



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

NIVEL DE POSGRADO

MAESTRÍA EN SALUD MENTAL

TÍTULO:

***PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS
PSICOTRÓPICAS EN LOS Y LAS ADOLESCENTES DEL
COLEGIO EXPERIMENTAL UNIVERSITARIO MANUEL
CABRERA LOZANO EXTENSIÓN MOTUPE DE LA
CIUDAD DE LOJA.***

*Tesis de grado previa a la obtención
del título de Magister en Salud Mental*

DIRECTOR:

Dr. Patricio Aguirre Mg. Sc.

AUTOR:

Efraín Muñoz Silva

LOJA – ECUADOR

2013

CERTIFICACIÓN

Loja, 6 de marzo de 2013

Dr. Patricio Aguirre Mg. Sc.

**DOCENTE DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA
DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.**

CERTIFICA

Haber dirigido, asesorado y revisado el proceso de elaboración y desarrollo de la tesis titulada. **“PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS EN LOS Y LAS ADOLESCENTES DEL COLEGIO EXPERIMENTAL UNIVERSITARIO MANUEL CABRERA LOZANO EXTENSIÓN MOTUPE DE LA CIUDAD DE LOJA”**; de autoría de Efraín Fernando Muñoz Silva, la misma que cumple con las exigencias de la investigación científica y las normas de graduación vigentes en la Universidad Nacional de Loja, por lo tanto autorizo su presentación.

Dr. Patricio Aguirre Mg. Sc.

DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Las ideas y opiniones generadas en el presente trabajo investigativo, así como su desarrollo, son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Efraín Muñoz Silva

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento sincero a la Universidad Nacional de Loja, al Área de la Salud Humana y en especial a la Maestría de Salud Mental, por haberme brindado la oportunidad de formarme en un tema de trascendental importancia como lo es la salud mental y de esta manera poder plantear alternativas dentro de este campo en la perspectiva de mejorar la calidad de vida de los seres humanos.

A mi Director de Tesis, Dr. Patricio Aguirre, por su invaluable aporte en la dirección, orientación y revisión de este trabajo, gracias por vuestro apoyo tanto a nivel profesional como humano.

De igual manera a todos quienes conforman el Colegio Experimental Universitario Manuel Cabrera Lozano, extensión Motupe, por la apertura y colaboración brindada para el desarrollo de la investigación de campo y a todos quienes de una u otra forma colaboraron en la realización del presente trabajo investigativo.

A todos ustedes, mil gracias.

DEDICATORIA

.....a Dios por concederme y guiar mi vida.....

Ante todo permítanme dedicar este trabajo aquellos seres humanos que siempre han estado y están a mi lado en las buenas y en las malas, y que sobre todo han sido y son ejemplo de vida.

A mi mami Rosita, quien jamás, pese a las vicisitudes que se le presentan se da por vencida, gracias mami por estar siempre tendiéndome tu mano, cariño, ayuda y amor; enseñándome que con fe y voluntad todo se puede conseguir.

Como no dedicar este trabajo a mis tías adoradas Graciela y Melva, quiénes siempre están presentes empujándome a conseguir mejores cosas.

A mis hijos Najadmy y Angie, que son mi fuerza de vida, mi inspiración, los amo y siempre los tengo presente en mi corazón y mi mente. Gracias hijos queridos, por ustedes este esfuerzo vale la pena.

A mi amada esposa Mónica, gracias por permitirme contar contigo, por tu apoyo incondicional, junto a ti encontré mi felicidad.

A mis queridos hermanos: Daniel, Lilian, Pablo y Andrea, por vuestro apoyo mil gracias.

ESQUEMA DE CONTENIDOS

ÍNDICE	PÁGINA
❖ Portada	i
❖ Certificación	ii
❖ Autoría	iii
❖ Agradecimiento	iv
❖ Dedicatoria	v
❖ Esquema de Tesis	vi
a) Título	7
b) Resumen en Castellano e Inglés	8
c) Introducción	10
d) Revisión de Literatura	15
e) Materiales y métodos	64
f) Resultados	66
g) Discusión	83
h) Conclusiones	85
i) Recomendaciones	86
j) Bibliografía	87
Programa de prevención	89
Anexos	103

a. TÍTULO

**PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTROPICAS
EN LOS Y LAS ADOLESCENTES DEL COLEGIO EXPERIMENTAL
UNIVERSITARIO MANUEL CABRERA LOZANO EXTENSIÓN MOTUPE
DE LA CIUDAD DE LOJA.**

b. RESUMEN

La presente investigación se denomina la prevención del consumo de sustancias psicotrópicas en los y las adolescentes del Colegio Experimental Universitario Manuel Cabrera Lozano Extensión Motupe de la ciudad de Loja, se la efectúa con el objetivo de fundamentar teóricamente la prevalencia del consumo de sustancias psicotrópicas y su relación en la adolescencia; de caracterizar el perfil epidemiológico del consumo de sustancias psicotrópicas en los y las adolescentes y de diseñar un programa para la prevención del consumo de sustancias psicotrópicas en los y las adolescentes con el objetivo de potenciar su desarrollo de forma integral.

Los instrumentos que se aplicaron fueron cuestionarios dirigidos tanto a estudiantes, como a profesores y padres de familia.

La muestra comprendió 34 estudiantes, 34 padres de familia y 10 profesores, con lo que se evidencia que el 97% de los estudiantes creen que los adolescentes a nivel general consumen algún tipo de droga.

El 38% de los estudiantes en estudio consumen alguna sustancia psicotrópica, siendo la de mayor prevalencia el alcohol, seguida de la marihuana y cocaína, refiriendo que la consumen por problemas en la familia, por presión de los amigos, por curiosidad y por problemas en el colegio.

Frente a esto el 96% de estudiantes y el 100% de los maestros, manifiestan que es necesario desarrollar un programa de prevención de consumo de sustancias psicotrópicas en los y las adolescentes del Colegio Experimental Universitario Manuel Cabrera Lozano extensión Motupe.

SUMMARY

This research is called prevention psychotropic substance use in adolescents Experimental College University Extension Manuel Lozano Cabrera Motupe Loja city, is the place with the aim of founding theoretically the prevalence of psychotropic substances and their relationship in adolescence, to characterize the epidemiological profile of psychotropic substance use in adolescents and design a program for the prevention of psychoactive substance use in adolescents with the aim of enhancing their development holistically.

The instruments were questionnaires were applied to both students and teachers and parents.

The sample included 34 students, 34 parents and 10 teachers, which is evidence that 97% of students believe that teenagers across the board use some type of drug.

38% of students in a study consumed psychoactive substance, being the most prevalent alcohol, followed by marijuana and cocaine, saying that the problems consumed by family, peer pressure, curiosity and problems school.

Against this, 96% of students and 100% of teachers say it is necessary to develop a prevention program psychotropic substance use in adolescents Experimental College University Extension Motupe Manuel Lozano Cabrera.

c. INTRODUCCIÓN

La tercera encuesta nacional realizada en conjunto entre el Consejo Nacional de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP), el Observatorio Nacional de Drogas, la Comisión Interamericana para el Control de Abuso de Drogas (CICAD - OEA) y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), determinaron que la edad de consumo de drogas en el Ecuador se redujo alarmantemente de 15 años en 1998 a 12 años en el 2008.¹

A nivel nacional, la prevalencia de consumo de alcohol es 79.4%; Loja presenta un 71.5%, de consumo. La edad promedio al primer consumo más baja y más alta corresponde a Machala 12.1 años y Loja 13.8 años, respectivamente.²

La ciudad de Tena presenta la más alta prevalencia de consumo de tranquilizantes 17.0%, Loja registra un 10.1 %; siendo el promedio nacional 11.5%. En el caso de los estimulantes, también Tena registra la prevalencia más alta 12.0% y Loja la más baja 4.7%; el promedio nacional es 7.2%.³

En cuanto a los inhalantes Tena registra el porcentaje más elevado con un 9.0%, Loja con un 4.7%; siendo el promedio nacional del 5.7%.⁴

Quito tiene la tasa de prevalencia de consumo de marihuana más alta 11.5%; mientras que Loja presenta un 2.0%; siendo el promedio nacional el 6.4%.⁵

¹ Tercera encuesta nacional sobre consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media. CONSEP, Observatorio Nacional de Drogas, CICAD - OEA y ONUDD, 2008. pag. 47

² IBID, pag. 76

³ IBID, pag. 77

⁴ IBID, pag. 79

⁵ IBID, pag. 80

Tena registra la prevalencia más alta de pasta base 2.1%; Loja registra un 0.8%; en el caso de éxtasis Quito con el 2.6% y Loja 0.3%⁶.

El contacto de los estudiantes con las diferentes drogas se produce a edades tempranas. La edad de inicio de consumo de inhalantes se muestra como la menor de todas las sustancias analizadas 12.5 años, seguida muy de cerca por el alcohol 12.8 años y cigarrillos 12.9 años; la marihuana 14.6 años, cocaína y el éxtasis 14.4 años.

La edad de inicio de consumo de cigarrillos, alcohol, tranquilizantes y estimulantes es algo mayor en el caso de estudiantes mujeres comparada con la de varones; en el caso de otras sustancias y drogas inhalantes, marihuana, cocaína, pasta base, éxtasis y drogas vegetales, la situación es al contrario.

Este problema se viene agravando aún más, puesto que en los últimos diez años la prevalencia de consumo se incrementó en los adolescentes en 26 puntos porcentuales, del 53.9% (encuesta de 1998) al 79.4% en el 2008.⁷

Al iniciarse la adolescencia el individuo adolece de las suficientes habilidades o conductas que le permitan desenvolverse dentro del ámbito externo a su familia y escuela; por lo cual deben encontrarse preparados para salir al mundo exterior con todos los peligros y avatares que este presenta, especialmente en esta etapa de la vida donde es el momento en que deben efectuar un aprendizaje fundamental para el desarrollo positivo de su vida presente y futura.

