de salud para adolescentes.

El Ecuador ha realizado en los últimos 5 años un gran esfuerzo para eliminar las barreras de acceso que tienen los y las adolescentes a los servicios de salud, implementando a través del Programa Nacional de Atención a Adolescentes - MSP, modelos de atención amigables y/o diferenciados en su sistema de salud, con el apoyo de varias organizaciones

¹²² Organización Panamericana de la Salud: La Salud de los adolescentes y jóvenes de las Américas. Washington. OPS/OMS. 1996.

(UNFPA, OPS) y de algunas estrategias intersectoriales como el CIPEA (Comité Interinstitucional de prevención del Embarazo en Adolescentes) y la ENIPLA (Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar).¹²³

2.3.2. DEFINICIÓN:

Se define al adolescente como una unidad biopsicosocial en evolución, desde un amplio punto de vista. Así, la adolescencia, es el período de desarrollo personal durante el cual un joven debe establecer un sentido personal de identidad individual y sentimientos de mérito propio que comprenden una modificación de su esquema corporal, adaptación a capacidades intelectuales más maduras, adaptación a las exigencias de la sociedad con respecto a una conducta madura, la internalización de un sistema de valores personales y la preparación para roles adultos.¹²⁴

Adolescencia es un término utilizado para referirse a un período de la vida, la edad juvenil, etapa en la que el ser humano experimenta transformaciones y transiciones que comprometen todos los planos del funcionamiento humano: biológico, psicosocial, emocional, social e intelectual. Obteniendo como resultado de este proceso, un ser humano que ha tenido cambios cuantitativos y cualitativos en su estructura y organización, alcanzando un nivel de integración de funciones y capacidades de tal complejidad, que al culminar esta etapa de la vida serán capaces de incursionar en el mundo como un

¹²³ Protocolos de Atención Integral a Adolescentes. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Obtenido en: <http://www.salud.gob.ec/tag/politica-de-atencion-a-la-adolescencia/>. [Abril, 2013].

¹²⁴ DULANTO, E. "El Adolescente". Primera Edición. Ed. McGraw-Hill Interamericana. México. 2000.

individuo con una identidad definida, con un proyecto personal propio, en busca de complementarse a través del encuentro con el otro.¹²⁵

2.3.3. ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA:

De acuerdo a los conceptos convencionalmente aceptados por la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases:¹²⁶

- Adolescencia temprana: 10 años a 14 años 11 meses.
- Adolescencia tardía: 15 años a 19 años 11 meses.

2.3.3.1. Adolescencia temprana:

Esta etapa se caracteriza por el crecimiento y desarrollo somático acelerado, inicio de los cambios puberales y de los caracteres sexuales secundarios. Preocupación por los cambios físicos, torpeza motora, marcada curiosidad sexual, búsqueda de autonomía e independencia, por lo que los conflictos con la familia, maestros u otros adultos son más marcados. Es también frecuente el inicio de cambios bruscos en su conducta y emotividad.¹³²

Representa una fase crítica en la cual se desorganiza la personalidad previa, para incorporar funciones, dinámicas y procesos complejos que dan pie a transformaciones

¹²⁵ ALMONTE, C. Y MONTT, M. "Psicopatología infantil y de la adolescencia". Ed. Mediterráneo. Chile. 2012.

¹²⁶ Organización Panamericana de la Salud. Manual de Salud para la atención al Adolescente. Serie Paltex. 199 p.

que vienen a organizarse a partir de la siguiente etapa. Se producen grandes cambios biológicos que incluyen la activación del crecimiento y maduración sexual.

Asimismo, se aprecian una serie de nuevas capacidades psicológicas e intelectuales (pensamiento lógico-formal de Piaget), que le permiten sentirse fuerte, competente y socialmente valorado; que constituyen elementos esenciales para el logro de una adecuada autoestima, autoimagen y autoafirmación que al final contribuyen al equilibrio emocional.¹²⁷

Cambios biológicos.- Los cambios biológicos asociados a la maduración sexual dan pie al crecimiento, el desarrollo de las glándulas y órganos sexuales y la aparición de los caracteres sexuales secundarios y del instinto sexual, denominado como “libido”.¹³⁴

La pubertad comienza cuando, en algún momento del desarrollo activado por relojes biológicos internos, la glándula pituitaria envía señales a las gónadas que activan la secreción hormonal. Las hormonas gonadotrópicas, Folículo estimulante (FSH) y Luteinizante (LH), estimulan el crecimiento de los óvulos en los ovarios y del espermatozoides en los testículos. En la mujer también se secreta la progesterona, que se produce una vez que el óvulo se desprende del folículo ovárico. El hipotálamo también juega un papel importante en la regulación hormonal de la edad juvenil, ya que secreta la hormona liberadora de gonadotropina, además regula la motivación, la emoción, el placer y el dolor

¹²⁷ ALMONTE, C. Y MONTT, M. “Psicopatología infantil y de la adolescencia”. Ed. Mediterráneo. Chile. 2012.

corporal y las funciones como la lactancia, el embarazo, los ciclos menstruales, la alimentación y la conducta sexual.¹²⁰

Desarrollo psicosexual.- En esta etapa existe un creciente interés por la sexualidad y el contacto con el sexo opuesto.¹²⁸ La maduración sexual del adolescente en esta etapa determina mayores niveles de estimulación de la actividad y conducta sexuales a partir de procesos hormonales y neurológicos. Dentro de las actividades sexuales que se desarrollan como medios de canalizar la sexualidad adolescente en esta etapa aparecen formas de satisfacción de carácter parcial, que representan placer y gratificaciones sexuales que pueden enriquecer la sexualidad. En este contexto, la masturbación aparece como una actividad sexual de carácter parcial, autoerótico y egocéntrica, que permite aliviar la tensión sexual, desarrollar un erotismo inicial a partir de las fantasías sexuales asociadas y representarse como ser sexual en busca de otro. Con la masturbación el adolescente se va dando cuenta de que su sistema está madurando con la posibilidad de cumplir la tarea reproductiva.¹²⁹

2.3.3.2. Adolescencia tardía:

En esta etapa, el joven se orienta a consolidar la definición de su identidad e integrarse a la sociedad ejerciendo roles de adulto, asumiendo una participación social activa y

¹²⁸ ALMONTE, C. Y MONTT, M. “Psicopatología infantil y de la adolescencia”. Ed. Mediterráneo. Chile. 2012.

¹²⁹ ANDRADE, P. “El ambiente familiar del adolescente”. Tesis de Doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México. 2005.

desarrollando intereses culturales, políticos y religiosos, que lo complementen con la sociedad y con los demás.¹⁴⁴

En el área cognitiva, el desarrollo del pensamiento abstracto es cada vez más grande y permite a los jóvenes establecer diversos compromisos más complejos y de mayor responsabilidad. Afirman y defienden su vocación, la entienden ya como parte del proyecto de vida.¹³⁰

Es así que en esta fase se ha culminado gran parte del crecimiento y desarrollo, el adolescente va a tener que tomar decisiones importantes en su perfil ocupacional y educacional. Se ha alcanzado un mayor control de los impulsos y maduración de la identidad, inclusive en su vida sexual, por lo que está muy cerca de ser un adulto joven.¹³¹

2.3.4. ENFOQUE DE RIESGO

Por las características de los problemas de salud de los adolescentes, las acciones de promoción y prevención adquieren mayor relevancia. La aplicación del enfoque de riesgo puede enriquecerse con la promoción de factores protectores en el orden individual, familiar y comunitario.

¹³⁰ DULANTO, E. "El Adolescente". Primera Edición. Ed. McGraw-Hill Interamericana. México. 2000.

¹³¹ Organización Panamericana de la Salud. Manual de Salud para la atención al Adolescente. Serie Paltex. 199 p.

2.3.4.1. Factores de Riesgo de la Salud en los Adolescentes:

Considerados como efectos con altas probabilidades de daño o resultados no deseados para el adolescente, sobre los cuales se debe actuar:¹³²

- Familias disfuncionales
- Deserción escolar
- Accidentes
- Consumo de alcohol y drogas
- Enfermedades de transmisión sexual asociadas a prácticas riesgosas.
- Embarazo
- Desigualdad de oportunidades en términos de acceso a los sistemas de salud, educación, trabajo, empleo del tiempo libre y bienestar social.
- Condiciones ambientales insalubres, marginales y poco seguras.
- Educación de los padres: los padres permisivos que no aportan límites claros o aquellos con estilo autoritario, que no ofrecen espacio para el desarrollo del adolescente, tienen hijos con mayor probabilidad de presentar conductas de riesgo.
- Medios de comunicación: actualmente existe una exposición continua a la televisión, internet, vídeos, películas, juegos, revistas con referencias continuas al tabaco, alcohol, drogas, actividad sexual temprana; sin hacer ninguna mención de

¹³² PINEDA, S. Manual de Prácticas Clínicas para la Atención en la Adolescencia. México. 2005.

los efectos secundarios. Además se lo ha equiparado al glamour, éxito social y diversión, lo que proporciona una visión distorsionada de la realidad.¹³³

2.3.4.2. Factores Protectores en la Salud de los Adolescentes:

Los factores protectores de la salud son determinadas circunstancias, características y atributos que facilitan el logro de la salud, y en el caso de los adolescentes, su calidad de vida, desarrollo y bienestar social. Los efectos positivos de estos factores deben ser considerados durante todas las etapas del ciclo vital y no sólo en la adolescencia.¹⁴⁸

- Estructura y dinámica familiar que satisface los procesos físicos y funciones de la familia.
- Ejercicio físico regular
- Políticas sociales con objetivos dirigidos a la atención de la niñez y adolescencia con acciones específicas que permiten la salud integral, el desarrollo y el bienestar social.
- Desarrollo de medios ambientales saludables y seguros para ambos sexos.
- Promoción del autocuidado en los dos sexos en relación con la salud reproductiva.
- Autoestima y sentido de pertenencia familiar y social.
- Posibilidades de elaborar proyectos de vida asequibles en congruencia con una escala de valores sociales y morales apropiados.

¹³³ HIDALGO, M., REDONDO A. "Consumo de Drogas en la Adolescencia". *Pediatría Integral*. España. 2005. No. IX(2):137-155.

- Promoción de mecanismos que permitan la identificación y refuerzo de las defensas endógenas y exógenas frente a situaciones traumáticas y de estrés (resiliencia) conociendo la capacidad de recuperación, ante condiciones adversas. La resiliencia que se define como la capacidad de respuesta inherente al ser humano, a través del cual se generan respuestas adaptativas frente a situaciones de crisis o de riesgo, deriva de la existencia de una reserva de recursos internos de ajuste y afrontamiento, ya sean innatos o adquiridos. De este modo la resiliencia refuerza los factores protectores y reduce la vulnerabilidad frente a las conductas de riesgo (abuso de drogas, suicidio, embarazo temprano, fugas de hogar, etc)¹³⁴
- Presiones del grupo: se ha considerado que es esto lo que desvía a un adolescente de una conducta positiva a otra negativa, pero los estudios realizados no son concluyentes. En general, el grupo lo que hace es proveer a los adolescentes necesidades y deseos similares, y es más probable que provoque protección contra un estrés que conduzca a un abuso de drogas o cualquier otra circunstancia de riesgo.¹³⁵

2.3.5. ADOLESCENTES Y ABUSO DE DROGAS:

La disponibilidad de las drogas, aunado a la problemática social como la pobreza, la desintegración familiar y las características propias de la adolescencia, entre otros, hacen

¹³⁴ VALDÉS, M. Y col. "Familia, Factores protectores, Resiliencia y Conductas de Riesgo". Boletín de Investigación N° 14, Fac. Educación. 1999.

¹³⁵ HIDALGO, M., REDONDO A. "Consumo de Drogas en la Adolescencia". Pediatría Integral. España. 2005. No. IX(2):137-155.

que se haya producido este aumento en el uso y abuso de sustancias psicoactivas entre la población joven del país.

Los adolescentes representan la población más susceptible de ser influenciada hacia el consumo de drogas de cualquier tipo, ya que durante la adolescencia se presentan diversos cambios en la fisiología, en las relaciones familiares, en la relación con los pares del propio sexo y del sexo opuesto, en el crecimiento cognitivo, en la propia identidad, así como también, el tratar de cumplir con los estándares esperados por una sociedad y su propia familia, lo cual lo vuelve vulnerable hacia el consumo de drogas.¹³⁶

Tales acontecimientos promueven una crisis en el adolescente. En el intento por superar esta crisis, muchos adolescentes realizan actos de alto riesgo en los que las consecuencias son irreversibles, como pueden ser el de un embarazo no deseado, la dependencia a las drogas o realizar conductas delictivas.

Además durante la adolescencia se pueden observar altibajos en el estado de ánimo, como parte de éstos, se pueden reconocer síntomas depresivos. La sintomatología depresiva que muchos adolescentes pueden presentar se caracteriza por estados de ánimo fluctuantes -en ocasiones, de tristeza o infelicidad, afecto deprimido, desesperanza, culpa, retardo psicomotor, falta de apetito y trastornos en el sueño.¹³⁷

¹³⁶ ABERASTURY, A.. “La adolescencia normal”. Buenos Aires: Paidós. Aguirre. Psicología de la adolescencia. Ed. Alfaomega. Colombia. 2000.

¹³⁷ BERLANGA, C. “El trastorno depresivo evaluado bajo una perspectiva fenomenológica”. Salud Mental. 2000. vol. 22, No 4, pág: 26-32.

La sintomatología depresiva manifiesta en los adolescentes, es la mayoría de las veces resultado del propio proceso de la adolescencia, el riesgo aquí es que se presente el uso de drogas como una manera de enfrentar y manejar estos síntomas. Por otra parte, cabe señalar que los cambios físicos y psicológicos a los que se enfrenta el adolescente se ven influenciados, directa o indirectamente por su entorno familiar y sociocultural. Sobre todo, es la familia la que desempeña un rol muy importante para el adolescente, ya que ella “asegura la sobrevivencia física y constituye lo humano en el individuo”.¹³⁸

La enfermedad adictiva puede tener su inicio en cualquier etapa de la vida y debutar con cualquier sustancia, con juego patológico, o incluso con una adicción al trabajo.

Posteriormente se pueden ir añadiendo otras conductas adictivas químicas o comportamentales con un agravamiento progresivo de la enfermedad y un ensombrecimiento de su pronóstico, a menos que su evolución se detenga, bien sea mediante un tratamiento especializado o bien por los propios medios de la persona afectada, sin embargo, suele persistir una tendencia a sustituir unas conductas adictivas por otras y también hacia la recidiva.¹³⁹

El uso de drogas durante la adolescencia provoca alteraciones físicas, psicológicas y sociales. Además de su asociación con accidentes de tráfico, homicidios y suicidios, también se relaciona con actividad sexual temprana, fracaso escolar y delincuencia,

¹³⁸ BUSTAMANTE, E. “La Drogadicción Cómo salir de la oscuridad”. Ed. Intermedio. Colombia. 2008.

¹³⁹ GONZÁLEZ, R. “Psicopatología del Niño y del Adolescente” Ed. Pirámide. España. 2000.

además de las posibles consecuencias en la edad adulta, como las enfermedades cardiovasculares, alteraciones mentales, etc. Diversos estudios han demostrado que cuanto más precoz es el inicio del uso de drogas, más probable es que continúe su uso a lo largo de la vida y también que se asocie con la presencia de otras consecuencias futuras. Se ha establecido también que el predictor más fuerte de consumo de drogas en el adolescente, es tener amigos consumidores de sustancias.¹⁴⁰

El desarrollo tardío de los circuitos implicados en las emociones, la capacidad de razonamiento y el control inhibitorio de respuestas inapropiadas podría explicar la elevada propensión de los adolescentes para actuar de manera impulsiva e ignorar las potenciales consecuencias negativas de su comportamiento, factores que incrementan el riesgo de abuso de sustancias en esta etapa precoz de la vida y también de sus consecuencias, las cuales probablemente son más perjudiciales sobre un cerebro en desarrollo.¹⁴¹

2.3.6. EVALUACIÓN DEL ADOLESCENTE

La actitud del profesional de la salud debe ser abierta, cordial, afectiva, comprensiva y tolerante, evitando el autoritarismo y los prejuicios. Esto no significa ser permisivo e inconsecuente. Es importante crear un clima de empatía para poder realizar una adecuada

¹⁴⁰ HIDALGO, M., REDONDO A. "Consumo de Drogas en la Adolescencia". *Pediatría Integral*. España. 2005. No. IX(2):137-155.