Determinando que el aumento en el índice de consumo de drogas entre adolescentes es cada vez mayor y el problema parece cada día más difícil de resolverse; de ahí la necesidad de mantener un programa de prevención del

⁶ IBID, pag. 81

⁷ IBID, pag. 88

consumo de sustancias psicotrópicas que desde la cultura de la salud y el autocuidado favorezcan a mejorar la calidad de vida de los y las adolescentes.

Para dar solución al problema científico y desarrollar adecuadamente el presente trabajo investigativo se planteó como punto de partida el Objetivo de Elaborar un programa de prevención del consumo de sustancias psicotrópicas que permita desarrollar una cultura de salud y autocuidado que favorezca los estilos de vida saludables en los y las adolescentes, con su correspondiente impacto en la calidad de vida, por lo cual es necesario:

Fundamentar teóricamente la prevalencia del consumo de sustancias psicotrópicas y su relación en la adolescencia; Caracterizando el perfil epidemiológico del consumo de sustancias psicotrópicas en los y las adolescentes; y, Diseñar un programa para la prevención del consumo de sustancias psicotrópicas en los y las adolescentes del Colegio Experimental Universitario Manuel Cabrera Lozano, extensión Motupe, de la ciudad de Loja, que potencie su desarrollo integral.

La investigación esta direccionada bajo el precepto del método científico y utiliza como referente teórico el enfoque integrativo, que permite caracterizar a las y los adolescentes en situaciones de riesgo para el consumo de sustancias psicotrópicas y proponer un programa de prevención del consumo.

Se utilizo el método descriptivo con el propósito de caracterizar a la población en estudio; el Inductivo - deductivo, al momento de hacer el análisis sobre la problemática, en el planteamiento de los objetivos y en la extracción de las conclusiones y recomendaciones; el Estadístico en la tabulación de los resultados a partir de los instrumentos aplicados, permitiendo elaborar los cuadros estadísticos y representarlos en organizadores gráficos y el Analítico

sintético que coadyuvo a interpretar la información producto de la investigación de campo y facilitó establecer el programa de prevención del consumo de sustancias psicotrópicas.

Indudablemente la teoría en este proceso investigativo es de suma importancia por lo cual se realizó una revisión exhaustiva de literatura, la cual consta de cuatro categorías; la primera que comprende sobre las adicciones en la cual se describe las conceptualizaciones, características, tipos, causas y efectos, de las sustancias psicotrópicas.

La segunda versa sobre la prevención de las adicciones fundamentalmente en los adolescentes en donde se puede leer la importancia y trascendencia que tiene la prevención del consumo en esta etapa de la vida.

Una tercera categoría hace referencia a factores de riesgo y protectores en los adolescentes en la cual se habla sobre, el enfoque de riesgo, los factores de riesgo, Adolescencia y el riesgo, Mecanismos de mediación del riesgo, La dimensión social en el riesgo, La dimensión personal en el riesgo, Factores Protectores, Riesgo y Familia, Riesgo y Factores Intra-personales, Riesgo y Factores Inter- personales.

Y una última categoría trata sobre la promoción de estilos de vida saludable que comprende la importancia de practicar ejercicio físico, una nutrición adecuada, adoptar comportamientos de seguridad, evitar el consumo de drogas, sexualidad, desarrollo de un estilo de vida minimizador de emociones negativas, y sobre la adherencia terapéutica.

Los instrumentos que se utilizó para la recolección de la información en relación a las variables en estudio son los cuestionarios aplicados a profesores,

estudiantes y padres de familia, todos ellos con la finalidad de poder caracterizar el perfil epidemiológico del consumo de sustancias psicotrópicas en los adolescentes.

En la muestra de tipo no probabilística, participaron 34 estudiantes, 34 padres de familia y 10 profesores, con lo que se logró hacer un análisis cuanti – cualitativo, obteniendo resultados que permitieron concluir que los adolescentes del Colegio Experimental Universitario Manuel Cabrera Lozano extensión Motupe se encuentran en riesgo y existen factores predisponentes para que puedan consumir drogas.

Con este diagnóstico se diseñó un programa para la prevención del consumo de sustancias psicotrópicas en los y las adolescentes del Colegio Experimental Universitario Manuel Cabrera Lozano, extensión Motupe, de la ciudad de Loja, en la perspectiva de potenciar su desarrollo de forma integral.

d. REVISIÓN DE LITERATURA

ADICCIONES A SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS

El término adicción nos define la dependencia de la persona hacia algo, sustancia química o conducta, de tal modo que, acaba por ser dominado por ello, perdiendo así su libertad personal en función de esa dependencia. El origen de la mismas es multifactorial, entre los que podemos mencionar factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales. Algunos síntomas característicos de las adicciones son:

- ✓ Daño o deterioro progresivo de la calidad de vida de la persona, debido a las consecuencias negativas de la práctica de la conducta adictiva.
- ✓ Pérdida de control caracterizada por la práctica compulsiva de la conducta adictiva.
- ✓ Negación o auto engaño que se presenta como una dificultad para percibir la relación entre la conducta adictiva y el deterioro personal.
- ✓ Uso a pesar del daño, lo cual se manifiesta como la práctica continuada de la conducta adictiva. Este daño es tanto para la persona como para los familiares.

La adicción es una enfermedad que consiste en la dependencia de sustancias que afectan el sistema nervioso central y las funciones cerebrales, produciendo alteraciones en el comportamiento, la percepción, el juicio y las emociones. Los efectos de las drogas son diversos, dependiendo del tipo de droga y la cantidad o frecuencia con la que se consume. Pueden producir alucinaciones, intensificar o entorpecer los sentidos, provocar sensaciones de euforia o desesperación; inclusive puede llevar a la locura o la muerte.⁸

⁸ www.aciprensa.com/drogas/index.html

La dependencia producida por las drogas puede ser de dos tipos:

Dependencia física:

El organismo se vuelve necesitado de las drogas, tal es así que cuando se interrumpe el consumo sobrevienen fuertes trastornos fisiológicos, lo que se conoce como síndrome de abstinencia.

Dependencia psíquica:

Es el estado de euforia que se siente cuando se consume droga, y que lleva a buscar nuevamente el consumo para evitar el malestar u obtener placer. El individuo siente una imperiosa necesidad de consumir droga, y experimenta un desplome emocional cuando no la consigue.

Algunas drogas producen tolerancia, que lleva al drogadicto a consumir mayor cantidad de droga cada vez, puesto que el organismo se adapta al consumo y necesita una mayor cantidad de sustancia para conseguir el mismo efecto.

La dependencia, psíquica o física, producida por las drogas puede llegar a ser muy fuerte, esclavizando la voluntad y desplazando otras necesidades básicas, como comer o dormir. La persona pierde todo concepto de moralidad y hace cosas que, de no estar bajo el influjo de la droga, no haría, como mentir, robar, prostituirse e incluso matar. La droga se convierte en el centro de la vida del drogadicto, llegando a afectarla en todos los aspectos: en el trabajo, en las relaciones familiares e interpersonales, en los estudios, etc

El término adicción aún se emplea sólo para los trastornos producidos por el abuso de sustancias psicoactivas.

El consumo de drogas

Existen muchas causas y muchos factores. Lo primero que hay que tener en cuenta es que el fenómeno de la drogadicción no es exclusivo de un grupo o estrato social, económico o cultural determinado. El consumo de drogas afecta a toda la sociedad en su conjunto.

En general, el uso de drogas corresponde a un afán de huir de la realidad. Las drogas proporcionan una vía de escape, un alivio temporal a los problemas personales, familiares o sociales. También son una puerta de salida frente al vacío existencial presente en el interior de la persona, el cual la lleva a volcarse en búsqueda de salidas ilusorias que llenen dicho vacío.

Algunos factores que favorecen el fenómeno de la drogadicción pueden ser clasificados del modo siguiente:

Factores de tipo social

En la actualidad, existe una amplia disponibilidad de drogas, legales e ilegales, lo que hace mucho más fácil el acceso y el consumo de las mismas, asimismo el amplio tráfico y distribución de drogas ilegales hace que sea fácil obtenerlas.

También existe mucha desinformación en el tema de las drogas. Algunos sectores proponen la despenalización e incluso la legalización del uso de drogas tales como la marihuana y la cocaína, argumentando que no son peligrosas, al menos no más que el tabaco o el alcohol, que son legales; o que al legalizar la droga el tráfico ilícito y las mafias desaparecerán. Los medios de comunicación y sistemas educativos favorecen también el consumo de drogas al promover valores distorsionados (el placer y la satisfacción como meta última

de la vida, el consumismo, el sentirse bien a cualquier precio, el vivir el momento, etc.)

El ansia del adolescente de pertenecer a un grupo, de sentirse parte de un círculo social determinado, y las presiones por parte de los "amigos", pueden hacer también que se vea iniciado en el consumo de drogas. El consumo puede ser el requisito para la pertenencia a dicho grupo, y una vez dentro se facilita la adquisición y el consumo de sustancias tóxicas.

Drogas legales

Las legales son las que se pueden comprar en diferentes negocios, las que puede prescribir un doctor, y también entran en la categoría el cigarrillo y el alcohol por su capacidad de modificar las funciones del organismo y por tener un gran poder adictivo. Estas drogas generan adicción y pueden causar que una persona se vuelva drogodependiente, a esto se puede sumar la tendencia a aumentar la dosis para sentir los mismos efectos que al inicio y hasta la dependencia física y/o psíquica de la sustancia.

Drogas ilegales

Son todas las que no forman parte del apartado anterior y a las que se accede a través del mercado negro, entre las cuales tenemos a la Marihuana, Cocaína, Crack, Éxtasis, Heroína, entre otras.⁹

Factores de tipo familiar

⁹ osowiki.wikispaces.com/drogas/legaleseilegales

Los hijos de padres fumadores, bebedores o toxico dependientes son más proclives a tomar drogas que los hijos de padres que no lo son. Un ambiente familiar demasiado permisivo, donde no exista disciplina o control sobre los hijos; o demasiado rígido, donde los hijos se encuentren sometidos a un régimen demasiado autoritario o se encuentren sobreprotegidos, puede también fomentar el consumo de drogas. La desatención de los hijos por parte de los padres, las familias divididas o destruidas, las continuas peleas de los cónyuges frente a los hijos, la falta de comunicación entre hijos y padres, todos éstos son factores que contribuyen a crear un clima de riesgo, donde la droga puede convertirse fácilmente en una válvula de escape.

Se ha comprobado que el uso de drogas por parte de los jóvenes es menos frecuente cuando las relaciones familiares son satisfactorias.

Factores de tipo individual

Muchos factores personales pueden influir en la decisión de consumir drogas. Éstas pueden ser vistas como una vía de escape a los problemas cotidianos; algunas personas las usan como medio para compensar frustración, soledad, baja autoestima o problemas afectivos. Bajo el efecto de las drogas la persona experimenta un estado de euforia que le hace olvidar los problemas o las limitaciones que siente. Lo malo es que es una ilusión, y luego de ese estado de euforia viene una frustración incluso mayor que la inicial, lo que lleva a la persona a recurrir nuevamente a la droga.

Otros se inician en la droga por curiosidad, o para experimentar sensaciones nuevas ante una cierta apatía, hastío, aburrimiento o incluso sinsentido de la vida. Ante el vacío que experimentan, la droga se presenta como una posibilidad, aparentemente atractiva, de llenar ese vacío.

Consecuencias del abuso de drogas

Entre las consecuencias del abuso de drogas podemos señalar:

Trastornos fisiológicos

Tenemos el síndrome de abstinencia, convulsiones, cambios en el ritmo cardiaco, deterioro del sistema nervioso central, etc.

Trastornos psicológicos

Tenemos: alucinaciones, tendencias paranoicas, depresión, neurosis, etc.

Deterioro y debilitamiento de la voluntad: el drogadicto se vuelve literalmente un esclavo de la droga, pudiendo hacer lo que sea para conseguirla.

Deterioro de las relaciones personales: el drogadicto ya no es capaz de mantener relaciones estables, ya sea con familiares o amigos. Muchas veces roba o engaña para poder conseguir droga, lo cual deteriora aún más sus relaciones.

Baja del rendimiento en el trabajo o en el estudio. Se llega al grado de abandonar metas y planes, recurriendo a la droga como única "solución".

Consecuencias sociales: el drogadicto puede verse involucrado en agresiones o conflictos. Bajo la influencia de la droga se pueden llegar a cometer crímenes tales como robos o asesinatos.

Consecuencias económicas: El uso de drogas puede llegar a ser muy caro, llevando al drogadicto a destinar todos sus recursos para mantener el consumo. Las drogas no solamente tienen consecuencias negativas para quienes las usan. También se ven afectadas las personas que rodean al drogadicto, especialmente las de su entorno más cercano, como familiares y amigos. No es sólo la vida del drogadicto la que está en juego.¹⁰

Tipos de drogas más consumidas

Heroína

La heroína es un derivado de la morfina, una droga semisintética, originada a partir de la adormidera, de la que se extrae el opio. El componente activo responsable de los efectos de esta droga es la diacetilmorfina, es altamente adictiva, pertenece a los opiáceos, de los cuales es el más abusado y el de acción más rápida y se clasifica, al igual que éstos, dentro de las sustancias depresoras del sistema nervioso central.

Después de una inyección de la droga, el usuario dice sentir un brote de euforia acompañado de un cálido sonrojo de la piel, boca seca y extremidades pesadas. Después de esta euforia inicial, el usuario está "volando", estado en el que se alterna la vigilia con el adormecimiento y se turban las facultades mentales debido a la depresión del sistema nervioso central.

A corto plazo provoca: sedación, euforia, analgesia, depresión respiratoria (causa principal de la muerte por sobredosis), miosis, náuseas y vómitos, efectos gastrointestinales, cardiovasculares, renales, urinario.

¹⁰ www.aciprensa.com/recursos/defensadelavida/drogas

A largo plazo provoca colapso de las venas, infección del endocardio y de las válvulas del corazón, abscesos, celulitis y enfermedades del hígado, complicaciones pulmonares, incluso varios tipos de neumonía.

Además de los efectos de la misma droga, la heroína que se vende en la calle puede tener aditivos que no se disuelven con facilidad y obstruyen los vasos sanguíneos que van a los pulmones, el hígado, los riñones o el cerebro. Esto puede causar infección o hasta muerte de pequeños grupos de células en estos órganos vitales.

El uso regular de la heroína produce tolerancia a la droga, lo que significa que el toxicómano debe usar mayor cantidad para obtener la misma intensidad o efecto. Este uso de mayores dosis lleva, con el tiempo, a la dependencia física, en la que el cuerpo, al haberse adaptado a la presencia de la droga, puede sufrir síntomas de abstinencia si se reduce o se abandona su uso.

La abstinencia, puede ocurrir tan pronto como varias horas después de la última administración, provoca deseo de usar la droga, agitación, dolores en los músculos y en los huesos, insomnio, diarrea y vómitos, escalofríos con piel de gallina, movimientos en forma de patadas y otros síntomas. Entre éstos, los principales alcanzan su punto máximo de 48 horas a 72 horas después de la última dosis y se calman después de una semana más o menos. La abstinencia repentina en los usuarios que dependen mucho de la droga y están en mal estado de salud resulta mortal a veces.

La heroína se puede administrar vía fumada, esnifada o inyectada. Los efectos son siempre los mismos, pero varía su intensidad y la rapidez de actuación.

Hay gran variedad de tratamientos para los adictos a la heroína, están la de los medicamentos y la terapia de la conducta. La ciencia nos ha enseñado que combinar medicamentos con terapia de apoyo al paciente hace posible que se deje de usar la heroína y vuelva a una vida más estable y productiva.¹¹

Cocaína

La cocaína (C₁₇H₂₁O₄N); se define como un alcaloide porque tiene las características clásicas de éstos: es una base nitrogenada capaz de formar sales en ácidos orgánicos e inorgánicos, tienen origen vegetal y actividad farmacológica definida.

Pertenece al grupo de los alcaloides tropánicos, su núcleo fundamental es el tropano el cual es producto de la condensación de un anillo de cinco miembros o pirrolidínico y otros de seis miembros o piperidínico con tres átomos comunes, dos de carbono y uno de nitrógeno. El nitrógeno que cumple la función de puente contiene un grupo metilo. Del tropano deriva la ecgonina que presenta un radical hidroxilo (OH) en el carbono 3 y un grupo carboxílico (COOH) en posición 2; siendo por tanto el 3-hidroxi-2-carboxi-tropano¹².

Es un estimulante cerebral extremadamente potente, cuyos efectos se perciben en un lapso de 10 segundos y duran alrededor de 20 minutos. Actúa directamente sobre los centros cerebrales encargados de las sensaciones del placer. Dada su alta capacidad de producir daños y hasta destrucción celular, las sensaciones que eran placenteras en sujetos recién iniciados se convierten en efectos desagradables como agitación, llanto, irritabilidad, alucinaciones de

¹¹ www.las-drogas.com/heroína

¹² quimicadelasdrogas.blogspot.es

tipo visual, auditiva y táctil, delirio paranoide, amnesia, confusión, fobias o terror desmedido, ansiedad, estupor, depresión grave y tendencias suicidas. Los efectos psíquicos reconocidos por la mayoría de los autores y recogidos en publicaciones recientes incluyen euforia, inestabilidad, aumento de la comunicación verbal y de la seguridad en uno mismo, inquietud, anorexia, insomnio e hipomanía. El adicto experimenta pérdida de interés e imposibilidad de sentir placer ante la falta de la sustancia. Así, la cocaína se convierte en el único objetivo y motivo en la vida del adicto, desplazando todo tipo de sentimientos. La relación con los fenómenos criminales es expresamente citada por los autores, asociándose su consumo a la predisposición al delito. La cocaína es consumida por muy variados tipos de sujetos y motivos. Los consumidores ocasionales son sujetos con personalidades débiles e inestables que desarrollan una rápida dependencia psicológica. La adicción a la cocaína posee condicionantes que la desencadenan, que pueden ser el reforzamiento de una personalidad insegura, que recibe un apoyo en el estímulo del tóxico. En lugar de tratar este déficit patológico con antidepresivos y/o terapia que permita estabilizar el estado de ánimo se recurre a una vía aparentemente rápida.

Los adictos habituales presentan tolerancia y necesitan de mayores dosis para alcanzar iguales resultados. A esto puede llegarse por causas diversas pero siempre relacionadas con factores familiares, sociales y ambientales determinantes. Dado que los efectos de la cocaína sobrepasan su punto álgido a los treinta minutos, el individuo precisa varias dosis durante el día para alcanzar cierta estabilidad emocional y evitar el efecto disfórico que la propia droga ocasiona luego de varias horas desde la ingesta.