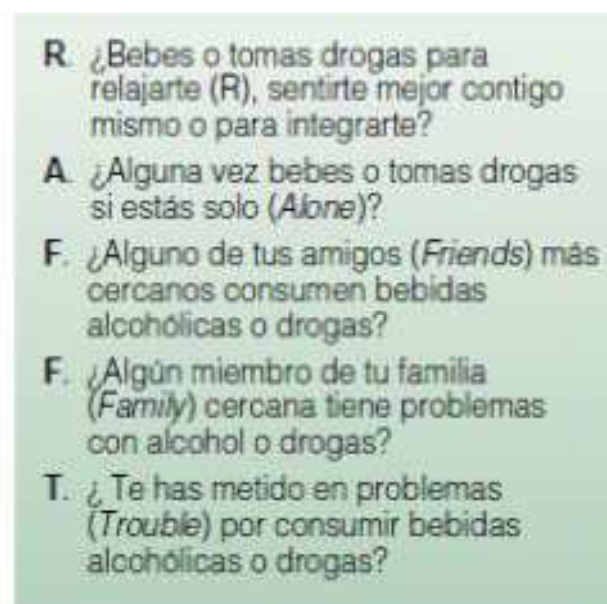
¹⁴¹ PEREIRO GÓMEZ, C. "Manual de Adicciones para Médicos Especialistas en Formación". Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías. España, 2009.

historia clínica y preguntar acerca de toda su vida, enfatizando además de sobre el uso y abuso de drogas; para ello, se debe conversar en privado con el adolescente sin la presencia de los. La mejor forma de identificar y diagnosticar un trastorno por uso de drogas, es realizar una completa historia clínica en un ambiente de confianza y asegurando la confidencialidad.¹⁴²

Cuando se identifique un problema será necesario obtener información de los padres, escuela y su entorno. Igualmente, identificar las drogas que se usan, la frecuencia de uso y las circunstancias bajo las cuales las usa para un correcto diagnóstico y tratamiento.

Conocer la prueba de detección de RAFFT, puede ser de gran interés para poder valorar el consumo de drogas en adolescentes.

Tabla 3. Prueba de detección RAFFT para el consumo de drogas.



R.	¿Bebes o tomas drogas para relajarte (R), sentirte mejor contigo mismo o para integrarte?
A.	¿Alguna vez bebes o tomas drogas si estás solo (Alone)?
F.	¿Alguno de tus amigos (Friends) más cercanos consumen bebidas alcohólicas o drogas?
F.	¿Algún miembro de tu familia (Family) cercana tiene problemas con alcohol o drogas?
T.	¿Te has metido en problemas (Trouble) por consumir bebidas alcohólicas o drogas?

Fuente: HIDALGO, M., REDONDO A. "Consumo de Drogas en la Adolescencia".
Pediatria Integral. España. 2005. No. IX(2):137-155.

¹⁴² HIDALGO, M., REDONDO A. "Consumo de Drogas en la Adolescencia". *Pediatria Integral*. España. 2005. No. IX(2):137-155.

Con todo ello, ya se puede tener una idea de la problemática. La dificultad principal está en que, a priori, no se sabe quiénes no pasarán de la experimentación o del consumo ocasional, y cuales irán más lejos.

2.3.6.1. Valoración clínica:

Se debe conocer algunos signos físicos que son frecuentes en el usuario de drogas, que va a depender del tipo de sustancia que se consuma y del estado de consumo (intoxicación, abstinencia).¹⁵⁹ A manera de resumen, se especifica en la Tabla 4.

Tabla 4. Signos físicos de Consumo de ciertas sustancias.

<i>Signos físicos</i>	<i>Drogas de adicción</i>
Taquicardia	Anfetaminas, cocaína, marihuana
Hipertensión	Anfetaminas, cocaína, fenciclina
Miosis puntiforme	Heroína, morfina, otros opiáceos
Respuesta pupilar lenta	Barbitúricos
Irritación/ulceración de mucosa nasal	Cocaína y heroína intranasales, inhalación de pegamentos
Cicatrices cutáneas	Consumo intravenoso
Necrosis de grasa subcutánea	Consumo intravenoso e intradérmico
Tatuajes en la fosa antecubital	Consumo intravenoso
Abscesos cutáneos y celulitis	Consumo intravenoso e intradérmico
Ictericia	Consumo intravenoso

Fuente: HIDALGO, M., REDONDO A. "Consumo de Drogas en la Adolescencia". *Pediatría Integral*. España. 2005. No. IX(2):137-155.

Asimismo, existen ciertos indicios clínicos para sospechar de abuso crónico de drogas en adolescentes¹⁴³, que se menciona en la Tabla 5.

¹⁴³ HIDALGO, M., REDONDO A. "Consumo de Drogas en la Adolescencia". *Pediatría Integral*. España. 2005. No. IX(2):137-155.

Tabla 5. Indicios Clínicos para Sospecha de Abuso Crónico de Drogas.

<i>Datos físicos</i>	<i>Hábitos personales</i>	<i>Aspectos académicos</i>	<i>Aspectos de conducta</i>
Pérdida de peso	Uso gotas oculares	Alt. de la memoria	Riesgo
Hipertensión arterial	Alteraciones sueño	Juicio inadecuado	Oscilaciones estado ánimo
Enrojecimiento ojos	Alteraciones apetito	Falta a clase	Depresión
Irritación nasal	Menos higiene	Fallo rendimiento escolar	Reacciones de pánico
Resfriado/alergia	Cambio forma de vestir	Problemas con profesores	Psicosis agudas
Ronquera	Pérdida interés	Expulsión escolar	Paranoia
Tos crónica	Nuevos amigos		Problemas con compañeros
Hemoptisis	Nuevos intereses		Problemas con familia
Dolor retroesternal	Nuevos gustos musicales		Robos
Dific. respiración			Promiscuidad
Hepatomegalia			Problemas legales
Huellas de inyecciones			

Fuente: HIDALGO, M., REDONDO A. "Consumo de Drogas en la Adolescencia". *Pediatría Integral*. España. 2005. No. IX(2):137-155.

2.3.7. PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS

Se han planteado estrategias para el control de los factores de riesgo mediante programas de enseñanza en las escuelas sobre los efectos negativos del consumo y desarrollo de capacidades para resistir al consumo: clases a las adolescentes embarazadas sobre los peligros del consumo de droga (incluyendo tabaco y alcohol) en el feto, campañas publicitarias para prevenir el consumo, control del narcotráfico, entre otras.

Estas acciones no tienen mayor impacto si no se construye un camino preventivo basado en una visión integrada, precoz y activa, centrada en el desarrollo de habilidades para la vida, donde el eje sea la potenciación de una sana identidad de los jóvenes, a través principalmente del desarrollo de factores protectores: participación y empoderamiento juvenil, recreación, fortalecimiento del proyecto de vida, grupos de la comunidad

interesados en los niños, niñas y adolescentes, etc. Debe incluirse al individuo, a su familia y a su medio social global. La participación activa y protagónica de adolescentes en estas intervenciones se asocia a un mayor impacto. Los espacios de vida cotidiana, familia, escuela y comunidad tienen un rol fundamental en la construcción de factores protectores.

Hay que recordar que una proporción importante de adolescentes no consume drogas ilegales, tabaco ni alcohol. Ellos pueden transformarse en positivos agentes preventivos en sus comunidades.¹⁴⁴

¹⁴⁴ Ministerio de Salud Pública. Dirección de Normatización del Sistema Nacional de Salud. “Protocolos de Atención Integral a Adolescentes”. 2009.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. PROBLEMA:

¿Influye el entorno familiar y el nivel de depresión en los adolescentes hacia el uso, abuso y dependencia de drogas?

3.2. OBJETIVOS:

- Identificar la prevalencia del uso, abuso o dependencia de drogas en adolescentes hombres y mujeres del Colegio Municipal Experimental “Sebastián de Benalcázar”.
 - Evaluar la prevalencia del uso, abuso o dependencia de drogas, según género y edad.
 - Evaluar el tipo de droga más usada en este grupo de adolescentes.

- Establecer la relación entre nivel de depresión en adolescentes hombres y mujeres y consumo de drogas.

- Determinar la influencia del entorno familiar en los adolescentes hacia el consumo de drogas.

3.3. HIPÓTESIS:

- El uso, abuso y dependencia de drogas en hombres y mujeres adolescentes es mayor en aquellos que presentan un alto nivel de depresión.
- El uso, abuso y dependencia de drogas en hombres y mujeres adolescentes es mayor en aquellos jóvenes que tienen problemas en el entorno familiar.
- Existe una correlación importante entre el nivel de depresión y un entorno familiar satisfactorio para el uso, abuso y dependencia de drogas en adolescentes hombres y mujeres de primero, segundo y tercero de ciclo diversificado del Colegio Municipal Experimental “Sebastián de Benalcázar”.

3.4. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Tabla adjunta en Anexo I.

3.5. MUESTRA

Se calculó el tamaño muestral, tomando en cuenta la prevalencia del consumo de marihuana en Ecuador, del 6.4%, según el Estudio Nacional a Hogares sobre Consumo de Drogas 2008, elaborado por el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP).¹⁴⁵ Con un valor Z de 1.96 para un intervalo de confianza de 95% y con un grado de precisión de 0.05.

¹⁴⁵ Plan Nacional de Prevención Integral de Drogas 2012-2013, Consejo Directivo del Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP).

$$N = \frac{z^2 pq}{d^2}$$

$$N = \frac{1.96^2(0.064)(0.936)}{0.05^2}$$

$$N = 92$$

A este tamaño muestral, se suma el 10% de tasa de no respuesta, que corresponde a un total de 101 alumnos.

$$N = 101$$

Criterios de Inclusión:

- Adolescentes hombres y mujeres entre 14 y 19 años.
- Estudiantes de Primero, Segundo y Tercero de Ciclo Diversificado del Colegio “Sebastián de Benalcázar”.

Criterios de Exclusión:

- Adolescentes que se encuentren bajo tratamiento médico para la depresión, con ingesta de fármacos tales como benzodiazepinas, inhibidores de la recaptación de serotonina, antidepresivos tricíclicos, etc.
- Cuestionarios que hayan sido llenados de manera incompleta.

3.6. TIPO DE ESTUDIO

De acuerdo al problema planteado se realizó un Estudio Observacional Descriptivo Transversal sobre la prevalencia del consumo de drogas de acuerdo al nivel de depresión y el ambiente familiar de los adolescentes estudiados.

I. Procedimientos de recolección de información:

El inventario de Depresión de Beck y el cuestionario sobre el Ambiente familiar y datos sociodemográficos se encuentran en el Anexo II y III respectivamente.

Para fines de esta investigación se utilizó el Inventario de Depresión de Beck-IA validado en adolescentes mexicanos.¹⁴⁶

Se realizó previamente una prueba piloto para validar el instrumento de recolección, observando un tiempo aproximado 15 minutos para ser llenado por cada participante.

II. Procedimientos de diagnóstico e intervención:

Para aproximarnos al diagnóstico de depresión se utilizó el Inventario de Depresión de Beck, BDI-IA. Es un instrumento de autoaplicación de 21 ítems que ha sido diseñado para evaluar la gravedad de sintomatología depresiva en adultos y adolescentes con una edad mínima de 13 años. En cada uno de los ítems, la persona tiene que elegir, entre un conjunto de cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado durante la última semana, incluyendo el día en que completa el instrumento. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se puede obtener una puntuación total que varía de 0 a 63.

De tal manera, según los puntajes obtenidos, se determina que:

- 1-10: Estos altibajos son considerados normales.

¹⁵⁴ BELTRÁN, M., FREYRE, M. “El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente”. *Terapia Psicológica*. México. 2012. Vol. 30. N° 1. 5-13.

- 11-16: Leve perturbación del estado de ánimo.
- 17-20: Estados de depresión intermitentes.
- 21-30: Depresión moderada.
- 31-40: Depresión grave.
- + 40: Depresión extrema.

Para obtener información sobre el ambiente familiar de los adolescentes se utilizó un cuestionario que consiste en 42 preguntas que han sido validadas en la población de estudiantes de México.¹⁴⁷

3.7. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

Para llevar a cabo el análisis de los datos de este estudio, se utilizará el programa SPSS versión 10.0.

Como medida de significación se utilizará el χ^2 con el fin de determinar si las asociaciones son reales o al azar. Para establecer la influencia del nivel de depresión y el ambiente familiar hacia el consumo de drogas, teniendo como variables predictoras a las variables sociodemográficas de sexo, edad, estatus escolar, se utilizará la prueba de Odds ratio, con una significancia estadística de $p < 0,05$. En el caso de asociaciones múltiples (tablas de $2 \times n$) se utilizará el Coeficiente V de Kramer para establecer la fuerza de la relación entre las variables. Para analizar las variables demográficas se utilizarán medidas estadísticas como el promedio, la mediana.

¹⁴⁷ VILLATORO, J., MEDINA-MORA, M.E. “¿Ha cambiado el consumo de drogas de los estudiantes?”. Resultados de la encuesta de estudiantes. Medición otoño del 2000. Salud Mental. 25(1): 43-54.

3.8. ASPECTOS BIOÉTICOS

1. La investigación se realizó siguiendo los principios de las Buenas Prácticas Clínicas y la Declaración de Helsinki que promulga la Asociación Médica Mundial, adoptada por la 18^a Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por la 52^a Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000.
2. Se cuenta con la autorización y apoyo de las autoridades del Colegio Municipal Experimental “Sebastián de Benalcázar” para la realización del estudio.
3. Previa a la recolección de datos mediante la aplicación del cuestionario, se explicó a todos los participantes la temática del estudio, se dió lectura a un resumen de la investigación y posteriormente se solicitó la firma del Consentimiento Informado, el mismo que se encuentra en el Anexo IV.
4. Los participantes se mantendrán en anonimato, el estudio se manejó mediante códigos, respetando la identidad de cada participante. Los resultados obtenidos serán para uso exclusivo de esta investigación.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

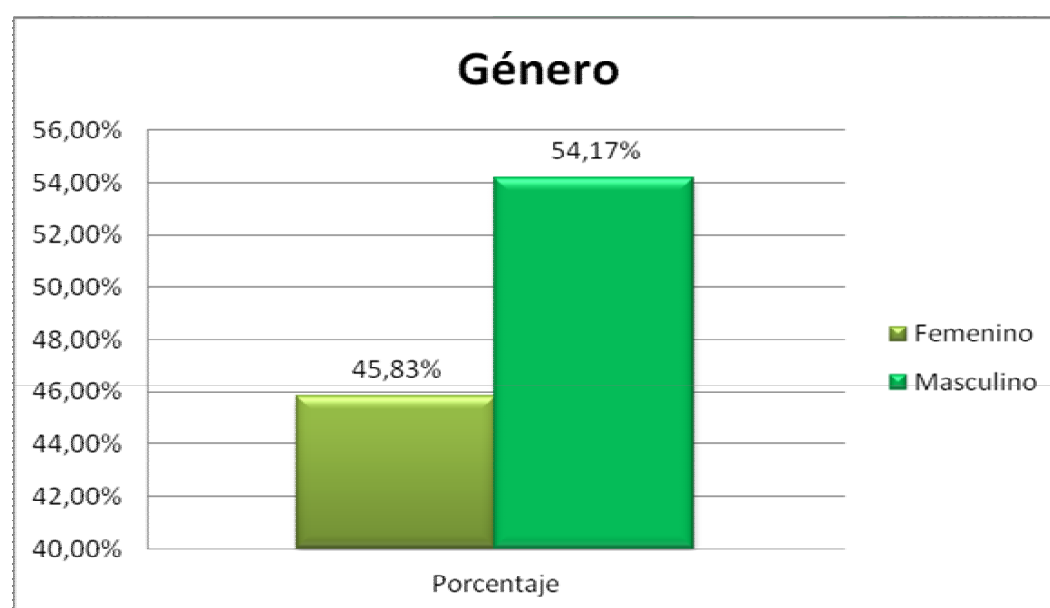
4.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

4.1.1. ANÁLISIS UNIVARIAL

4.1.1.1. Frecuencia de estudiantes del CSB según Género

Se estudiaron 96 estudiantes del Colegio Municipal Experimental “Sebastián de Benalcázar”, de los cuales el 45.83% (44) corresponden al género femenino y el 54.17% (52) al género masculino.