Crack

Se obtiene de la maceración de hojas de coca con kerosene y compuestos sulfurados, que lavada posteriormente con ciertos elementos volátiles, se convierte en el clorhidrato de cocaína. La denominada base es un tóxico de mayor potencial nocivo que la cocaína, posee impurezas que impiden su administración endovenosa.

También denominado "cocaína del pobre", acarrea un grave riesgo social y sanitario, por la dependencia que provoca y los efectos nocivos que ocasiona en el organismo. Se ingiere por inhalación, lo que conlleva lesiones en la mucosa nasal y en el aparato digestivo. También se consume fumada en cigarrillos o pipas diseñadas al efecto. La intoxicación por esta sustancia implica cuadros delirantes seguidos de procesos depresivos intensos.

Sus consecuencias nocivas sobre el organismo son equiparables a las de las anfetaminas administradas por vía endovenosa, desestructurando la personalidad, y colocándola en una adicción compulsiva. Las lesiones orgánicas son evidentes e irreversibles. Usualmente, los adictos crónicos o aquellos que llevan varios meses con ingestas de relevante cantidad y de forma continuada, sufren patologías mentales graves y crónicas como demencia o paranoia. Las lesiones en el cerebro son irreversibles.

Éxtasis o MDMA y Anfetaminas

Esta droga de diseño, el 3,4-metilen dioxianfetamina, el aceite esencial para la síntesis de MDMA se extrae del árbol de sasafrá. Proporciona a sus consumidores una intensa sensación de bienestar. Sin embargo, su consumo provoca diversos efectos adversos e incluso la muerte¹³.

¹³ www.foro3k.com/foro/tiempolibre/salud

Es una droga sintética psicoactiva con propiedades alucinógenas de gran potencial emotivo y perturbador psicológico, con efectos similares a las anfetaminas. Es una droga peligrosa en extremo por sus propiedades neurotóxicas y alta adicción, afectando a diversas zonas del sistema nervioso central. Su producción se realiza en laboratorios clandestinos a partir de materias primas relativamente fáciles de conseguir.

De color blanco, sin olor pero con sabor amargo, se presenta en forma de comprimidos, cápsulas o en polvo cristalino que se disuelve en líquidos, pudiendo ser bebida, ingerida o inyectada. Sus consumidores son principalmente adolescentes, jóvenes y adultos, que buscan en ella un estimulante que los lleva a bailar durante extensos períodos de tiempo (por ello se las suele denominar "disco-drogas", "club-drugs", "dance-drugs", etc.).

Durante los años sesenta se utilizó con fines terapéuticos dado que según determinados sectores de la psiquiatría ayudaba a la comunicación y al tratamiento de neurosis fóbicas. Surgió entonces la polémica médico - legal, atribuyendo a su consumo repercusiones en la delincuencia, por lo que finalmente fue ilegalizado.

El éxtasis produce efectos psíquicos de gran potencial perturbador, cuya duración fluctúa entre las 3 y las 6 horas desde su consumo. Inicialmente el sujeto experimenta sensaciones de confianza y excitación, a las que sigue un estado de hiperactividad e incremento en los pensamientos morbosos. Los efectos del estimulante se diluyen provocando trastornos psicológicos, confusión, problemas con el sueño (pesadillas, insomnio), pérdida de memoria, deseo incontenible de consumir nuevamente drogas, depresión, violencia, ansiedad grave, psicosis y paranoia. Estos efectos se presentan incluso luego de varias semanas del consumo. También se informaron casos graves de psicosis. Entre

los síntomas físicos se citan: hiperpnea, taquicardia, anorexia, tensión y trastornos musculares similares a los presentes en la enfermedad de Parkinson, bruxismo, náuseas, visión borrosa, nistagmus, desmayos, escalofríos y sudación excesiva, signo característico durante la intoxicación.

Se ha comprobado que el aumento de la frecuencia cardíaca y la tensión arterial es causal de ataques cardíacos y otros trastornos cardiocirculatorios. Informes forenses indican que es causal de muerte súbita. La hiperactividad acarrea, además de los problemas cardíacos, hipertermia, deshidratación y fallas renales. Su estructura química, 3,4 metilendioximetanfetamina (MDMA), se asemeja a la estructura de la metilendioxietilamfetamina (MDEA), la metilendioxianfetamina (MDA) y la metanfetamina (MA), todas ellas drogas sintéticas causantes de daños cerebrales. La MDA, el fármaco de origen de la MDMA, es una droga similar a la amfetamina que también ha sido abusada, presentando efectos psico-físicos similares a los de la MDMA. Las investigaciones demuestran que la MDMA destruye las neuronas productoras de serotonina, que regulan directamente la agresión, el estado de ánimo, la actividad sexual, el sueño y la sensibilidad al dolor. Es probable que esta acción sobre el sistema productor de serotonina sea el origen de las propiedades síquicas. La MDMA también guarda relación en su estructura y sus efectos con la metanfetamina, la cual ha demostrado ser causante de la degeneración de las neuronas que contienen la sustancia neurotransmisora dopamina.

En experimentos de laboratorio, una sola exposición a la metanfetamina en dosis elevadas o el uso prolongado en dosis bajas destruye hasta un 50% de las células cerebrales. Aunque éste daño no sea inmediatamente aparente, los estudios científicos muestran que con el envejecimiento o la exposición a otros tóxicos pueden aparecer síntomas de la enfermedad de Parkinson. Estos

comienzan con falta de coordinación y temblores y a la larga pueden causar una forma de parálisis.

Alucinógenos.

Producen cambios en la percepción, pensamientos, emociones y conciencia, aunque sus efectos varían según el tipo de alucinógeno. Los alucinógenos estimulantes tienen además un efecto adicional similar al de las anfetaminas.¹⁴

No es frecuente el uso adictivo de alucinógenos por sí solos, sino que son utilizados más bien por personas adictas a diversos tipos de drogas, que utilizan casi cualquier cosa que pueda alterar su estado de ánimo.

Las personas que se están recuperando del uso de alucinógenos pueden tener flashbacks, que son experiencias alucinatorias repentinas que imitan el efecto de la droga, como si la hubieran tomado de nuevo. No se sabe por qué se produce este efecto, pero puede tener lugar meses o incluso años después de que la droga haya dejado de utilizarse, aunque desaparece con el tiempo.

Las drogas alucinógenas más conocidas son el LSD-25, cánnabis sativa o marihuana, mezcalina, psilocibina y psilocina.

LSD – 25 (ácido lisérgico)

En un principio fue utilizado con fines terapéuticos en alcohólicos, cancerosos y otros enfermos terminales para ayudarles a superar el trance. Posteriormente fue abandonada la práctica al comprobarse los resultados adversos, tales como

¹⁴ Ana Muñoz, Drogas alucinógenas, enero 2013

suicidios a causa de las engañosas imágenes y terroríficas visualizaciones. También se comprobó que podía desencadenar esquizofrenia y deterioros mentales variados. La relación entre drogas alucinógenas y movimientos místico-religiosos, es un hecho comprobable históricamente, como podrá verse al estudiar otras drogas de este tipo en muchas culturas indígenas del Centro y Sur de América, donde el consumo de drogas y las prácticas religiosas siguen siendo algo inseparable.

Descubierto en 1938, se considera al ácido lisérgico como el alucinógeno más poderoso, aunque no el más nocivo. Como fenómenos físicos hay que citar la midriasis, temblores, e hiperreflexia, también pueden aparecer náuseas, palidez, sudoración, taquicardia y lipotimia. Los fenómenos psíquicos se caracterizan en lo referente al estado de ánimo por fluctuaciones del humor, variando entre distimias displacenteras, euforias expansivas tales como verborrea y risa irrefrenable. La exaltación mística es tal que algunos autores denominan estas drogas como misticomiméticos. Se consideran productos psicodélicos que inhiben los mecanismos de defensa del yo, y facilitan la distribución de la sensibilidad así como la aparición de imágenes desconcertantes.

Cannabis Sativa – Hachis – Marihuana

Cannabis sativa o marihuana) es una especie herbácea de la familia cannabaceae, con propiedades psicoactivas, que crece en zonas templadas y tropicales, pudiendo llegar una altura de seis metros, extrayéndose de su resina el hachís. Su componente psicoactivo más relevante es el delta-9-tetrahidrocannabinol (delta-9-THC), conteniendo la planta más de sesenta componentes relacionados. Se consume preferentemente fumada, aunque pueden realizarse infusiones, con efectos distintos. Un cigarrillo de marihuana

puede contener 150 mg. de THC, y llegar hasta el doble si contiene aceite de hachís, lo cual según algunos autores puede llevar al síndrome de abstinencia si se consume entre 10 y 20 días. La tolerancia está acreditada, siendo cruzada cuando se consume conjuntamente con opiáceos y alcohol. Respecto a la dependencia, se considera primordialmente psíquica. Los síntomas característicos de la intoxicación son: ansiedad, irritabilidad, temblores, insomnios, muy similares a los de las benzodiazepinas. Puede presentarse en distintas modalidades de consumo, sea en hojas que se fuman directamente, en resina del arbusto o en aceite desprendido de éste último. El color de la hoja va del verde amarillento al marrón oscuro según el lugar de procedencia. De la modalidad en que se presente la droga dependerá su denominación: "marihuana" es el nombre de las hojas del cáñamo desmenuzadas, que después de secarse y ser tratadas pueden fumarse (también es conocida como "hierba", "marijuana", "mariguana", "mota", "mafú", "pasto", "maría", "monte", "moy", "café", "chocolate", "chala", etc.; en inglés se la conoce como: "pot", "herb", "grass", "weed", "Mary Jane", "reefer", "skunk", "boom", "gangster", "kif", "ganja", etc.); su efecto es aproximadamente cinco veces menor que el del hachís. El nombre hachís (también conocido como "hashis") deriva de los terribles asesinos (hashiscins) árabes, que combatieran en las cruzadas entre los años 1090 y 1256. El hachís se obtiene de la inflorescencia del cáñamo hembra, sustancia resinosa que se presenta en forma de láminas compactas con un característico olor. La marihuana es la forma más frecuente, conteniendo de 0,3 a 3,5 % de THC; la concentración de THC llega al 10 % en el hachís, siendo su efecto diverso según factores como la velocidad con la que se fuma, la duración de la inhalación, cantidad inhalada, tiempo que el consumidor retiene la respiración después de inhalar y el estado anímico del sujeto. El consumo oral, tanto de marihuana como de hachís, implica efectos psicológicos similares a los expresados en la forma fumada pero de mayor intensidad y duración y con efectos nocivos potenciados.

Estudios recientes demuestran que la marihuana crea disfunciones mentales y disminución de la capacidad intelectual en las personas que la fuman mucho y por muchos años. En un grupo de fumadores crónicos en Costa Rica, se encontró que los sujetos tenían mucha dificultad en recordar una corta lista de palabras (que es una prueba básica de memoria). Las personas en el estudio también tuvieron gran dificultad en prestar atención a las pruebas que se les presentaron.

Existen serias preocupaciones por sus efectos a largo plazo sobre la salud. Exámenes hechos sobre 450 fumadores diarios de marihuana (que no fumaban tabaco) indican que en comparación con otras personas no fumadoras, dichas personas tenían más ausencias de trabajo por enfermedad y más visitas médicas por problemas respiratorios y otras enfermedades. Los resultados muestran que el uso regular de la marihuana o del THC son factores que provocan cáncer y problemas en los sistemas respiratorio, inmunológico y reproductivo.

Químicos inhalables

Dentro de este grupo de sustancias pueden citarse: adhesivos: cemento de contacto, tolueno, xileno, acetona, bencenos, benzaldehido; solventes de pinturas y relacionados: petróleo, butano, trementina, aguarrás; líquidos para limpieza: xileno, benceno, éter de petróleo; anestésicos: éter etílico puro; combustibles: bencina, naftas; thinner: hidrocarburos halogenados; vasodilatadores: nitrito de amilo, nitrito de butilo; y muchas otras más.

El consumo de estas sustancias presenta graves problemas sanitarios. Sus consumidores son principalmente marginales, especialmente niños y adolescentes, aunque la adicción también se da con relativa frecuencia en

ciertos grupos profesionales. Las edades más frecuentes del uso crónico de inhalantes son al principio o al final de la adolescencia. Esto se debe en parte a la invitación o presión por parte de los compañeros de escuela y amigos, curiosidad e ignorancia de los efectos tóxicos e inseguridad personal. Lo más importante es la ignorancia del problema en la casa y la negación de los padres de que sus hijos puedan tener este problema. Los motivos del consumo se deben a la curiosidad, aburrimiento, falta de estímulos, desarraigo y anomia. En el caso de los profesionales, el contacto habitual con las sustancias puede crear una adicción involuntaria; la adicción voluntaria es menos frecuente, aunque no excepcional. Generalmente estos productos son fáciles de obtener y están al alcance del adicto, son muy baratos, y no precisan de instrumentos para su uso. Asimismo, no es necesario contactar a un criminal para obtenerlos. Su uso puede hacerse en cualquier lugar, son fáciles de esconder y difíciles de detectar. Otro factor muy importante es el desconocimiento de las consecuencias y peligros de su uso.

Estas sustancias se consumen en determinadas zonas rurales, como en ambientes marginales o de bajos recursos, donde son de las pocas drogas a las que tiene acceso fácil. Ello agrava el problema de una sustancia legal que es utilizada de forma incorrecta. La adicción a estas sustancias es el paso previo a otras drogas, llevando situaciones irreversibles. Esto suele ser desconocido tanto por la familia como por el entorno social, dado que estas sustancias pasan desapercibidas y no son relacionadas con adicciones. Hay tres grandes grupos de consumidores: 1) niños y adolescentes de poblaciones marginadas que consumen en grupo; 2) adultos que acceden al químico por su profesión o por asociación con grupos de personas con hábitos similares; 3) adultos marginales que inhalan las sustancias al igual que los niños, pero en solitario. El aspecto familiar es determinante para entender el fenómeno, habiéndose constatado

cómo los inhaladores también presentan problemas con el alcohol, siendo de una clase social media baja y baja, y con problemas de abandono familiar.

El uso continuado provoca dependencia psíquica, creando una situación de necesidad de ingesta similar a otras drogas. A consecuencia de la rápida distribución por los pulmones, el inicio de la intoxicación es inmediato. Se relaciona el consumo de estas sustancias con conductas criminales y autodestructivas. La sensación de euforia primero y aturdimiento después, habitual con estos tóxicos, conlleva una perturbación psíquica grave que altera la inteligencia y la percepción. Está acreditado el fenómeno de la tolerancia respecto de los efectos en el sistema nervioso central, mientras que la dependencia física es discutida. El nivel de inteligencia disminuye, haciendo frecuentes los problemas escolares. Se presentan cambios y descuido en la apariencia física, falta de higiene, falta de atención, alteración de la memoria, disminución de la capacidad de abstracción y razonamiento, personalidad antisocial, agresividad, depresión, ataques de pánico, ansiedad y alucinaciones con trastorno en el juicio crítico y la percepción. Se presentan ataxia, oraciones incoherentes y precipitadas, diplopia, náuseas y vómitos. La interrupción de la inhalación, como así también una intensa aspiración, pueden provocar la muerte.

Son causales de dependencia psíquica, pudiéndose presentar psicosis tóxicas con daños cerebrales irreparables. Los inhalantes producen una fácil sugestionabilidad, dándose experiencias alucinatorias colectivas, lo que da ejemplo de la complejidad de la intoxicación. También provoca sentimientos paranoides y excitación sexual. Se considera que la embriaguez por inhalantes es de mayor gravedad que la alcohólica, a pesar que los efectos de la intoxicación no son muy prolongados.

Debido a que el efecto dura de 15 a 45 minutos, el adicto tiende a inhalar nuevamente la sustancia tóxica. Pueden presentarse náuseas, vómitos y anorexia. Inmediatamente después del uso pueden presentarse convulsiones, estado de coma, y muerte súbita por arritmia, fallas cardíacas, asfixia, o accidente vascular cerebral. Luego de algunas horas, pueden desarrollarse acumulación de líquido e inflamación de los pulmones (edema pulmonar), hipoxia o anoxia, neumonías, convulsiones. El uso repetido o crónico deja daño permanente en el organismo: temblores, falta de coordinación, pérdida del sentido del equilibrio, reducción de la memoria e inteligencia, estados de depresión o psicosis, infartos cerebrales, trastornos del lenguaje y la memoria, epilepsia, trastornos en la sensibilidad y movimiento de las extremidades, daño al hígado y riñones, leucemia, bronquitis crónica, ceguera, sordera, daño cerebral permanente, problemas respiratorios crónicos.

El alcoholismo

Es una enfermedad que afecta el cerebro no sólo interfiere en el funcionamiento cerebral normal al crear fuertes sentimientos de placer, sino que además, tiene efectos a largo plazo en el metabolismo y la actividad del cerebro. En un determinado momento del consumo o abuso de alcohol, se producen cambios cerebrales que convierten el abuso en adicción, en enfermedad recurrente. Así, los adictos al alcohol sufren un intenso y compulsivo deseo de beber (craving) y no pueden abandonar el consumo por sí mismos. Este comportamiento es extremadamente dominante y difícil de controlar como muchos signos físicos de dependencia. Así, el cerebro termina adaptándose patológicamente al alcohol y su metabolismo se altera, modificando procesos psicológicos que repercuten finalmente en la conducta del alcohólico. Por tanto, es posible abusar del alcohol sin ser adicto a él, aunque el abuso frecuentemente conduce a la adicción. Algunas personas pueden abusar del alcohol – y si dejan de beber

sufren el denominado síndrome de abstinencia- pero no son consumidores compulsivos y por tanto no son adictos. La adicción implica, un intenso e irresistible deseo de beber, un comportamiento de búsqueda compulsiva de alcohol, el desarrollo de la tolerancia y la dependencia. El consumo de alcohol se vuelve obsesivo. El adicto está atrapado. El problema o la situación que desencadenó supuestamente el consumo de alcohol se ha borrado de su mente, así como se borra todo lo que antes de la adicción tenía valor. En este punto, en lo único que puede pensar es en conseguir y consumir alcohol.

Por tanto, se pierde el control de este consumo y se ignoran sus gravísimas consecuencias, y sólo el tratamiento llevado a cabo por profesionales puede lograr una recuperación de esta enfermedad. El diagnóstico de adicción al alcohol se puede hacer si se han experimentado o manifestado alguna vez durante el último año tres o más de los siguientes síntomas:

- Un fuerte deseo o compulsión por beber alcohol.
- Incapacidad para controlar el comienzo del consumo de alcohol, la interrupción de este consumo o los niveles de bebida.

Síntomas de abstinencia: experimentar síntomas físicos después de pasar un periodo corto de tiempo sin beber. Entre estos síntomas están ansiedad, agitación, dolor de cabeza, alteraciones auditivas, náuseas y vómitos, “nublamiento” sensorial , ataques, delirio, alteraciones táctiles, sudoración excesiva, temblores, signos vitales elevados o alteraciones visuales.