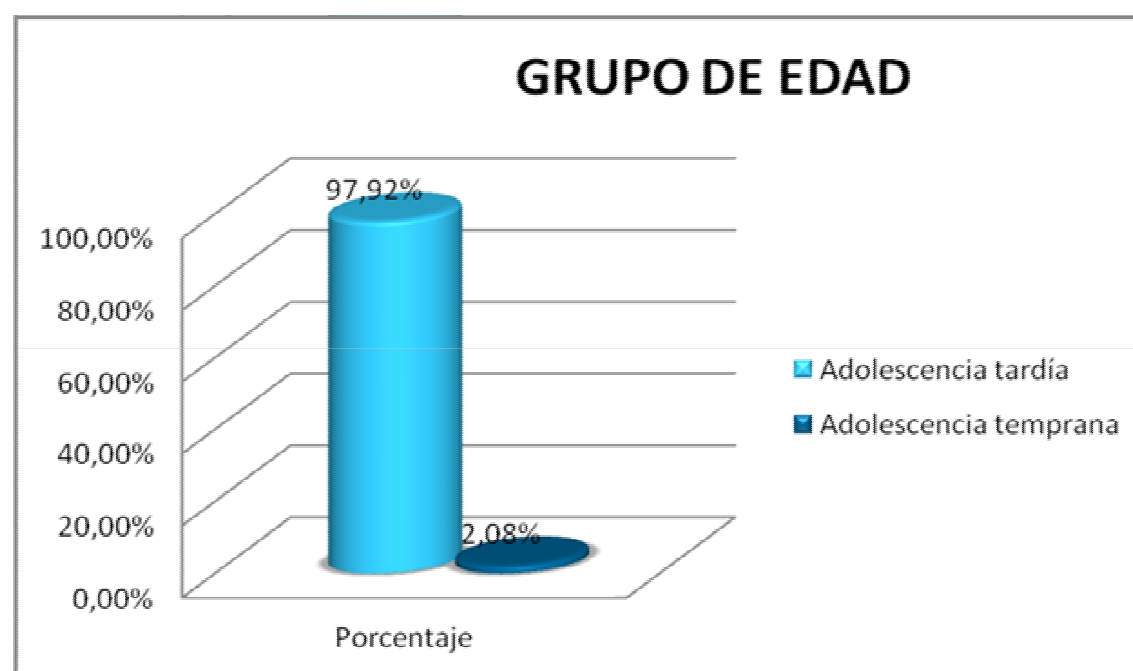
Figura 8. Frecuencia de estudiantes del CSB según Género



4.1.1.2 Frecuencia de estudiantes del CSB según Etapa de Adolescencia

El promedio de edad de los participantes fue de 15 años, los cuales el 97.92% (94) son adolescentes tardíos (entre 15 años y 19 años 11 meses) y el 2% (2) son adolescentes tempranos (entre 10 años y 14 años 11 meses).

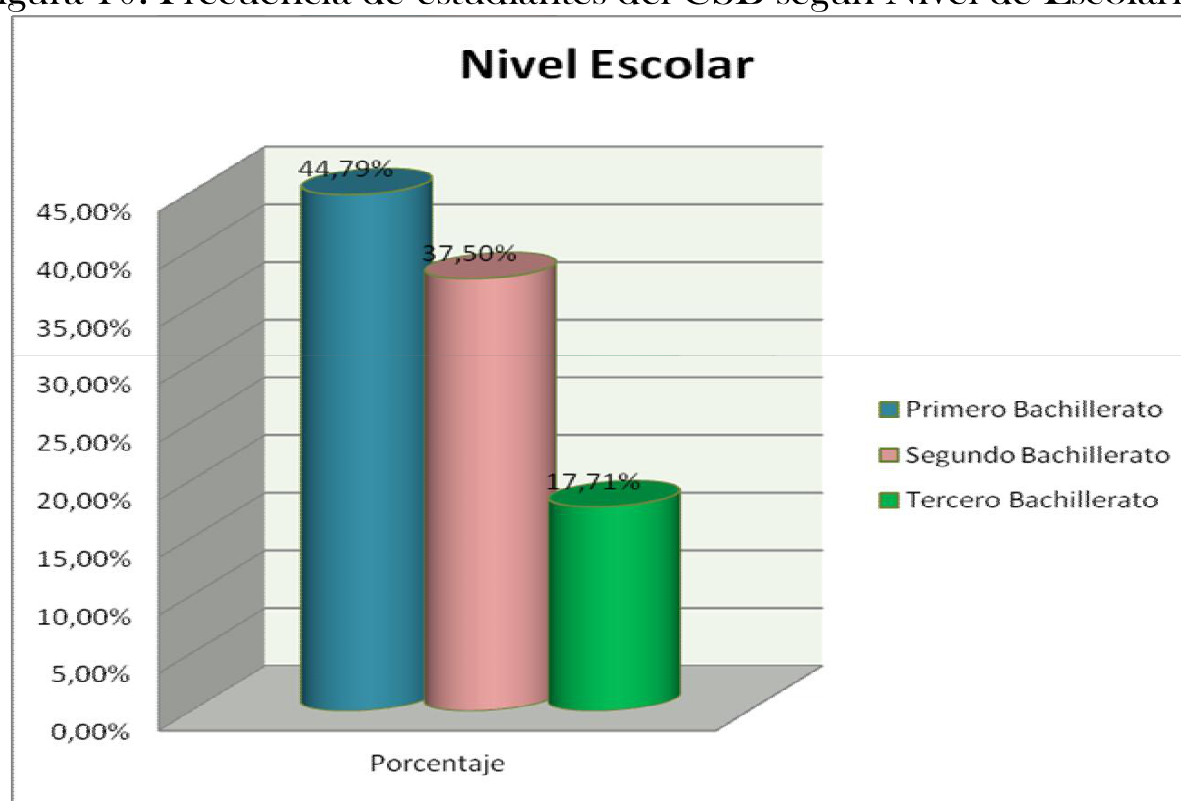
Figura 9. Frecuencia de estudiantes del CSB según Etapa de Adolescencia



4.1.1.3. Frecuencia de estudiantes del CSB según Nivel de Escolaridad

De acuerdo al nivel de escolaridad, el 44.79% (43) pertenece a Primero de Bachillerato, 37.5% (36) a Segundo de Bachillerato, el 17.71% (17) a Tercero de Bachillerato.

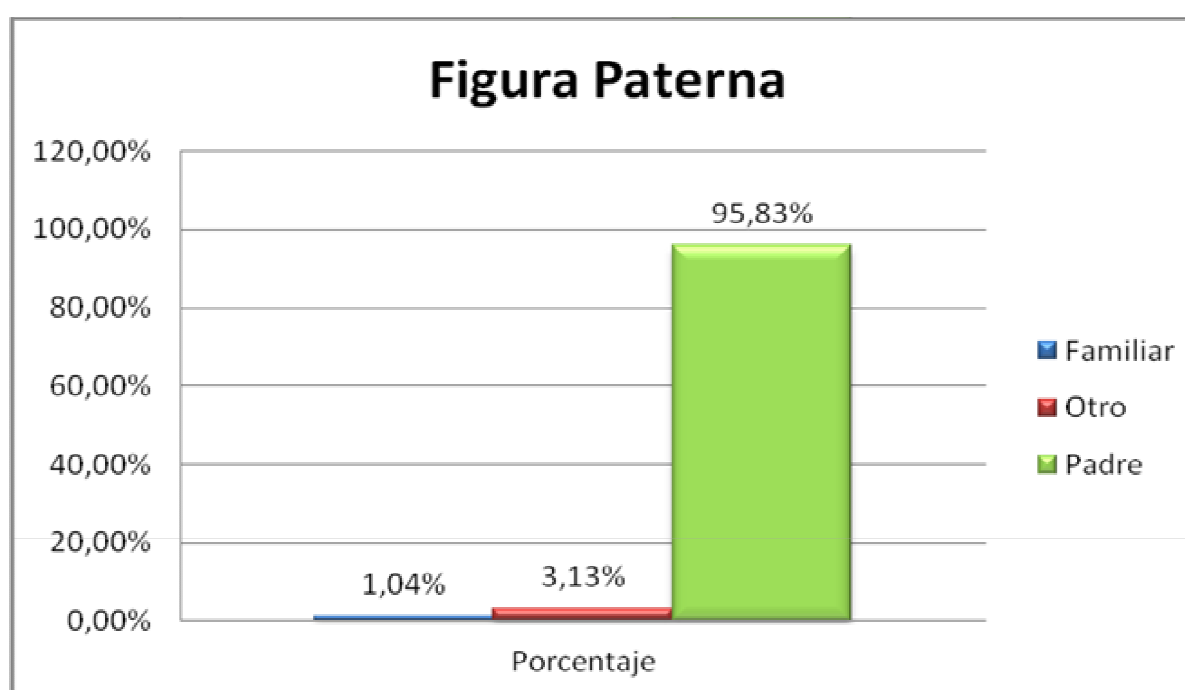
Figura 10. Frecuencia de estudiantes del CSB según Nivel de Escolaridad



4.1.1.4. Frecuencia de Figura Materna y Figura Paterna de los estudiantes del CSB

De los 96 estudiantes encuestados, el 100% (96) tienen a su madre biológica como la figura materna en el hogar, mientras que el 3.13% (3) tienen a otra persona como figura paterna en el hogar, el 1.04% (1) tienen a un familiar y el 95.83% (92) tienen a su padre biológico.

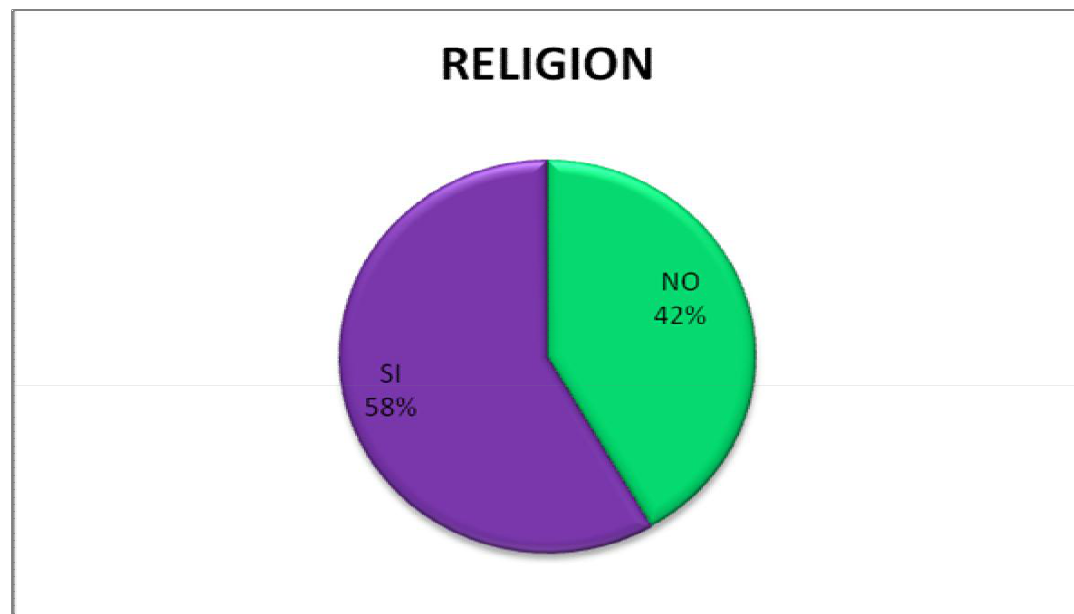
Figura 11. Frecuencia de Figura Paterna de los estudiantes del CSB



4.1.1.5. Frecuencia de Práctica de Religión de los estudiantes del CSB

Con respecto a la religión, el 41.67% (40) se pronunció como no practicante de ninguna religión y el 58.33% (56) mencionó practicar una religión, de los cuales el 67.86% (38) se consideran católicos, 14.29% (8) cristianos, 7.14% (4) cristiano-católicos, 5.36% (3) cristiano-evangélicos, 1.79% (1) adventistas, 1.79% (1) evangélicos y 1.79% (1) testigos de Jehová.

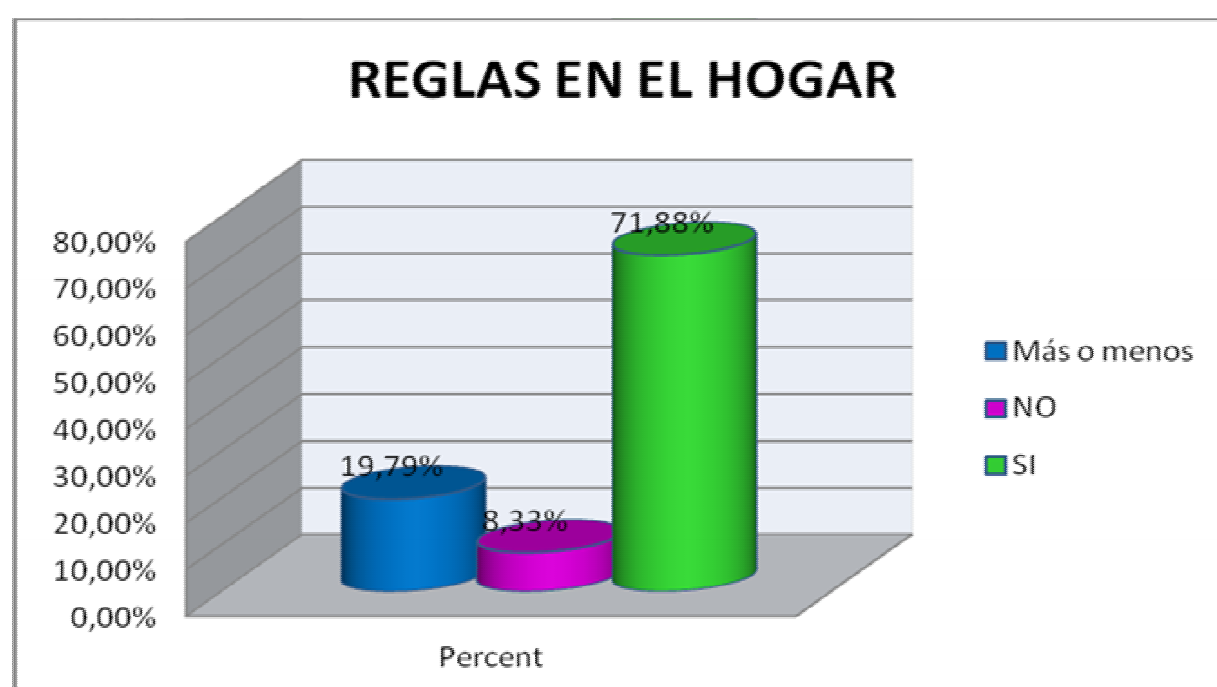
Figura 12. Frecuencia de Práctica de Religión de los estudiantes del CSB



4.1.1.6. Cumplimiento de Reglas en el Hogar de los estudiantes del CSB

Según las normas establecidas en el hogar, el 71.88% (69) menciona cumplir y obedecer estas reglas, el 19.79% (19) señala hacerlo parcialmente, y el 8.33% (8) indica que no cumple las normas impuestas en su hogar.

Figura 13. Cumplimiento de Reglas en el Hogar de los estudiantes del CSB



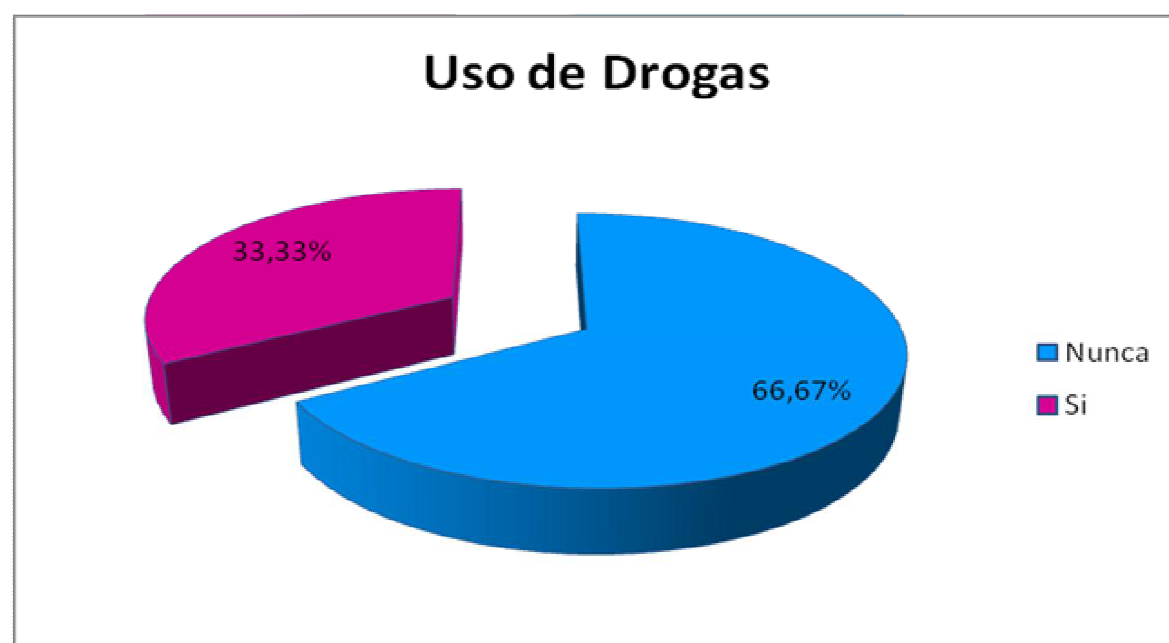
4.1.1.7. Frecuencia de Uso de Drogas en los estudiantes del CSB

Con respecto al uso de drogas, el 66.67% (64) señala nunca haber consumido drogas ilegales, mientras que el 33.33% (32) indica haber usado drogas ilegales en algún momento de su vida.

Tabla 6. Frecuencia de Uso de Drogas en los estudiantes del CSB

USO DE DROGAS	Frequency	Percent
Nunca	64	66,67 %
Si	32	33,33 %
TOTAL	96	100,00 %

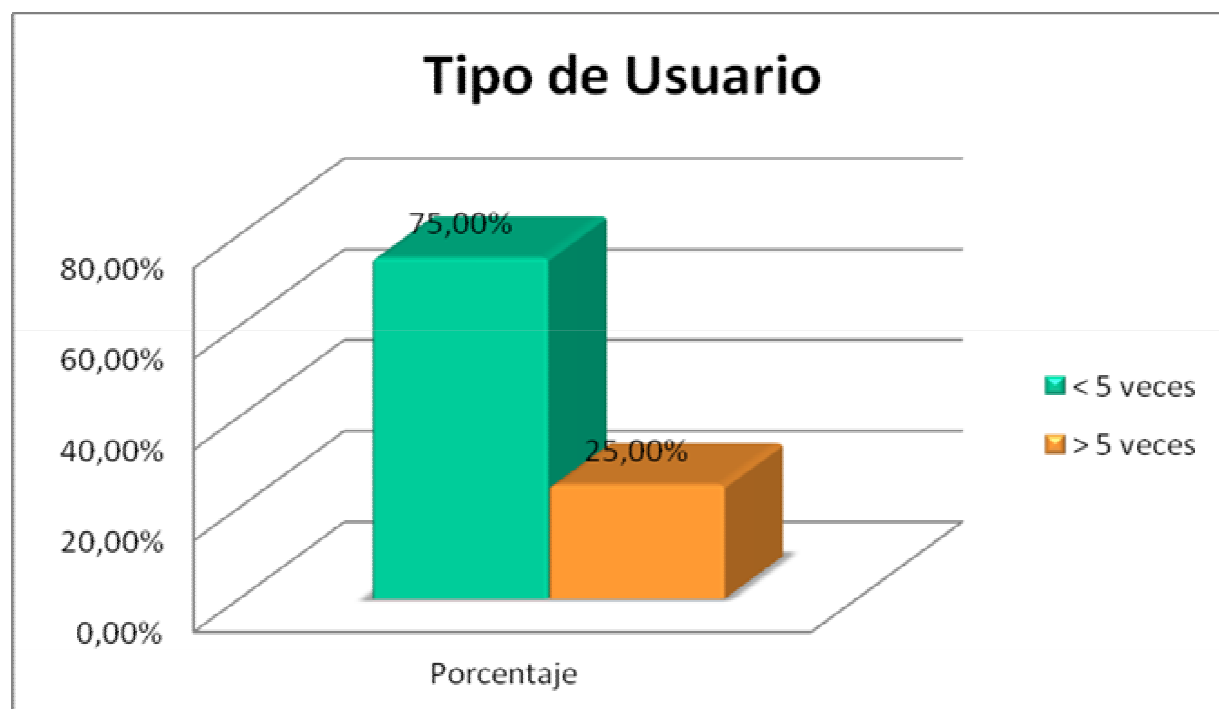
Figura 14. Prevalencia Vida de Uso de Drogas en los estudiantes del CSB



4.1.1.8. Frecuencia de Tipo de Usuario de drogas en los estudiantes del CSB.

Del total de usuarios de drogas ilegales, el 75% (24) corresponde a consumidores experimentales ya que han usado drogas < 5 veces en su vida, y el 25% (8) restante corresponde a usuarios regulares ya que afirman haber consumido drogas >5 veces en su vida.

Figura 15. Tipo de Usuario de drogas en los estudiantes del CSB



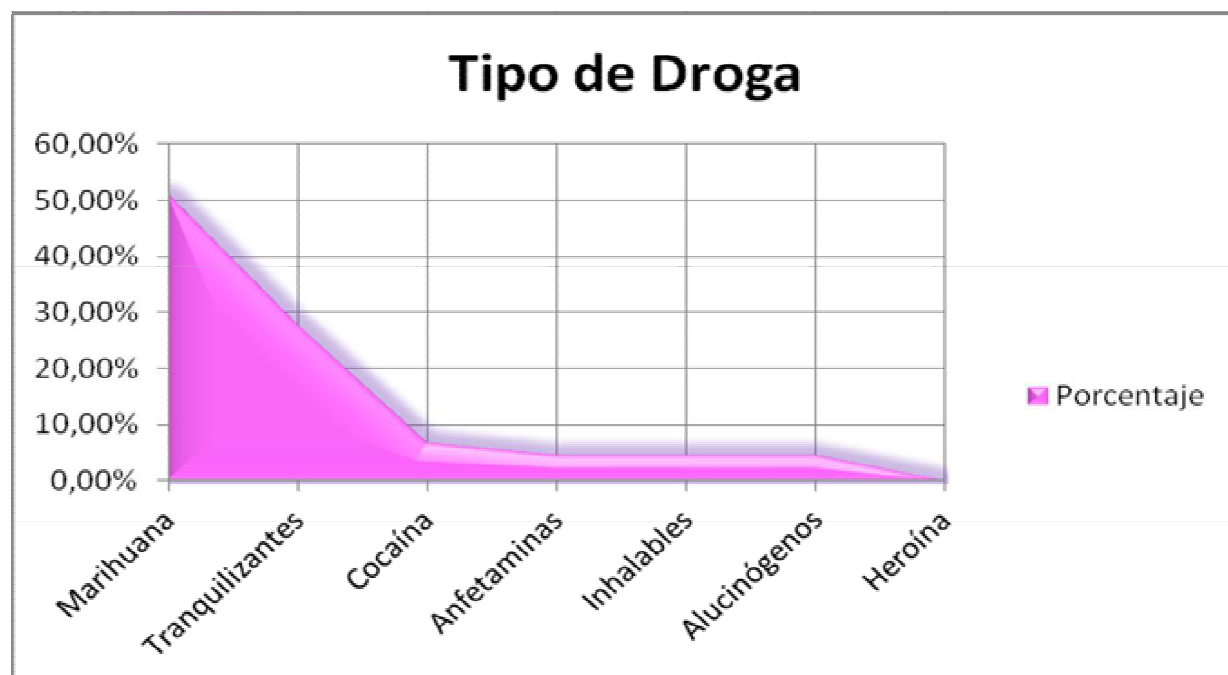
4.1.1.9. Frecuencia según tipo de droga consumida en los estudiantes del CSB

Los usuarios de drogas señalan que la marihuana es la droga ilegal más utilizada correspondiendo al 51.16% (22), seguida de los tranquilizantes con el 27.9% (12), en tercer lugar la cocaína con el 6.9% (3), y por último las anfetaminas, alucinógenos e inhalables con el 4.6% (2) cada una.

Tabla 7. Frecuencia según tipo de droga consumida en los estudiantes del CSB

Tipo de Droga	Frecuencia	Porcentaje
Marihuana	22	51,16%
Tranquilizantes	12	27,90%
Cocaína	3	6,90%
Anfetaminas	2	4,60%
Inhalables	2	4,60%
Alucinógenos	2	4,60%
Heroína	0	0%
TOTAL	43	100,00%

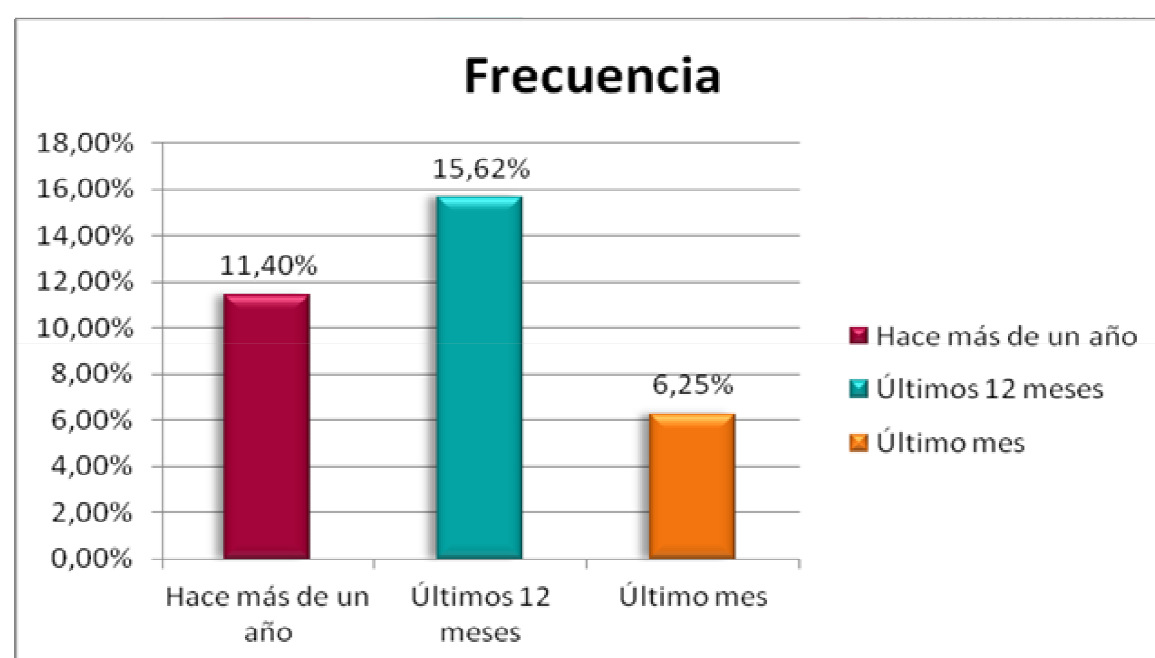
Figura 16. Frecuencia según tipo de droga consumida en los estudiantes del CSB



4.1.1.10. Prevalencia reciente y actual de consumo de drogas en el CSB

Con respecto a la frecuencia de uso, el 15,6% (15) de los estudiantes mencionan haber usado drogas ilegales en los últimos 12 meses, lo que corresponde a la prevalencia reciente, 6,2% (6) señalan haber consumido drogas en el último mes que representa la prevalencia actual y el 11,4% (11) indican haber usado drogas hace más de un año.

Figura 17. Prevalencia reciente y actual de consumo de drogas en los estudiantes del CSB



4.1.1.11. Frecuencia según Nivel de Depresión en los estudiantes del CSB

De los 96 participantes, el 25% (24) señala tener algún grado de depresión, el 68.7% (66) indica tener altibajos normales del estado de ánimo y el 6.2% (6) menciona no tener ningún nivel de depresión. Con respecto a los niveles de depresión, el 16.67% (16) presenta leve perturbación del estado de ánimo, 3.1% (3) presenta estados de depresión intermitentes, 4.1% (4) tiene depresión moderada y 1% (1) depresión grave.

Tabla 8. Frecuencia según Nivel de Depresión en los estudiantes del CSB

DEPRESIÓN	Frequency	Percent
Altibajos normales	66	68,75 %
Depresión grave	1	1,04 %
Depresión moderada	4	4,17 %
Estados de depresión intermitentes	3	3,13 %
Leve perturbación del estado de ánimo	16	16,67 %
No depresión	6	6,25 %
TOTAL	96	100,00 %

4.1.1.12. Frecuencia de poliuso de sustancias.- De todos los usuarios drogas que corresponde a 32 participantes, el 68.7% (22) han usado una sola sustancia, mientras que el 31.3% (10) han utilizado más de una sustancia a lo largo de su vida que corresponde a un polisuo de sustancias.

4.1.2. ANÁLISIS BIVARIAL

4.1.2.1. Uso de drogas y Género

De todos los usuarios de drogas, el 25% (11) son mujeres y el 40.4% (21) son hombres. Con respecto a los no usuarios, el 75% (33) son mujeres y el 59.6% (31) son hombres.