Tolerancia al alcohol: tener que beber cada vez más alcohol para conseguir los mismos efectos. Mayores dosis de alcohol son necesarias para conseguir los efectos que antes se conseguían con dosis más pequeñas (ejemplos claros de tolerancia se pueden ver en personas dependientes del alcohol que pueden

tomar dosis diarias suficientes para incapacitar o matar a consumidores no tolerantes).:

- Abandono progresivo de intereses o diversiones alternativas a las ligadas al consumo de alcohol.
- Incapacidad para limitar el consumo de alcohol a pesar de la aparición de complicaciones médicas, como daños en el hígado, por el excesivo consumo.
- Estrechamiento del repertorio personal de pautas de consumo de alcohol (por ejemplo, beber sólo una marca o tipo de bebida alcohólica, o tendencia a beber alcohol de la misma manera los días laborables y los fines de semana a pesar de las limitaciones sociales que marcan cuál es la conducta apropiada para beber).

Las personas que han desarrollado dependencia del alcohol requieren generalmente ayuda externa para dejar de beber, que normalmente incluye desintoxicación y tratamiento.

Efectos de la adicción al alcohol en los alcohólicos (Alcoholismo).- Los efectos físicos del alcohol a largo plazo son:

- Pancreatitis o inflamación del páncreas.
- Enfermedades del corazón, entre ellas enfermedad coronaria.
- Neuropatías o daños en los nervios.
- Varices sangrantes en el esófago, o venas dilatadas en el tubo que conecta la traquea y el estómago.
- Degeneración cerebral y neuropatía alcohólica.
- Cirrosis del hígado, una enfermedad crónica que causa la destrucción de las células y la pérdida de la función del hígado.

- Presión sanguínea alta.
- Incremento de la incidencia de muchos tipos de cáncer, entre ellos el de mama.
- Deficiencias nutricionales.

Los problemas de salud mental también son comunes cuando hay alcoholismo, con el riesgo de que un trastorno mental puede conducir o reforzar a otro diferente. La depresión es una causa frecuente de alcoholismo, porque una persona deprimida busca la manera de salir de sus problemas o un alivio a su insomnio. Desafortunadamente, el propio alcohol tiene efectos depresores, por lo que el problema, lejos de disminuir, se complica. Otros trastornos psíquicos producto de la adicción al alcohol son:

- Síndrome de Wernicke-Korsakoff's, un desorden neuropsiquiátrico causado por la deficiencia de tiamina, como consecuencia de las carencias nutricionales en alcohólicos.
- Deterioro de la memoria.
- Déficit de atención

La dependencia del alcohol produce daños significativos en otros ámbitos de la vida como el ocupacional, social e interpersonal (por ejp. disfunción sexual).

La conducta de beber alcohol está afectada fundamentalmente por factores biológicos, psicológicos y sociales. Por tanto, son estos factores los que están implicados en la etiología y comprensión de los trastornos por uso de alcohol (abuso y dependencia). De esta forma, el alcoholismo lo podemos entender como una consecuencia de la conducta de beber alcohol, que provoca una neuroadaptación del tejido cerebral (representado por la tolerancia y el síndrome de abstinencia), acompañado de trastornos conductuales, alteraciones psicológicas y una serie de repercusiones en la vida familiar,

laboral y social del paciente que sufre esta adicción. Con el consumo masivo de alcohol en la sociedad contemporánea, la ingesta recreativa de alcohol se ha extendido por todos los ámbitos sociales, y es aceptado en muchas culturas como una costumbre integradora y festiva. Así entonces, con el incremento ostensible de la conducta de beber alcohol, influenciado entre otras cosas por la publicidad y el fácil acceso a las bebidas alcohólicas, surge un complejo problema de salud: el alcoholismo.

Los síntomas de la abstinencia del alcohol son: delirios, ansiedad, perturbaciones táctiles, agitación, sudoración excesiva, dolor de cabeza, temblor, perturbaciones auditivas, signos vitales elevados, náuseas y vómitos, perturbaciones visuales, disminución sensorial, ansia de consumo, ataques¹⁵

La abstinencia de alcohol produce síntomas opuestos a los efectos farmacológicos directos del alcohol. En el sistema nervioso central, el alcohol interfiere con los procesos por los que ciertas células nerviosas reciben la orden de activarse o excitarse. De igual manera, intensifica los procesos por los que se ordena a ciertas células a contenerse. Así, el etanol actúa como un inhibidor bioquímico inespecífico de la actividad del sistema nervioso central. Durante la abstinencia, como se ha señalado, el sistema nervioso central experimenta una reversión de este efecto: los procesos de excitación se aumentan mientras que los procesos inhibitorios se reducen. Tales cambios pueden tener como consecuencia una hiperactivación del sistema nervioso central cuando se suprime la ingesta de alcohol.

Los investigadores clínicos han medido esta hiperactivación en pacientes, y han encontrado que aún en personas con síntomas de abstinencia moderados, se

¹⁵ David Zieve, Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU, Abstinencia alcohólica, marzo 2011.

puede experimentar esta hiperactividad en el sistema nervioso simpático, junto a un incremento de la producción de las hormonas suprarrenales cortisol y norepinefrina, que pueden resultar tóxicas para las células nerviosas.

El cortisol, por otro lado, puede dañar neuronas en el hipocampo, una parte del cerebro que es considerada especialmente importante para la memoria y el control de los estados afectivos. Así, reiteradas abstinencias de alcohol sin tratamiento pueden tener como consecuencia un daño directo del hipocampo. Y aquí hay que recordar que la dureza del síndrome de abstinencia del alcohol conlleva un riesgo muy alto de recaída especialmente durante sus primeras etapas, en parte porque el ansia por el consumo de alcohol es provocada fácilmente por pensamientos sobre estímulos asociados a la droga.

Según las investigaciones, estas recaídas, es decir, la repetición de periodos de abstinencia en una misma persona sin un tratamiento adecuado puede producir futuras abstinencias con consecuencias negativas más graves. Muchos investigadores creen que los alcohólicos que no pueden mantener la abstinencia deben recibir farmacoterapia para controlar los síntomas de dicha abstinencia y reducir de esa manera potenciales ataques y daños cerebrales.

Por estas razones, el tratamiento de desintoxicación de alcohol sin un manejo profesional y un nivel de cuidados adecuados constituye un gran riesgo para la salud e incluso la vida de los pacientes.

PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES A SUSTANCIAS PSICÓTROPAS

La prevención es una tarea fundamental para evitar el consumo de drogas y el desarrollo de adicciones. Las acciones de prevención buscan, en términos

generales, dotar a los jóvenes de las herramientas necesarias para que sean conscientes de los riesgos que conlleva el consumo de drogas y puedan, libremente, rechazar su consumo.¹⁶

La prevención no sólo a las drogas ilegales, sino también a las denominadas drogas sociales, cuyo uso se encuentra culturalmente aceptado, entre ellas el alcohol y el tabaco, orientada esta estrategia hacia el grupo de riesgo más vulnerable, que se encuentra representado por los adolescentes.

Deberá también incluirse en esta enunciación las designadas drogas intermedias, que si bien son recetadas y supervisada su administración por profesionales de la salud; ello no implica que no creen adicción en los pacientes que las consumen, de modo que las estrategias de prevención deben incorporarlas en sus campañas.

Si bien resultan loables los esfuerzos que se hacen a través de grandes campañas de difusión, dirigidas, generalmente, desde organismos estatales hacia la población; precisamente por su generalidad, resultan hasta inocuas, invirtiéndose en consecuencia los fines que inicialmente perseguían. Las campañas siempre son las mismas dado que tienden a advertir de los efectos y consecuencias que acarrea el abuso de drogas.

De ahí que resulte necesario un estudio profundizado de las condiciones sociales actuales que permitan un enfoque pleno y exhaustivo que oriente la prevención hacia los grupos de riesgo más expuestos, entre ellos, y desde mi punto de vista, la adolescencia desde su inicio, incluyendo la etapa de pre-adolescencia, hasta la post-adolescencia, edad concatenada con la edad adulta. Visualizado el objetivo debe prepararse todas las estrategias de

¹⁶ www.madrid.org/cs/prevenióndeadicciones

prevención orientándose exclusivamente hacia él, centrándose en sus modos, actitudes, códigos de convivencia, formas de relacionarse entre sí y con personas pertenecientes a otras edades o grupos. La utilización de todas estas herramientas es lo que facilita la "penetración" de estas campañas en los grupos hacia los cuales van dirigidos.

Debe conducirse la transmisión de datos con sumo cuidado a fin de no caer en lo que se pretende evitar mediante la campaña, de ahí que sea altamente nocivo el hecho de hacer hincapié en los efectos antes que en las consecuencias. La observación es atendible en razón de que, justamente por estar dirigida la prevención hacia la adolescencia, que es periodo de la vida que transcurre entre la infancia y la edad adulta, caracterizada fundamentalmente por profundos cambios físicos, psicológicos, sexuales y sociales que tienen lugar en esos años. Es imposible establecer la franja exacta de edad en la que transcurre la adolescencia pero la Organización Mundial de la Salud considera que esta etapa va desde los 10 a los 19 años.

Todos esos cambios que viven los adolescentes hacen que en muchos casos sea un periodo difícil tanto para ellos como para sus familias. Pero a la vez es una etapa apasionante. El que antes era un niño ahora está madurando para convertirse en un adulto. Está descubriendo el mundo del que forma parte. Los que están cerca del adolescente, sobre todo sus padres, vivirán todos esos cambios con cierta inquietud pero deben saber que ellos pueden hacer mucho para que todo vaya bien¹⁷.

Por lo cual al exponer sobre los efectos de las sustancias, se debe tomar en cuenta que esto puede agigantar la curiosidad del adolescente, por conocer esos efectos, produciéndose el resultado que se pretende evitar, con una

¹⁷ Victoria Toro, guía sobre la adolescencia, marzo 2012

altísima probabilidad de que ello ocurra. De ahí que sea absolutamente necesario el cuidado en el manejo de la información a transmitir, por estar frente a individuos cuyas personalidades presentan "falencias", incuestionablemente por estar atravesando su edad adolescente, siendo sus "carencias" muchas y muy importantes, transformándose la información suministrada en un arma peligrosa sino se la difunde en forma adecuada.

Resulta indispensable que el principal objeto de las diferentes estrategias de prevención en la adolescencia apunten a focalizar las nefastas consecuencias que producen, no sólo en el organismo y psiquis de quien las consume, sino en su familia y en la sociedad toda.

De ahí la importancia de plantear a través de esta tesis un programa creativo y científico de prevención del consumo de sustancias psicotrópicas en los adolescentes, en donde la prevención, educación, sanciones de tratamiento para el consumo de drogas y las pruebas para detectar el consumo de drogas deben ser considerados como partes de una estrategia integral y eficaz de reducción de la demanda.

La prioridad debe ser llegar a los adolescentes y convencerlos de que no usen drogas. Los padres deben participar en este esfuerzo. Debe ayudárselos a comprender su responsabilidad de proporcionar apoyo y guía para desalentar el consumo de drogas o alcohol por parte de sus hijos. Los padres también deberían comprender que pueden ser declarados legalmente responsables de las acciones de sus hijos. Los niños cuyos padres no están presentes o no pueden cumplir sus responsabilidades plantean un desafío especial que debe ser atendido por otros miembros de la familia u otras personas en la comunidad. Los padres que han desarrollado sus propios problemas de consumo de sustancias químicas o toleran el consumo de drogas en sus hogares no

cumplen con sus responsabilidades como padres y debilitan los esfuerzos de todos los demás en la comunidad para llegar a los niños con mensajes eficaces contra las drogas. Se debería alentar a las empresas a tener políticas "amistosas hacia la familia" que ayuden, y no obstaculicen, el proceso de criar a los niños.

En donde debemos emplearse modelos de comportamiento personal apropiados para ayudar a llegar hasta los jóvenes y motivarlos con mensajes claros y enfáticos contra las drogas y la violencia. Debe reclutarse más activamente a los artistas del mundo del espectáculo y deportistas que estén dispuestos a pronunciarse contra las drogas a fin de contrarrestar los mensajes que a favor de las drogas la industria del espectáculo sigue difundiendo. Debería formarse una asociación con los medios de comunicación social a fin de eliminar el "encanto" de la presentación de las drogas.

Una campaña de publicidad que muestre a las víctimas reales, no a los modelos generalizados de las víctimas, incrementaría la comprensión y la sensibilidad del público con respecto a las consecuencias del consumo de las drogas. Debería apoyarse la campaña de prensa propuesta para ayudar a los adolescentes a rechazar las drogas. Los sistemas escolares deberían reconocer y detener el consumo de drogas, las ventas de drogas en las escuelas, colegios y en sus inmediaciones. Es crítico que los estudiantes reconozcan que sus escuelas no son indiferentes y que no tolerarán el consumo de drogas. Debería formarse una asociación entre las escuelas, la comunidad y la policía para crear escuelas libres de drogas. Deberían incorporarse al programa de cada centro escolar campañas de prevención contra las drogas.

Debido al tiempo que los adolescentes pasan en ellas, las escuelas brindan un vehículo valioso para llegar con mensajes contra las drogas. Si se espera que

los adolescentes rechacen las drogas, debe ponerse a su disposición una gama de opciones positivas, como oportunidades recreativas y de empleo.

La reducción de la demanda, gracias a la prevención, debe responder a las tendencias emergentes en materia de patrones y tendencias en el consumo de drogas. También debería reconocerse que cuando se retiran las drogas de la vida de alguien, se las debe sustituir con actividades positivas alternativas.

Ya que no se trata simplemente de prohibir la droga, ni de controlar su distribución, aunque estas cosas son necesarias, el problema de la drogadicción tiene sus raíces en la sociedad misma. Es por ello que es necesario un compromiso de la sociedad en su conjunto: padres, maestros, medios de comunicación, instituciones gubernamentales y no gubernamentales, entre otras, deben comprometerse a construir una sociedad nueva, donde sean promovidos los valores auténticos, de no hacerlo así, todas las estrategias de prevención serán inútiles, pues el problema de fondo seguirá existiendo.

FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES EN ADOLESCENTES

Muchos valores que hoy se entrelazan y cultivan en forma cada vez más intensa y hasta obsesiva en muchos de nuestros adolescentes, crean una particular "cultura del riesgo".¹⁸

Diferentes estudios han demostrado que entre los y las adolescentes, las motivaciones más frecuentes en la iniciación del consumo de Sustancias Psicoactivas son el hecho de encontrarlas fácilmente, constituyen un medio rápido y sencillo de sentirse a gusto, permiten que el joven se sienta mejor

¹⁸ Donas Burak, Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia, 2001.

aceptado en el círculo de relaciones entre pares; o por el hecho de que determinadas sustancias tienen la capacidad de controlar los sentimientos desagradables, modificándolos, o reduciendo la ansiedad y la depresión, aminorando las tensiones.

Para algunos adolescentes experimentar el consumo de sustancias es un rito necesario al atravesar la fase de individuación. De hecho, se podría decir que la mayor parte de estos adolescentes son “experimentadores” o “consumidores ocasionales”. Ellos, influenciados generalmente por coetáneos, hacen uso de sustancias de manera ocasional y no necesariamente desarrollan dependencia.

Pero para aquellos adolescentes que presentan rasgos de personalidad más compleja que puede ir hasta la patología, el consumo de sustancias constituye a menudo la única alternativa para enfrentarse a los problemas personales, al igual que a los adultos; así mismo suelen ser los más sensibles a reaccionar favorablemente a la adicción. Sin embargo, en lo que se refiere a la indagación sobre los factores de riesgo y de protección referidos a este campo en nuestro medio aún es deficiente.

Ahora bien, cuando se intenta analizar la puerta de ingreso al fenómeno de las drogas, el enfoque generalmente empleado para su profundización, ha sido el de los factores; es decir, se han desarrollado investigaciones sobre las variables que más se asocian en las diferentes clases y culturas, con el consumo o con el no consumo. A los primeros se los han llamado factores de riesgo y a los segundos, factores de protección.

En este aparatado se hace una revisión detallada del enfoque de riesgo en la adolescencia desde la arista de la salud pública, luego se aborda los factores protectores identificados, pasando por el concepto de resiliencia.

El enfoque de riesgo.

Históricamente el concepto de riesgo en salud ha sido ampliamente usado en salud pública y en la clínica. Tal es el caso de las enfermedades cardiovasculares, obstétricas neonatales, con relación a mortalidad materna y patología oncológica, para detectar individuos o grupos con mayor probabilidad de padecer daños específicos (el hecho indeseado en salud: enfermedad, secuelas, muerte) y realizar acciones para prevenir o reducir la aparición (incidencia y prevalencia) del hecho indeseado¹⁹.

Para Rodríguez (1995), el riesgo es la probabilidad de que acontezca un hecho indeseado que afecta a la salud de un individuo o de un grupo social. La idea central del enfoque de riesgo descansa en el hecho que el riesgo nos brinda una medida de la necesidad de atención de la salud.

El conocimiento del riesgo o de la probabilidad de que se presenten futuros problemas de salud, nos permite anticipar una atención adecuada y oportuna a fin de evitar o modificar esa eventualidad. El uso del enfoque de riesgo presupone que en términos de atención de la salud se debe tener algo para todos, y más para los de mayor necesidad.

Factores de riesgo

Vendría a ser la característica o cualidad de un sujeto o comunidad, que se sabe va unida a una mayor probabilidad de daño a la salud²⁰.

Es de esperar que un pre adolescente que se inicie con un patrón de uso

¹⁹ Donas, enfoque de riesgo en la adolescencia, 1998.

²⁰ Suárez y Krauskopf, Factores de riesgo en la adolescencia, 1995

exagerado de sustancias tiene un mayor riesgo de deterioro psíquico, físico y social que un joven de mayor edad que se inicia en el uso de la misma sustancia; si además ha abandonado el colegio y tiene problemas de interacción y comunicación con sus padres, el riesgo es aún mayor.

Las relaciones entre los factores de riesgo entre sí y los factores de riesgo con el daño son complejas, ya que dichos factores actúan en forma distinta en diferentes individuos y bajo diversas circunstancias.

Asimismo, un resultado (daño) en una determinada secuencia puede ser más adelante factor desencadenante de otro problema en una sucesión de acontecimientos.

Adolescencia propiamente dicha y el riesgo

El periodo de desarrollo de la adolescencia está enmarcado por la exploración y los comportamientos justamente generadores de riesgo, los mismos que pueden comprometer la salud, la supervivencia y el proyecto de vida del individuo.

Al respecto se han destacado numerosos factores de riesgo, tales como: deserción escolar, inasistencia escolar, embarazo precoz, el intento de suicidio, la violencia, el abuso de sustancias, los accidentes de tránsito y otras conductas auto destructivas. Desde la perspectiva de la teoría psicosocial de la Telaraña Causal, Irwin (1987) —citado por Suárez y Krauskopf (1995)— dice que los comportamientos asociados con la mortalidad y morbilidad predominante en la adolescencia comparten un tema común: la toma de riesgo.