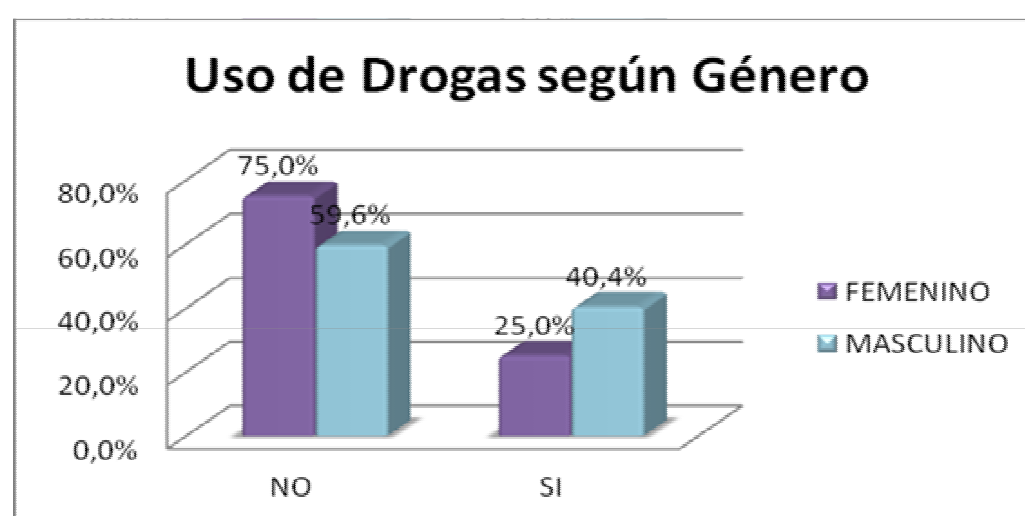
Existe una relación estadísticamente significativa ($p=0.05$) entre el género masculino y el consumo de drogas que indica 2.03 veces mayor probabilidad de consumo de drogas ilegales en hombres (OR: 2.03).

Tabla 9. Uso de drogas según Género en los estudiantes del CSB.

			USO DE DROGAS		Total
			NO	SI	
GÉNERO	Femenino	Recuento	33	11	44
		%	75,0%	25,0%	100,0%
	Masculino	Recuento	31	21	52
		%	59,6%	40,4%	100,0%
Total		Recuento	64	32	96
		%	66,7%	33,3%	100,0%

Chi cuadrado χ^2	2.53
Odds Ratio	2.03
Límite superior	4.89
Límite inferior	0.84
p	0.05

Figura 18. Uso de Drogas según Género en los estudiantes del CSB.



4.1.2.2. Uso de Drogas y Nivel Escolar

Según el nivel escolar, los mayores usuarios de drogas corresponden a Segundo de Bachillerato con el 43.8% (14), seguido del 28.1% (9) para el Primero y Tercero de Bachillerato. Mientras que el mayor porcentaje de no usuarios corresponde a Primero de Bachillerato con 53.1% (34), seguido de Segundo de Bachillerato 34.4% (22) y por último el Tercero de Bachillerato con 12.5% (8) de no usuarios. Existe una asociación estadísticamente significativa ($p=0.04$) entre cursar el Primero de Bachillerato y el uso de drogas, sin embargo utilizando el Coeficiente V de Kramer para establecer la fuerza de relación, se encontró que esta relación es muy baja.

Tabla 10. Uso de drogas según Nivel Escolar en los estudiantes del CSB.

			CURSO			Total
			Primero B.	Segundo B.	Tercero B.	
USO DE DROGAS	NO	Recuento	34	22	8	64
		%	53,1%	34,4%	12,5%	100,0%
	SI	Recuento	9	14	9	32
		%	28,1%	43,8%	28,1%	100,0%
Total		Recuento	43	36	17	96
		%	44,8%	37,5%	17,7%	100,0%

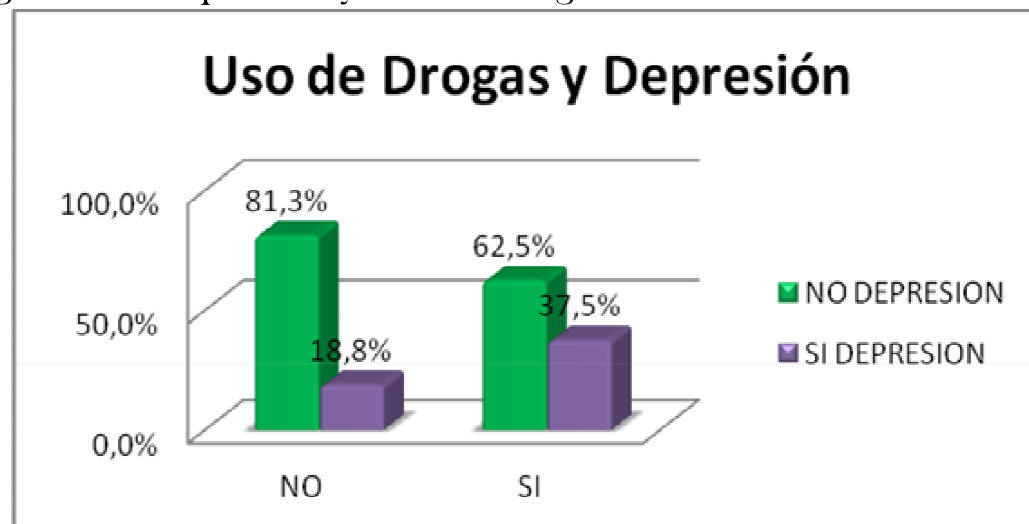
Chi cuadrado χ^2	6.41
Coeficiente V de Kramer	0.09
Grados de libertad	2
P	0.04

4.1.2.3. Uso de drogas y Depresión

Correlacionando la depresión y el uso de drogas, se obtuvo que el 37.5% (12) de estudiantes que han consumido drogas presentan además depresión, mientras que el

62.5% (20) de participantes que si han usado drogas en su vida no presentan depresión. Existe una relación estadísticamente significativa ($p=0.02$) que indica que la depresión es un factor de riesgo con 2.6 veces más probabilidad hacia un consumo de drogas (OR: 2.6).

Figura 19. Depresión y uso de drogas en los estudiantes del CSB.



4.1.2.4. Uso de drogas según Nivel de depresión

Entre los usuarios y no usuarios de drogas, se encontró que el mayor porcentaje corresponde a altibajos normales del estado de ánimo, con un 50% (16) entre los usuarios y un 78.1% (50) entre los no usuarios de drogas. Existe una relación estadísticamente significativa ($p=0.02$) entre el nivel de depresión y el uso de drogas, cuya fuerza de asociación es moderada (Coeficiente V de Kramer: 0.37).

Tabla 11. Uso de Drogas según Nivel de Depresión en los estudiantes del CSB.

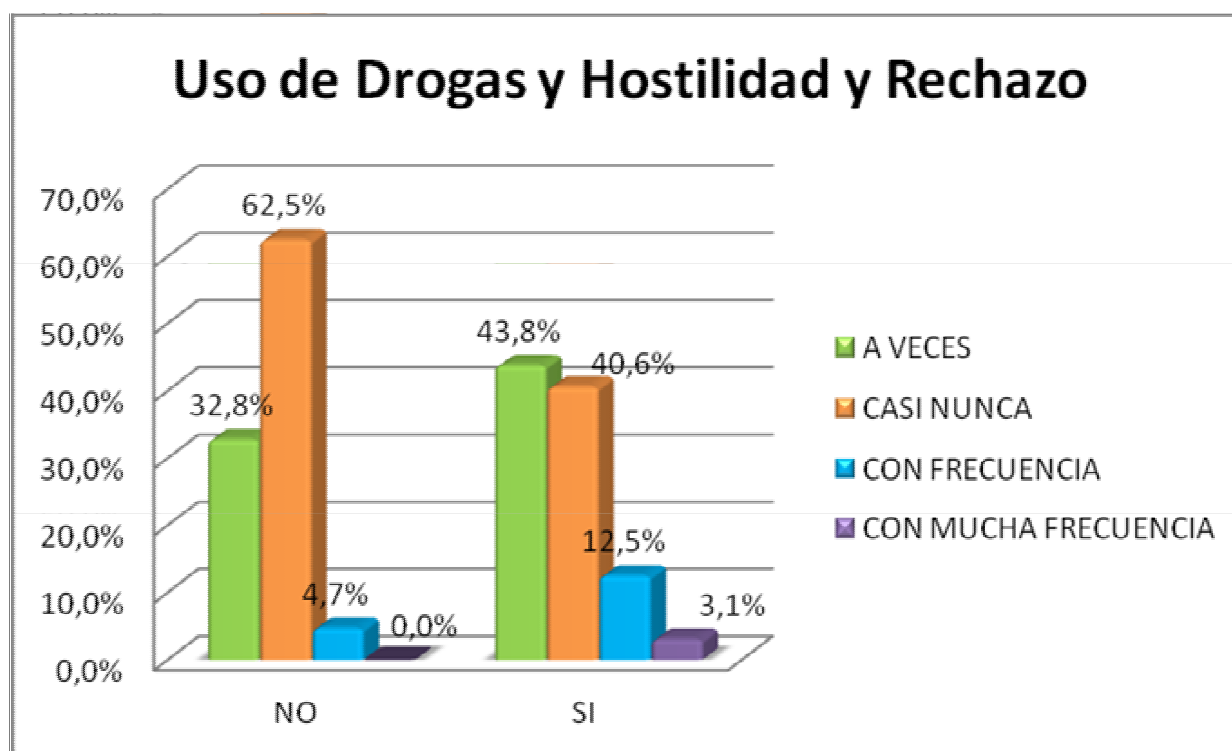
			USO DE DROGAS		Total
			NO	SI	NO
DEPRESIÓN	Altibajos normales	Recuento	50	16	66
		%	78,1%	50,0%	68,8%
	Depresión grave	Recuento	1	0	1
		%	1,6%	,0%	1,0%
	Depresión moderad	Recuento	2	2	4
		%	3,1%	6,3%	4,2%
	Estados de depresión intermit.	Recuento	0	3	3
		%	0%	9,4%	3,1%
	Leve perturbación	Recuento	9	7	16
		%	14,1%	21,9%	16,7%
	No depresión	Recuento	2	4	6
		%	3,1%	12,5%	6,3%
Total		Recuento	64	32	96
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi cuadrado χ^2	13.24
Coefficiente V de Kramer	0.37
Grados de libertad	5
P	0.02

4.1.2.5. Uso de Drogas y Hostilidad y Rechazo

Se encontró que cuando la hostilidad y rechazo es muy frecuente en el hogar se asocia con el uso de drogas ilegales en adolescentes, sin embargo la fuerza de esta relación determinada mediante la utilización del Coeficiente V de Kramer para comparaciones múltiples es baja (Coeficiente V de Kramer: 0.25) sin ser estadísticamente significativo ($p=0.09$).

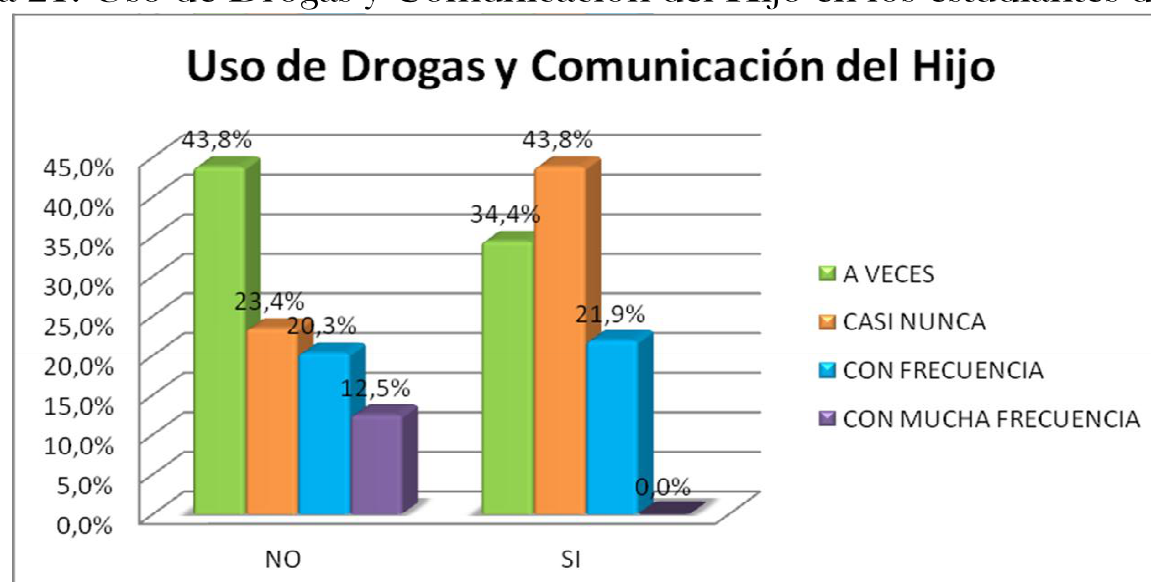
Figura 20. Uso de Drogas y Hostilidad y Rechazo en los estudiantes del CSB.



4.1.2.6. Uso de Drogas y Comunicación del Hijo

Cuando la comunicación del hijo hacia los padres es poco frecuente se asocia con un consumo de drogas, la fuerza de esta relación es baja (Coeficiente V de Kramer: 0.27) sin ser estadísticamente significativa ($p=0.06$).

Figura 21. Uso de Drogas y Comunicación del Hijo en los estudiantes del CSB



4.1.2.7. Uso de Drogas y Apoyo de Papás

No existe asociación estadísticamente significativa entre el apoyo de los papás hacia sus hijos y el consumo de drogas

Tabla 12. Uso de Drogas y Apoyo de Papás en los estudiantes del CSB.

			APOYO DE PAPÁS			Total
			A VECES	CON FRECUENCIA	CON MUCHA FRECUENCIA	
USO DE DROGAS	NO	Recuento	7	21	36	64
		%	10,9%	32,8%	56,3%	100,0%
	SI	Recuento	3	11	18	32
		%	9,4%	34,4%	56,3%	100,0%
Total		Recuento	10	32	54	96
		%	10,4%	33,3%	56,3%	100,0%

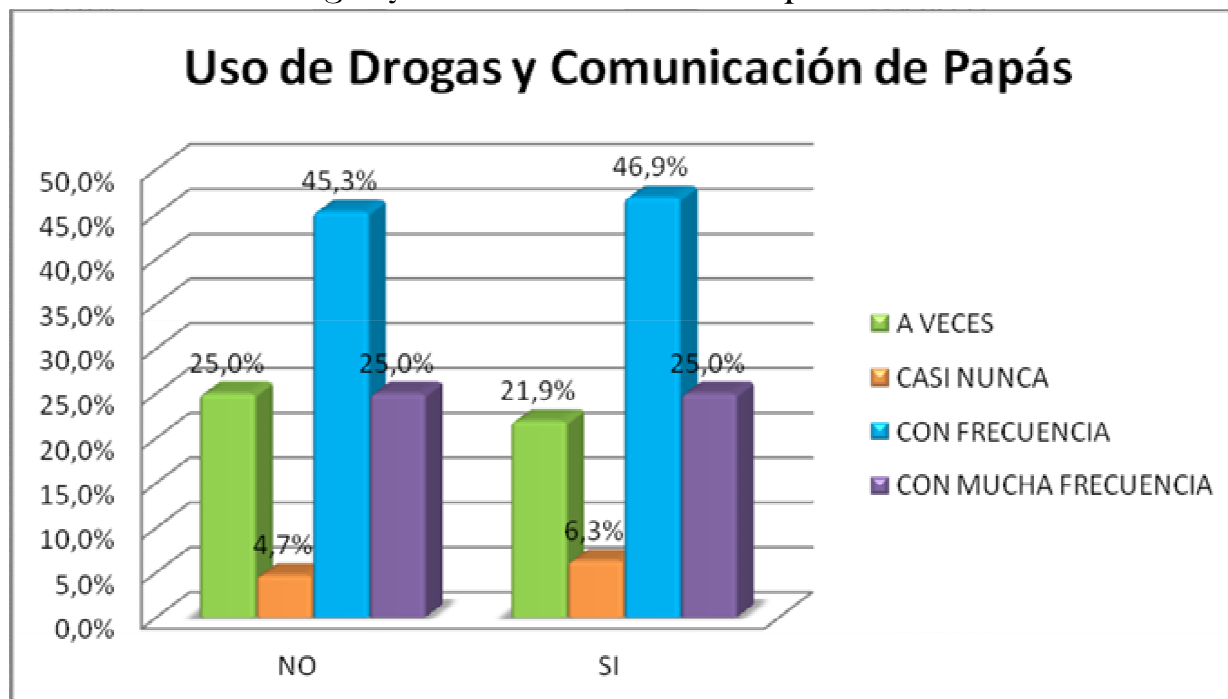
Chi cuadrado χ^2	0.06
Coefficiente V de Kramer	0.01
Grados de libertad	2
P	0.96

4.1.2.8. Uso de Drogas y Comunicación de Papás

Al analizar la comunicación de los padres con sus hijos y el uso de drogas, se encontró que no existe una relación estadísticamente significativa.

Chi cuadrado χ^2	0.19
Coefficiente V de Kramer	0.04
Grados de libertad	3
P	0.9

Figura 22. Uso de Drogas y Comunicación de Papás en los estudiantes del CSB.

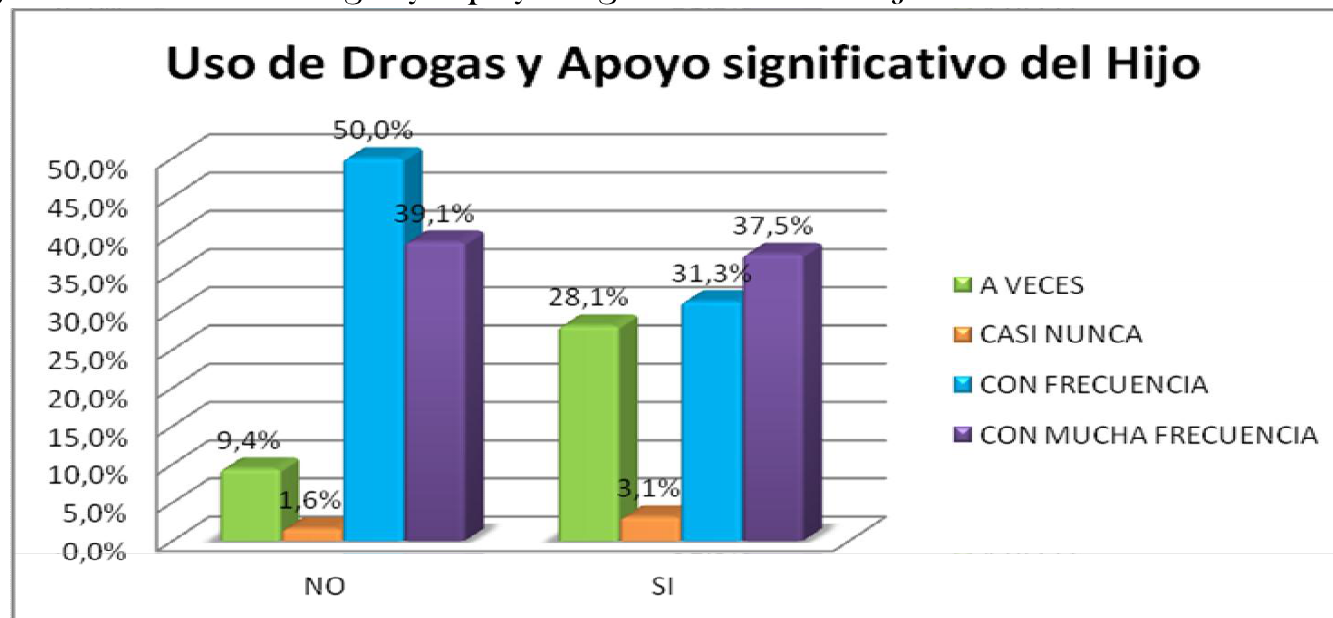


4.1.2.9. Uso de Drogas y Apoyo Significativo del Hijo

Cuando el apoyo del hijo hacia sus padres y la intervención de éste hacia la resolución de los problemas en el hogar son frecuentes, se asocia con un menor consumo de drogas; sin embargo esta relación no es estadísticamente significativa ($p=0.07$).

Chi cuadrado χ^2	6.77
Coefficiente V de Kramer	0.26
Grados de libertad	3
P	0.07

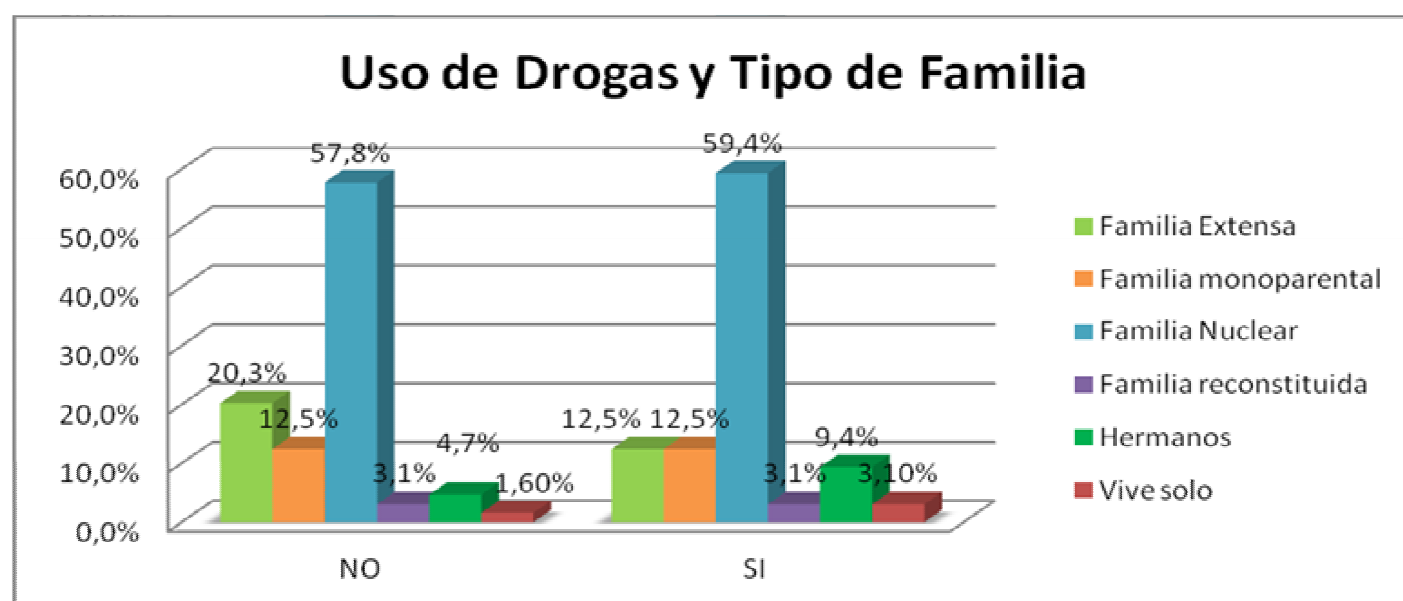
Figura 23. Uso de Drogas y Apoyo Significativo del Hijo en los estudiantes del CSB.



4.1.2.10. Uso de Drogas según Tipo de Familia

En el estudio se encontró que el mayor porcentaje de usuarios 59.4% (19) y no usuarios de drogas ilegales 57.8% (37) pertenecen a una familia nuclear, por lo que no existe una asociación estadísticamente significativa ($p=0.8$) entre el tipo de familia y el consumo de drogas en adolescentes.

Figura 24. Uso de Drogas según Tipo de Familia en los estudiantes del CSB.



4.1.2.11. Uso de Drogas y Reglas en el Hogar

Cuando las reglas impuestas por los padres en el hogar son claras y cumplidas por los adolescentes, se asocia con un menor consumo de drogas. Sin embargo la fuerza de esta relación es baja (Coeficiente V de Kramer 0.21) pero estadísticamente significativa ($p=0.01$).

Tabla 13. Uso de Drogas y Reglas en el Hogar en los estudiantes del CSB.

			REGLAS EN EL HOGAR			Total
			Más o menos	NO	SI	Más o menos
USO DE DROGAS	NO	Recuento	9	3	52	64
		%	14,1%	4,7%	81,3%	100,0%
	SI	Recuento	10	5	17	32
		%	31,3%	15,6%	53,1%	100,0%
Total		Recuento	19	8	69	96

Chi cuadrado χ^2	8.5
Coefficiente V de Kramer	0.21
Grados de libertad	2
P	0.01

4.1.2.12. Uso de Drogas y Religión

El 64.1% (41) de estudiantes que practican alguna religión no son usuarios de drogas. Ser practicante de una religión es un factor de protección (OR: 0.49) hacia el consumo de drogas, con un valor de χ^2 de 2.59. Siendo esta asociación estadísticamente significativa ($p=0.05$).

Tabla 14. Uso de Drogas y Religión en los estudiantes del CSB.

			RELIGION		Total
			NO	SI	
USO DE DROGAS	NO	Recuento	23	41	64
		%	35,9%	64,1%	100,0%
	SI	Recuento	17	15	32
		%	53,1%	46,9%	100,0%
Total		Recuento	40	56	96
		%	41,7%	58,3%	100,0%

Chi cuadrado χ^2	2.59
Odds Ratio	0.49
Límite superior	0.20
Límite inferior	1.17
P	0.05

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

La adolescencia es una etapa que se caracteriza por diversos cambios tanto a nivel fisiológico, como a nivel psicológico, tales acontecimientos llevan al adolescente a establecer otro tipo de relaciones en el medio en que se desenvuelve. Las relaciones con el grupo de pares se hacen más estrechas y además, se produce el desprendimiento real de la familia. No obstante, el papel de la familia es primordial, ya que constituye la base de la educación y formación de cada individuo. Razón por la cual, esta investigación se centró en el estudio del entorno familiar como factor que predispone o protege contra el consumo de drogas ilegales en los adolescentes.

Es propio de la etapa de la adolescencia, la búsqueda de sí mismos con el fin de establecer su propia identidad y rol en nuestra sociedad. Asimismo, son frecuentes las fluctuaciones en el estado de ánimo y la presencia de síntomas de diversos trastornos psicológicos que tienden a desaparecer con la conclusión de esta etapa, la depresión es uno de ellos. Se ha asociado la presencia de depresión en adolescentes con el consumo de drogas, es por ello que en esta investigación uno de los objetivos fue determinar si efectivamente existe esta relación.

En el año 2010, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito¹⁴⁸ realizó un estudio comparativo sobre el uso de alcohol, tabaco y otras drogas en población

¹⁴⁸ Organización Mundial de la Salud. UNODC (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito “Informe Mundial sobre las Drogas”. 2010.

adolescente de 12 a 17 años de edad. De todos los países que participaron en el estudio, Ecuador presenta los más bajos porcentajes de uso de drogas, en donde el 4.44% de estudiantes a nivel nacional aseguran haber consumido marihuana durante el último año (prevalencia reciente), el 2.61% indican haber usado inhalantes y el 0.62% cocaína. Hallazgos que son similares a los encontrados en esta investigación, en donde se determinó que la droga de mayor consumo es la marihuana, con una prevalencia vida del 51.16% entre los usuarios de drogas. Según la Tercera Encuesta Nacional Sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media del Ecuador, realizada por el Observatorio de Drogas del CONSEP en el 2008¹⁴⁹ las drogas ilícitas de mayor consumo en el país fueron marihuana, cocaína y pasta base; hallazgo que contrasta en esta investigación ya que se encontró que después de la marihuana, los tranquilizantes ocupan el segundo lugar (27.9%) y la cocaína el tercer lugar en consumo (6.9%). Esto podría explicarse por el aumento en la facilidad de acceso durante los últimos años para adquirir drogas tranquilizantes en nuestro medio, debido a que algunos fármacos de este tipo no requieren receta médica para su adquisición y el limitado control en las farmacias que los expenden.

En el Ecuador existen pocos estudios de prevalencia sobre el consumo de drogas a nivel nacional y la relación entre sus factores de riesgo y de protección. Ningún estudio nacional ha aportado información sobre la diferenciación sobre los diversos tipos de usos de drogas como el experimental, ocasional, social, habitual, problemático y el consumo

¹⁴⁹ CONSEP. “Plan Nacional de Prevención Integral de Drogas 2012-2013”. Consejo Directivo del Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. 2012.

adictivo, lo que ha impedido adoptar medidas focalizadas que reflejen e incidan en una realidad diversa. Tampoco se han encontrado estudios internacionales que clasifiquen y establezcan el porcentaje de usuarios regulares y experimentales. Mediante esta investigación se intentó obtener información que nos brinde una idea cercana a nuestra realidad. De todos los consumidores de drogas que formaron parte de esta investigación, el 75% habían consumido drogas menos de cinco veces en su vida, lo que corresponde a un mayor porcentaje de usuarios experimentales; mientras que el 25% corresponde a usuarios regulares con un consumo mayor de cinco veces durante toda su vida.

Los resultados obtenidos en la presente investigación destacan, en cuanto a las características generales de los sujetos, que la población más afectada hacia el consumo de drogas son los hombres adolescentes (40.4% del total de consumidores). Este dato coincide con resultados obtenidos por otros investigadores, Medina-Mora y cols.¹⁵⁰, en donde son los hombres quienes presentaron un mayor consumo de drogas. En este aspecto se podría considerar que la influencia del grupo de pares y el ambiente sociocultural en que se desenvuelven hombres y mujeres afecta de diferente manera según el género.

La prevalencia de depresión en adolescentes de esta investigación resultó ser alta, el 25%. Este hecho se puede deber a que la escala utilizada para medir la depresión fue el

¹⁵⁰ MEDINA-MORA, M., y col. "Los factores que se relacionan con el inicio, el uso continuado y el abuso de sustancias psicoactivas en adolescentes mexicanos. *Gaceta Médica de México*. 2005. No. 131. Vol. 4. Pág.: 383-393.

Inventario de Depresión de Beck-IA, cuyo punto de corte empleado para distinguir entre población con y sin trastorno depresivo fue 10, punto de corte tradicional establecido por el mismo Beck en el año de 1988¹⁵¹, lo que atribuye a este instrumento una sensibilidad del 92% y una especificidad del 59%, resultando así un instrumento suficientemente sensible pero poco específico que tiende a sobrediagnosticar. Esta escala durante el transcurso de los años ha sido sometida a varias validaciones a nivel internacional, en donde dependiendo de cada sociedad, se ha establecido un punto de corte diferente. Es así que Beltrán y Freyre¹⁵² en el 2012 establecieron que el BDI-IA es una medida válida y confiable de los síntomas depresivos en adolescentes mexicanos de población clínica y no clínica con un punto de corte para la sociedad mexicana de 14. Por tanto una de las limitaciones de esta investigación fue la falta de estudios en el Ecuador que validen el Inventario de Depresión de Beck-IA en la población adolescente ecuatoriana según género y establezcan un punto de corte para distinguir entre población con y sin trastorno depresivo de nuestro país.

Al analizar el consumo de drogas y la sintomatología depresiva, se encontró que la presencia de depresión es un factor de riesgo con 2.6 veces más probabilidad hacia un consumo de drogas ilegales en adolescentes, existiendo además una relación entre el nivel de depresión y el uso de drogas, es decir que a mayor nivel de depresión mayor

¹⁵¹ BECK, A. T., STEER, R. A. Psychometric properties of Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*. 1988. Vol 8. Pág. 77-100.

¹⁵² BELTRÁN, M., FREYRE, M. “El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente”. *Terapia Psicológica*. México. 2012. Vol. 30. N° 1. 5-13.

probabilidad de consumo. Los resultados obtenidos por Medina-Mora y cols.¹⁵³, son similares: al analizar la relación de los estados de ánimo depresivos y la elección de usar drogas, se indica la presencia de un riesgo importante para el uso de drogas en la población adolescente, de manera que aquellos que deciden experimentar con sustancias presentan un índice significativamente mayor de problemas emocionales (sentirse solos, con miedo, pensar que son fracasados, con problemas de sueño, concentración, etc.). Así que, los jóvenes que experimentan con drogas tienen en conjunto más síntomas asociados con la depresión que aquellos que no usan sustancias. No se ha encontrado ningún estudio internacional que se contraponga a estos resultados.

En cuanto a la evaluación del entorno familiar y su relación con el consumo de drogas, se encontró que cuando la hostilidad y rechazo es muy frecuente en el hogar se asocia con el uso de drogas ilegales en adolescentes, asimismo cuando la comunicación del hijo hacia sus padres es poco frecuente, sin embargo estas asociaciones resultaron no ser estadísticamente significativas. Lo que sí se logró determinar mediante este estudio es que cuando las reglas en el hogar son claras y cumplidas por los adolescentes, se convierten en un factor protector para el uso de drogas ilegales. Esto recalca la importancia que tiene la familia en la formación de los individuos, especialmente durante la etapa de adolescencia. Resultados similares se obtuvieron en el estudio realizado por Castro y cols.¹⁵⁴, en donde al

¹⁵³ MEDINA-MORA, M., y col. "Los factores que se relacionan con el inicio, el uso continuado y el abuso de sustancias psicoactivas en adolescentes mexicanos. *Gaceta Médica de México*. 2005. No. 131. Vol. 4. Pág.: 383-393.

analizar la percepción del ambiente familiar, los usuarios que presentan mayor consumo de drogas, perciben significativamente más lejano su medio familiar en comparación con los no usuarios, los usuarios leves y los usuarios moderados.

Una de las limitaciones de este trabajo fue que no se analizó la influencia del grupo de pares, ya que según varios estudios, tener amigos consumidores de drogas es el predictor más fuerte de consumo de sustancias en el adolescente. Así lo afirman Harith Swadi¹⁵⁵ y Brown¹⁵⁶ en sus investigaciones.

¹⁵⁴ CASTRO, M., Y MAYA, M. “Variables predictoras y características psicosociales de la población estudiantil que reporta uso de drogas”. Revista de la Asociación Latinoamericana de Psicología Social. 2000. No. 2. Vol. 1. 21-48.

¹⁵⁵ SWADI, H. “Relative risk factors in detecting adolescent drug abuse”. Drug and Alcohol Dependence. Volume. Issue 3. February 2000. Pages 253-254.

¹⁵⁶ Brown RT. “Risk factors for substance abuse in adolescents”. Pediatric Clinics of North America. 2002; 49: 247-55.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

- La prevalencia del uso de drogas ilegales en el Colegio Municipal Experimental “Sebastián de Benalcázar” es de 33.33%. El promedio de edad de los usuarios es de 16 años.
- Del total de consumidores de drogas ilegales, el 40.4% corresponde al género masculino y 25% al género femenino.
- Se establece que la prevalencia vida (consumo de sustancias alguna vez en su vida) de usuarios de drogas es del 33.33%, la prevalencia reciente (últimos 12 meses) corresponde al 15.62% y la prevalencia actual (último mes) al 6.25%.
- Dentro de los consumidores de drogas, el 75% corresponde a usuarios experimentales y el 25% a usuarios regulares.
- La droga ilegal más utilizada es la marihuana con el 51.16%, seguida de los tranquilizantes con el 27.9%, en tercer lugar la cocaína con el 6.9%, y por último las anfetaminas, alucinógenos e inhalables con el 4.6% cada una.
- La prevalencia de depresión en adolescentes del Colegio Municipal Experimental “Sebastián de Benalcázar” es de 25%, correspondiendo el mayor porcentaje a una leve perturbación del estado de ánimo (16.67%). Además se encontró una mayor prevalencia de depresión en el género masculino (54.16%) con respecto al género femenino (45.83%).

- La presencia de depresión es un factor de riesgo con 2.6 veces más probabilidad hacia un consumo de drogas ilegales en adolescentes, existe también una relación entre el nivel de depresión y el uso de drogas ilegales, es decir que a mayor nivel de depresión mayor probabilidad de consumo de drogas.
- Cuando la hostilidad y rechazo es muy frecuente en el hogar se asocia con el uso de drogas ilegales en adolescentes, asimismo cuando la comunicación del hijo hacia sus padres es poco frecuente, sin embargo estas asociaciones resultaron no ser estadísticamente significativas.
- Cuando las reglas en el hogar son claras y cumplidas por los adolescentes, se convierten en un factor protector para el uso de drogas ilegales.
- Ser practicante de una religión es un factor de protección (OR: 0.49) hacia el consumo de drogas.
- No se puede establecer la prevalencia de abuso y dependencia de drogas ilegales en adolescentes del Colegio Municipal Experimental “Sebastián de Benalcázar”, ya que el diagnóstico de éstos requiere una evaluación clínica personal y amplia con cada participante, además de conocer parámetros de afectación de la funcionalidad en su entorno social, educativo y familiar.

RECOMENDACIONES

- Debido a la alta prevalencia de consumo de drogas ilegales, se debe considerar a éste un problema de salud pública desatendido, resultando indispensable la construcción de una política integral de prevención de drogas que surja del conocimiento científico, de las realidades nacionales y de las condiciones propias o circunstanciales de los adolescentes. Por tanto se debe encaminar una mayor inversión en prevención y promoción de salud en adolescentes que constituyen un grupo etario vulnerable.
- La detección precoz de factores de riesgo que conllevan hacia un consumo de drogas resulta crucial. Es así que se requiere evaluación clínica amplia en los centros educativos con el fin de conocer el entorno familiar en el que se desarrolla cada estudiante y poder detectar también la presencia de sintomatología depresiva que constituye un factor de riesgo hacia un consumo de drogas.
- Al comprobar que establecer reglas claras en el hogar por parte de los padres es un factor protector hacia el consumo de drogas, se debe fomentar una mayor cohesión familiar y una interrelación entre la familia, el centro educativo y el personal de salud; a fin de que cada uno asuma su rol en la prevención de consumo de drogas.
- Se requiere realizar estudios en nuestro país que determinen los factores de riesgo y de protección para encontrar los medios de prevención hacia un consumo de drogas. Asimismo estudios que validen las escalas para la detección de depresión como el Inventario de Depresión de Beck, a fin de establecer un punto de corte para nuestra sociedad y disminuir la tendencia al sobrediagnóstico de depresión.

- Se recomienda ampliar el número de participantes del estudio no solo pertenecientes a instituciones educativas municipales, sino también a fiscales y privadas. Una investigación comparativa de las distintas realidades podrían arrojar información útil para un mejor diagnóstico de la población adolescente y las medidas en salud pública que se deban implementar.

BIBLIOGRAFÍA:

1. ANDRADE P., DÍAZ-LOVING, R. “Ambiente Familiar y Características de Personalidad de los Adolescentes”. Revista de Psicología Social y Personalidad. vol. 2 No 13, pag 199-210. México. 2000.
2. ALMONTE, C. Y MONTT, M. “Psicopatología infantil y de la adolescencia”. Ed. Mediterráneo. Chile. 2012.
3. CONSEP. “Plan Nacional de Prevención Integral de Drogas 2012-2013”. Consejo Directivo del Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. 2012.
4. Organización Mundial de la Salud. Temas de Salud. Depresión. Marzo. 2013. Obtenido en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
5. Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia. 33° informe. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003. (OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 915).
6. Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10). Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 2003.
7. American Psychiatric Association, “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)”. Barcelona: Masson. 2004.
8. PEREIRO GÓMEZ, C. “Manual de Adicciones para Médicos Especialistas en Formación”. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías. España, 2009.
9. Sociedad Española de Toxicomanías. “Tratado SET de Trastornos Adictivos”. Ed. Panamericana. España. 2006.
10. CAMÍ, J. M.D., Ph.D., FARRÉ, M. M.D., Ph.D. “Drug Addiction”. New England Journal of Medicine. 2003. No 349, pág: 975-86.
11. MARCHANT, N., MONCHABLON, A. “Tratado de Psiquiatría”. Primera edición. Ed. Grupo Guía. Buenos Aires. 2005.
12. HALES, R., YUDOFKY, S., GABBARD, G. “Tratado de Psiquiatría Clínica”. Quinta edición, Ed. Elsevier. España. 2009.

13. GOODMAN Y GILMAN. “Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica”. Undécima edición. Ed. McGraw-Hill Interamericana. España. 2007.
14. SCHATZBERG, A., NEMEROFF, C. “Textbook of Psychopharmacology”. The American Psychiatric Publishing. Fourth Edition. United States. 2008.
15. GOLDMAN, H. “Psiquiatría General”. Quinta Edición. Ed. El Manual Moderno. México D.F. 2001.
16. World Health Organization. “Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence”. Switzerland. 2004.
17. ISCH, E. “La Política Pública Frente a las Drogas”. La Línea de Fuego, 2000.
18. CICAD. Elementos orientadores para las políticas públicas sobre drogas en la subregión. Primer estudio comparativo sobre consumo de drogas y factores asociados en población de 15 a 64 años. 2008.
19. Organización Mundial de la Salud. UNODC (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito “Informe Mundial sobre las Drogas”. 2009.
20. VEYTIA, M. “Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes”. Salud Mental. Chile. 2012. No 35, pág: 37-43.
21. DULANTO, E. “El Adolescente”. Primera Edición. Ed. McGraw-Hill Interamericana. México. 2000.
22. Organización Panamericana de la Salud: La Salud de los adolescentes y jóvenes de las Américas. Washington. OPS/OMS. 1996.
23. Protocolos de Atención Integral a Adolescentes. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Obtenido en: <http://www.salud.gob.ec/tag/politica-de-atencion-a-la-adolescencia/>. [Abril, 2013].
24. Organización Panamericana de la Salud. Manual de Salud para la atención al Adolescente. Serie Paltex. 199 p.
25. PINEDA, S. “Manual de Prácticas Clínicas para la Atención en la Adolescencia”. México. 2005.
26. CARRANZA, F. “Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck Para Universitarios de Lima”. I Congreso Nacional de Investigación. Perú. 2011.

27. ABERASTURY, A.. “La adolescencia normal”. Buenos Aires: Paidós. Aguirre. Psicología de la adolescencia. Ed. Alfaomega. Colombia. 2000.
28. ANDRADE, P. “El ambiente familiar del adolescente”. Tesis de Doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México. 2005.
29. BERLANGA, C. “El trastorno depresivo evaluado bajo una perspectiva fenomenológica”. Salud Mental. 2000. vol. 22, No 4, pág: 26-32.
30. VALDÉS, M. Y col. “Familia, Factores protectores, Resiliencia y Conductas de Riesgo”. Boletín de Investigación N° 14, Fac. Educación. 1999.
31. MACIA, D. “Las drogas: conocer y educar para prevenir”. Sexta edición. Ediciones Pirámide. Madrid. 2000.
32. HIDALGO, M., REDONDO A. “Consumo de Drogas en la Adolescencia”. Pediatría Integral. España. 2005. No. IX(2):137-155.
33. BUSTAMANTE, E. “La Drogadicción Cómo salir de la oscuridad”. Ed. Intermedio. Colombia. 2008.
34. GONZÁLEZ, R. “Psicopatología del Niño y del Adolescente” Ed. Pirámide. España. 2000.
35. MEDINA-MORA, M., y col. “Los factores que se relacionan con el inicio, el uso continuado y el abuso de sustancias psicoactivas en adolescentes mexicanos”. Gaceta Médica de México. 2005. No. 131. Vol. 4. Pág.: 383-393.
36. BELTRÁN, M., FREYRE, M. “El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente”. Terapia Psicológica. México. 2012. Vol. 30. N° 1. 5-13.
37. CASTRO, M., Y MAYA, M. “Variables predictoras y características psicosociales de la población estudiantil que reporta uso de drogas”. Revista de la Asociación Latinoamericana de Psicología Social. 2000. No. 2. Vol. 1, 21-48.
38. SWADI, H. “Relative risk factors in detecting adolescent drug abuse”. Drug and Alcohol Dependence. Volume. Issue 3. February 2000. Pages 253-254.
39. Brown RT. “Risk factors for substance abuse in adolescents”. Pediatric Clinics of North America. 2002; 49: 247-55.

APÉNDICE

ANEXO I

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES DEFINICIÓN OPERACIONAL
<i>Variables dependientes</i>			
Consumo de drogas	Utilización de marihuana, cocaína, heroína, inhalantes, alucinógenos, anfetaminas, tranquilizantes, analgésicos narcóticos, estimulantes. No incluye en este trabajo usuario de alcohol y tabaco.	- No usuario -Uso experimental -Uso regular	Cuando el adolescente no ha utilizado drogas ilegales (marihuana, cocaína, heroína, inhalantes o alucinógenos), ni drogas médicas (tranquilizantes, anfetaminas, analgésicos narcóticos o estimulantes), o si ha usado estas últimas las ha usado bajo prescripción médica. Uso de cualquier droga mencionada, de una a cinco veces, a lo largo de la vida del adolescente. Se refiere al uso de cualquier droga, por más de cinco veces, a lo largo de la vida del adolescente.
Poliuso de sustancias	Consumo de más de un tipo de sustancia		
<i>Variables independientes</i>			
Síntomas de depresión	Presencia de síntomas depresivos en el	Evalúa los siguientes componentes de la	Se obtendrán por medio del Inventario de Depresión de Beck, BDI-IA : es un instrumento de

	adolescente durante la semana anterior a la aplicación del cuestionario.	depresión: cognitivo, somático, de comportamiento y afectivos.	<p>autoaplicación de 21 ítems.</p> <p>Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se puede obtener una puntuación total que varía de 0 a 63.</p> <p>Puntuación Nivel de depresión:</p> <p>1-10: Estos altibajos son considerados normales.</p> <p>11-16: Leve perturbación del estado de ánimo.</p> <p>17-20: Estados de depresión intermitentes.</p> <p>21-30: Depresión moderada.</p> <p>31-40: Depresión grave.</p> <p>+ 40: Depresión extrema.</p>
-Comunicación Familiar: -Apoyo familiar:	<p>Grado en que el adolescente percibe el intercambio de información entre los miembros de su familia.</p> <p>Se refiere a la percepción que tiene el adolescente sobre la ayuda que</p>	<p>-Comunicación del hijo:</p> <p>-Comunicación de</p>	<p>Se obtendrá mediante un cuestionario que consiste en 18 preguntas que han sido validadas en la población de estudiantes de México (Villatoro, Andrade, Fleiz, Medina-Mora y Reyes, 1996). Esta escala está conformada por 5 áreas de evaluación del ambiente familiar.</p> <p>Se evalúa con los reactivos (b, j, o) de la escala.</p> <p>Se evalúa con los reactivos (c, ñ, q)</p>

<p>-Cohesión familiar:</p> <p>-Hostilidad y rechazo:</p>	<p>brinda la familia para solucionar los problemas propios o comunes de la familia, así como la ayuda que él proporciona a los miembros que tienen problemas.</p> <p>Se refiere al grado de fricción y alejamiento que hay entre los miembros de la familia, que se caracteriza por los bajos niveles de colaboración y entendimiento entre todos sus integrantes.</p>	<p>los papás:</p> <p>-Apoyo de los papás:</p> <p>-Apoyo significativo del hijo:</p> <p>-Hostilidad y rechazo:</p>	<p>Se evalúa con los reactivos (k, n, p)</p> <p>Se evalúa con los reactivos (e, f, h)</p> <p>Se evalúa con los reactivos (a, d, g, i, l, m)</p>
<p>Reglas en el Hogar</p>	<p>Normas establecidas en la familia por la madre y padre o figura materna y paterna.</p>		<p>Se evalúa con la pregunta Número 9 del Anexo III, en la cual se busca conocer la opinión respecto a las reglas establecidas por los padres y si éstas son cumplidas o no por los adolescentes.</p>
<p>Tipo de Familia</p>	<p>La OMS define familia como: los</p>	<p>-Familia Nuclear:</p>	<p>Se compone de padre, madre e hijos que viven bajo el mismo</p>

	miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio.	<p>-Familia Extendida:</p> <p>-Familia Monoparental:</p> <p>-Familia Reconstituida:</p>	<p>techo. Estos últimos pueden ser la descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados.</p> <p>Se compone de más de una unidad nuclear, se extiende más allá de dos, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás.</p> <p>Es aquella familia que se constituye por uno de los padres y sus hijos.</p> <p>Cuando uno de los padres después de una separación o divorcio, vive con su nueva pareja y propios hijos.</p>
Religión	Actividad humana que suele abarcar creencias y prácticas de tipo existencial, moral y sobrenatural.	Práctica de una Religión	Si No
Género	Se refiere al sexo biológico de los estudiantes.	-Hombre -Mujer	
Edad	Período entre nacimiento y la fecha del último cumpleaños	-Adolescencia temprana: -Adolescencia tardía:	10 años a 14 años 11 meses. 15 años a 19 años 11 meses.

ANEXO II

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Marque la respuesta que más se acerque a su realidad. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

- 1) . No me siento triste
Me siento triste.
Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

- 2) . No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
Me siento desanimado respecto al futuro.
Siento que no tengo que esperar nada.
Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

- 3) . No me siento fracasado.
Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
Me siento una persona totalmente fracasada.

- 4) . Las cosas me satisfacen tanto como antes.
No disfruto de las cosas tanto como antes.
Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

- 5) . No me siento especialmente culpable.
Me siento culpable en bastantes ocasiones.

Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.

Me siento culpable constantemente.

6) . No creo que esté siendo castigado.

Me siento como si fuese a ser castigado.

Espero ser castigado.

Siento que estoy siendo castigado.

7) . No estoy decepcionado de mí mismo.

Estoy decepcionado de mí mismo.

Me da vergüenza de mí mismo.

Me detesto.

8) . No me considero peor que cualquier otro.

Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.

Continuamente me culpo por mis faltas.

Me culpo por todo lo malo que sucede.

9) . No tengo ningún pensamiento de suicidio.

A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.

Desearía suicidarme.

Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10) . No lloro más de lo que solía llorar.

Ahora lloro más que antes.

Lloro continuamente.

Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11) . No estoy más irritado de lo normal en mí.

Me molesto o irrito más fácilmente que antes.

Me siento irritado continuamente.

No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

- 12) . No he perdido el interés por los demás.
Estoy menos interesado en los demás que antes.
He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
He perdido todo el interés por los demás.
- 13) . Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
Evito tomar decisiones más que antes.
Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
Ya me es imposible tomar decisiones.
- 14) . No creo tener peor aspecto que antes.
Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
Creo que tengo un aspecto horrible.
- 15) . Trabajo igual que antes.
Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
No puedo hacer nada en absoluto.
- 16) . Duermo tan bien como siempre.
No duermo tan bien como antes.
Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
- 17) . No me siento más cansado de lo normal.
Me canso más fácilmente que antes.
Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
Estoy demasiado cansado para hacer nada.

- 18) . Mi apetito no ha disminuido.
No tengo tan buen apetito como antes.
Ahora tengo mucho menos apetito.
He perdido completamente el apetito.
- 19) . Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
He perdido más de 2 kilos y medio.
He perdido más de 4 kilos.
He perdido más de 7 kilos.
Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.
- 20) . No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.
- 21) . No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
Estoy menos interesado por el sexo que antes.
Estoy mucho menos interesado por el sexo.
He perdido totalmente mi interés por el sexo.

ANEXO III

**CUESTIONARIO SOBRE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS, USO DE DROGAS
Y AMBIENTE FAMILIAR**

ENCIERRA CON UN CÍRCULO EL NÚMERO CORRESPONDIENTE A LA RESPUESTA MÁS ADECUADA PARA TI.

1. Género	Masculino.....1 Femenino.....2														
2. ¿Qué edad tienes?	Años.....														
3. ¿En qué curso estás?	Curso..... <input type="text"/>														
4. ¿Estás repitiendo este año lectivo?	Si.....1 No.....2														
5. ¿Tienes papá? (o quién es la persona masculina que lo sustituye o hace las funciones de tu papá)	Tengo papá.....1 Lo sustituye algún familiar.....2 Otro:-----3														
6. ¿Tienes mamá? (o quién es la persona femenina que la sustituye o hace las funciones de tu mamá)	Tengo mamá.....1 La sustituye algún familiar.....2 Otro:-----3														
7. ¿Quiénes viven en tu casa? (marca en la columna de SI con quienes vives, marca una respuesta para cada ítem).	<table border="1"> <thead> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	SI	NO	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
SI	NO														
1	2														
1	2														
1	2														
1	2														
1	2														
1	2														
3.9. Papá/sustituto															
3.10. Mamá/sustituta															
3.11. Hermano/a (s)															
3.12. Otro(s) familiar(es)															
3.13. Amigos															
3.14. Otro(s):-----															

1 ^a . ¿Alguna vez en tu vida has tomado, usado	
---	--

o probado anfetaminas u otros estimulantes, para perder o no subir de peso o dar energía como el éxtasis o la efedrina, etc. sin que un médico te lo recetara?	Si.....1 No.....2
1b. En los últimos 12 meses, ¿has consumido anfetaminas u otros estimulantes sin que un médico te lo recetara?	Si.....1 No.....2 Nunca he usado anfetaminas.....3
1c. En el último mes, ¿has consumido anfetaminas u otros estimulantes sin que un médico te lo recetara?	No.....1 Si, de 1 a 5 días.....2 Si, de 6 a 19 días.....3 Si, de 20 días o más.....4 Nunca he usado anfetaminas.....6
1d. ¿Cuántas veces en tu vida has usado anfetaminas u otros estimulantes, sin que un médico te lo recetara?	1-2 veces.....1 3-5 veces.....2 6-10 veces.....3 11-49 veces.....4 50 o más veces.....5 Nunca he usado anfetaminas.....6

2ª. ¿Alguna vez en tu vida has tomado, usado o probado tranquilizantes para calmar los nervios o dormir como valium, diazepam, zetix, etc. sin que un médico te lo recetara?	Si.....1 No.....2
2b. En los últimos 12 meses, ¿has consumido tranquilizantes sin que un médico te lo recetara?	Si.....1 No.....2 Nunca he usado tranquilizantes.....3
2c. En el último mes, ¿has consumido tranquilizantes sin que un médico te lo recetara?	No.....1 Si, de 1 a 5 días.....2 Si, de 6 a 19 días.....3 Si, de 20 días o más.....4 Nunca he usado tranquilizantes.....6

2d. ¿Cuántas veces en tu vida has usado tranquilizantes, sin que un médico te lo recetara?	1-2 veces.....1
	3-5 veces.....2
	6-10 veces.....3
	11-49 veces.....4
	50 o más veces.....5
	Nunca he usado tranquilizantes.....6

3ª. ¿Alguna vez en tu vida has tomado, usado o probado marihuana, cannabis o hachís?	Si.....1 No.....2
3b. En los últimos 12 meses, ¿has consumido marihuana, cannabis o hachís?	Si.....1 No.....2 Nunca he usado marihuana.....3
3c. En el último mes, ¿has consumido marihuana?	No.....1 Si, de 1 a 5 días.....2 Si, de 6 a 19 días.....3 Si, de 20 días o más.....4 Nunca he usado marihuana.....6
3d. ¿Cuántas veces en tu vida has usado marihuana?	1-2 veces.....1 3-5 veces.....2 6-10 veces.....3 11-49 veces.....4 50 o más veces.....5 Nunca he usado marihuana.....6

4ª. ¿Alguna vez en tu vida has tomado, usado o probado cocaína?	Si.....1 No.....2
4b. En los últimos 12 meses, ¿has consumido cocaína?	Si.....1 No.....2 Nunca he usado cocaína.....3
4c. En el último mes, ¿has consumido cocaína?	No.....1 Si, de 1 a 5 días.....2

	Si, de 6 a 19 días.....3 Si, de 20 días o más.....4 Nunca he usado cocaína.....6
4d. ¿Cuántas veces en tu vida has usado cocaína?	1-2 veces.....1 3-5 veces.....2 6-10 veces.....3 11-49 veces.....4 50 o más veces.....5 Nunca he usado cocaína.....6

5ª. ¿Alguna vez en tu vida has tomado, usado o probado alucinógenos como hongos, LSD, etc?	Si.....1 No.....2
5b. En los últimos 12 meses, ¿has consumido alucinógenos?	Si.....1 No.....2 Nunca he usado alucinógenos.....3
5c. En el último mes, ¿has consumido alucinógenos?	No.....1 Si, de 1 a 5 días.....2 Si, de 6 a 19 días.....3 Si, de 20 días o más.....4 Nunca he usado alucinógenos.....6
5d. ¿Cuántas veces en tu vida has usado alucinógenos?	1-2 veces.....1 3-5 veces.....2 6-10 veces.....3 11-49 veces.....4 50 o más veces.....5 Nunca he usado alucinógenos.....6

6ª. ¿Alguna vez en tu vida has tomado, usado o probado inhalables como tiñer, activo,	
---	--

pegamento, pintura, cemento, etc. para elevarte?	Si.....1 No.....2
6b. En los últimos 12 meses, ¿has usado inhalables para elevarte?	Si.....1 No.....2 Nunca he inhalado sustancias para elevarme....3
6c. En el último mes, ¿has usado inhalables para elevarte?	No.....1 Si, de 1 a 5 días.....2 Si, de 6 a 19 días.....3 Si, de 20 días o más.....4 Nunca he inhalado sustancias para elevarme....6
6d. ¿Cuántas veces en tu vida has usado inhalables para elevarte?	1-2 veces.....1 3-5 veces.....2 6-10 veces.....3 11-49 veces.....4 50 o más veces.....5 Nunca he inhalado sustancias para elevarme....6

7 ^a . ¿Alguna vez en tu vida has usado sedantes?	Si.....1 No.....2
7b. En los últimos 12 meses, ¿has usado sedantes sin que un médico te lo recetara?	Si.....1 No.....2 Nunca he usado sedantes.....3
7c. En el último mes, ¿has usado sedantes sin que un médico te lo recetara?	No.....1 Si, de 1 a 5 días.....2 Si, de 6 a 19 días.....3 Si, de 20 días o más.....4 Nunca he usado sedantes.....6
7d. ¿Cuántas veces en tu vida has usado sedantes sin que un médico te lo recetara?	1-2 veces.....1 3-5 veces.....2 6-10 veces.....3 11-49 veces.....4

	50 o más veces.....5
	Nunca he usado sedantes6

8 ^a . ¿Alguna vez en tu vida has usado heroína?	Si.....1 No.....2
8b. En los últimos 12 meses, ¿has usado heroína?	Si.....1 No.....2 Nunca he usado heroína.....3
8c. En el último mes, ¿has usado heroína?	No.....1 Si, de 1 a 5 días.....2 Si, de 6 a 19 días.....3 Si, de 20 días o más.....4 Nunca he usado heroína.....6
8d. ¿Cuántas veces en tu vida has usado heroína?	1-2 veces.....1 3-5 veces.....2 6-10 veces.....3 11-49 veces.....4 50 o más veces.....5 Nunca he usado heroína..6

9. Nos gustaría saber tu opinión respecto a las normas establecidas en tu familia. ¿qué tan de acuerdo o en desacuerdo estás con las siguientes afirmaciones? (si no tienes papá o mamá, piensa en la persona que para ti ocupa su lugar).	SI	NO	MÁS O MENOS
a. Mis padres se darían cuenta si yo bebiera alcohol o usara sustancias ilegales.	1	2	3
b. Mis padres me han puesto las reglas muy claras sobre el consumo de bebidas alcohólicas.	1	2	3

c. Es importante para mí cumplir las normas que tienen mis padres acerca de beber alcohol.	1	2	3
d. Es importante para mí cumplir las normas que tienen mis padres acerca de consumir sustancias ilegales.	1	2	3

Esta escala está conformada por 5 áreas de evaluación del ambiente familiar. En primer lugar, está el área de hostilidad y rechazo con 6 reactivos (incisos a, d, g, i, l, m)

El área de comunicación del hijo con 3 reactivos (b, j, o)

El área de apoyo de los papás con 3 reactivos (k, n, p)

El área de comunicación de los papás con 3 reactivos (c, ñ, q)

El área de apoyo significativo del hijo con 3 reactivos (e, f, h)

16. Ahora queremos hacerte algunas preguntas sobre la forma como te relacionas con tus papás. Por favor contesta cada una de las preguntas.	Casti Nunca	A Veces	Con Frecuencia	Con Mucha Frecuencia
a) Mis problemas personales pasan desapercibidos para mis papás	1	2	3	4
b) Cuando algo personal me preocupa, se lo comento a mis papás	1	2	3	4
c) Mis papás me platican sus problemas más importantes	1	2	3	4
d) Mis papás me rechazan	1	2	3	4
e) Si hay una emergencia familiar, mis papás cuentan conmigo	1	2	3	4
f) Si mis papás tienen problemas procuro ayudarlos	1	2	3	4
g) A mis papás les es indiferente la convivencia familiar	1	2	3	4
h) Trato de apoyar a mis papás cuando tienen problemas	1	2	3	4
i) Mis papás me ignoran cuando necesito que me escuchen	1	2	3	4
j) Me agrada hablar con mis papás de mis problemas personales	1	2	3	4
k) Mis papás me motivan a salir adelante cuando tengo problemas	1	2	3	4
l) Mis papás piensan que sólo les doy problemas	1	2	3	4
m) En situaciones difíciles no cuento con mis papás	1	2	3	4
n) Mis papás me apoyan en lo que emprendo	1	2	3	4
ñ) Mis papás me comunican las decisiones importantes	1	2	3	4
o) Platico con mis papás mis problemas personales	1	2	3	4
p) Siento que soy importante para mis papás	1	2	3	4
q) Mis papás me comunican sus planes	1	2	3	4

10. ¿Practicar alguna religión? SI/NO

¿Cuál?

ANEXO IV

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

Facultad de Medicina
Formulario de Consentimiento Informado

Este formulario de Consentimiento Informado se dirige a adolescentes hombres y mujeres del Colegio Municipal Experimental “Sebastián de Benalcázar” de la Ciudad de Quito entre los 14 y 19 años y que se les invita a participar en la investigación sobre la influencia del entorno familiar y nivel de depresión en el consumo de drogas en el mes de abril de 2013.

Soy Erika Susana Palacios Santillán, egresada de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Estamos investigando sobre la influencia del entorno familiar y el nivel de depresión hacia el consumo de drogas en adolescentes, que ha aumentado su prevalencia durante los últimos años. Te voy a brindar información e invitarte a participar en esta investigación. Puede ser que existan palabras que no entiendas, por favor, no dudes en consultarme sobre ellas. Si existen dudas, inquietudes o preguntas sobre la investigación, estoy dispuesta a aclarártelas.

Se ha descrito un aumento en la prevalencia del consumo de drogas en los adolescentes de todo el mundo, Latinoamérica, y nuestro país no es la excepción. Varios son los factores tanto de protección como de riesgo en los jóvenes que determinan un posterior uso, abuso y dependencia de varios tipos de drogas. Dentro de los principales, el ambiente familiar y la depresión, se han relacionado íntimamente con este consumo. Con el fin de determinar si estos factores influyen, se ha planteado esta investigación.

Se realizará un estudio descriptivo transversal utilizando un cuestionario que abarca ítems sobre el entorno familiar, uso de drogas, estado de ánimo; con el propósito de determinar la prevalencia del consumo de drogas y su asociación con los principales factores de riesgo y de protección.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Se guardará total confidencialidad, además que cada cuestionario es anónimo.

Si tienes cualquier duda, puedes hacerla ahora o más tarde, incluso después de haber llenado el cuestionario. Para dudas posteriores, puedes contactarte al siguiente correo electrónico joliesusi@yahoo.com

He leído, o me ha sido leída la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar y satisfacer mis dudas.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación.

Nombre del Participante

Código

Firma del Participante

Nombre del Testigo

Fecha.....

Firma del Testigo