Los diversos acercamientos del enfoque de riesgo, relacionan las nociones de

vulnerabilidad y exposición al peligro. En este sentido, cada etapa del ciclo vital tendría sus riesgos específicamente determinados por las destrezas que permiten las condiciones biológicas, así como por los canales de capacitación, apoyo y protección que la sociedad brinda.

Así, las consecuencias destructivas del riesgo varían durante el ciclo vital en relación con los procesos de maduración e involución en el plano biológico, social y psicológico. La vulnerabilidad al peligro se modifica con arreglo a las condiciones de protección y los recursos adaptativos personales, pudiéndose entenderse ello como la resiliencia del adolescente.²¹

La adolescencia es el período en el cual los cambios biológicos, sociales y psicológicos replantean la definición personal y social del individuo a través de una segunda individuación, y genera una vulnerabilidad específica, la ansiedad transicional que moviliza a los adolescentes en procesos de exploración, diferenciación del medio familiar, búsqueda de pertenencia y sentido de la vida.

El segundo nacimiento que implica la pre adolescencia con sus demandas de individuación y progresiva autonomía difícilmente despierta una bienvenida similar al nacimiento de un frágil niño que se incorpora al hogar sin cuestionar sus normas y disposiciones.

Los procesos adolescentes son desafiantes; la individuación reclama la separación y confronta al medio con sus dificultades e inconsistencias. Para los adolescentes lo cotidiano es un reto y, a la vez, una incertidumbre.

Mecanismos de mediación del riesgo.

²¹ Michael *Rutter*, Resiliencia en la adolescencia, 2005.

Muchos son los factores que influyen en cómo se perciben y afrontan los riesgos en la adolescencia, destacándose la maduración biológica, los sistemas organizativos de la persona que se entrelazan con el auto concepto y la autoestima.

Del mismo modo son factores intervinientes el campo cognoscitivo, las percepciones del medio, las influencias, apoyos y controles ejercidos por los padres, el grupo de pares y los valores personales y sociales.

El desarrollo personal da lugar a las fortalezas y debilidades intra psíquicas cuyo balance se expresa en la mayor o menor resistencia a la adversidad. Esta condición parece influir decisivamente en la posibilidad de que el riesgo afecte la salud, la supervivencia y la calidad de vida de una persona. Así, hablamos de vulnerabilidad cuando los aspectos deficitarios del propio desarrollo y del entorno confluyen en una mayor probabilidad del daño. En sentido inverso, la “resiliencia” implica que se ha posibilitado la preservación de las funciones afectivas del sujeto.

Es importante detenerse en el concepto de resiliencia asumido por Rutter; para el se trata de una característica humana que es preciso considerar cuando se analizan los factores de riesgo: la susceptibilidad gradual al estrés, la mayor o menor posibilidad de ser afectado por el daño. En diferentes circunstancias y situaciones de la vida, algunas personas muestran mayor capacidad para enfrentar, resistir y recuperarse de factores que pueden ser destructivos. Esta capacidad es la resiliencia.

Entre los factores que aumentan la resiliencia está la exposición gradual a la adversidad psicosocial, que opera como un mecanismo similar a la inmunización permitiendo enfrentar con éxito a la tensión y el peligro. La

evitación o ausencia de experiencias de exposición al riesgo no parece generar mecanismos protectores y más bien puede incrementar la posibilidad de resultados adversos cuando el individuo enfrenta la eventualidad del daño.

La reducción del impacto del riesgo se produce además, por el significado de peligro que adquiere el estímulo; difiere si la percepción es realista, o está magnificada o minimizada. El mismo factor puede ser de riesgo o protector según las circunstancias. La apreciación de dichas circunstancias influye en la reacción ante el riesgo, así como la perspectiva del sujeto.

Según Suárez y Krauskopf, para evaluar y analizar el riesgo es necesario diferenciar los factores intervinientes, externos y conductuales, la capacidad de alarma del individuo, y los mecanismos protectores y de mediación del riesgo con que este cuenta para enfrentar la situación. Para los autores, a saber:

1. Establecimiento y manutención del autosistema: Oportunidades para enfrentar problemas con responsabilidad.
2. Destrezas: Cognoscitivas, Emocionales, Sociales
3. Reducción del impacto del riesgo: Significado de peligro, la gradual exposición.
4. Reducción de las reacciones negativas en cadena: No repetir reacciones adaptativas inadecuadas, no permitir reacciones negativas de otras personas.
5. Apertura de oportunidades: Contar con habilidades para una inserción exitosa, metas para proponer “soluciones” de corto alcance, ampliación de contextos de experiencia, espacios sociales estructurados.

Existen importantes elementos que aumentan el potencial protector y contribuyen a la mediación del riesgo. Estos factores se construyen a partir del

establecimiento del auto concepto y del autoestima, y de las posibilidades de probar las destrezas para enfrentar los problemas y asumir responsabilidades frente a ellos.

De esta manera se producen una serie de transacciones que dan lugar a procesos que disminuyen la posibilidad del daño. En el caso de una adolescente que tiene un patrón inicial de consumo de sustancias, el riesgo de desarrollar dependencia será menor si ella posee un nivel educativo adecuado, tiene acceso a consejería, no frecuenta amigas consumidoras de la misma sustancia y si el clima familiar se presenta mucho más favorable para la interacción y la comunicación; de lo contrario el riesgo aumentará.

En todo caso, al analizar los problemas del riesgo en el proceso de construcción de la identidad y la inserción personal propias de la adolescencia, se debe hacer referencia básicamente a dos condiciones: La social y la personal.

La dimensión social en el riesgo

La situación social se considera favorable cuando:

1. Existe un soporte familiar abierto, capaz de asimilar los cambios requeridos para la individuación adolescente;
2. La cultura ofrece desafíos estructurados que permiten el tránsito a nuevas posiciones dentro de la sociedad;
3. El ámbito social valoriza y estructura oportunidades para la participación social de los adolescentes en sectores relevantes, como la educación, el trabajo y la vida en comunidad;

4. El ambiente micro y macrosocial en que se encuentran los adolescentes le ofrece oportunidades graduales de toma de decisiones.

La situación social se considera desfavorable cuando:

1. Existe una estructura familiar monoparental o extendida que puede funcionar en forma conflictiva y no brindar un soporte estable a los cambios propios del proceso adolescente;

2. Los desafíos que se ofrecen al sector adolescente son desarticulados, consumistas, efímeros, etc.;

3. Las oportunidades de participación más accesibles están construidas por culturas de trasgresión y evasión.

La dimensión personal en el riesgo.

Es durante la adolescencia cuando emerge gradualmente la personalidad con la adquisición de destrezas, juicio crítico y los sentimientos de autoestima. La adaptación positiva a estas adquisiciones permitirá al adolescente enfrentar las situaciones y cumplir con las tareas requeridas con menos riesgo de sufrir un desequilibrio emocional, y verse expuesto al peligro con mayores posibilidades de auto conducción protectora.²²

Ahora bien, la construcción de la identidad en la adolescencia puede obtenerse mediante el reconocimiento de características personales y la exploración de nuevas posibilidades desde la perspectiva de un compromiso con el futuro. En este contexto el riesgo no tiene un valor en sí mismo sino que es parte de una

²² Pérez y Mejía, dimensión personal en riesgo del adolescente 1998.

configuración donde lo relevante es el encuentro con la potencialidad y la experiencia enriquecedora.

Cuando las bases para la construcción de la identidad son deficitarias, la afirmación del adolescente como individuo se establece a través de una exploración difusa, carente de compromiso estructurante o con una presencia en el medio auto afirmada en acciones efímeras

Las destrezas sociales permiten generar e implementar soluciones efectivas ante los problemas interpersonales y enfrentar situaciones del ámbito micro y macrosocial de forma que disminuyen el riesgo y la destructividad. La ausencia de estas destrezas se aprecia en la carencia de comportamientos efectivos o de motivación u oportunidades para ejecutar las destrezas adquiridas. Las enfermedades de transmisión sexual y el abuso de drogas pueden relacionarse con estas condiciones.

Las destrezas cognoscitivas conducen a la creación de soluciones alternativas y la especificación de cada paso requerido para alcanzar las metas. El pensamiento es causal y tiene consideración con las consecuencias. Estas destrezas incluyen el conocimiento de los comportamientos que proveen los resultados deseados y la capacidad para seleccionar los objetivos.

La ausencia de destrezas cognoscitivas se traduce en dificultades para solucionar los problemas y en el desconocimiento de conductas que faciliten la interacción. El embarazo durante la adolescencia puede darse en estas condiciones. La construcción de la identidad se ve interferida por la presencia de creencias negativas respecto de sí mismo, el entorno o la situación.

Factores protectores

El estado de salud psicológica y física de un sujeto, más que ser producto únicamente de factores biológicos, se encuentra determinado en gran medida por las condiciones de la realidad social que lo rodean.

Es probable que la familia, siendo el círculo social en el que se da el mayor número de relaciones de carácter afectivo y el principal contexto de aprendizaje de un individuo, es posible afirmar que el comportamiento de una persona depende en gran medida del buen funcionamiento de la situación familiar²³

Ahora bien, para Rutter, se denominan factores protectores a las circunstancias, características, condiciones y atributos que facilitan el logro de la salud integral del adolescente y sus relaciones con la calidad de vida y el desarrollo de estos como individuos y como grupo.

Alguno de estos factores puede estar en las personas mismas: Son las características, logros o atributos presentes, antes, durante y después de la adolescencia; otros pueden estar presentes y operar en el ámbito de la familia; otros aparecen como características del grupo o de las comunidades y sus organizaciones en los programas de los diversos sectores de beneficio social.

Así como los factores de riesgo no son el resultado del azar ni surgen espontáneamente, lo mismo ocurre con los factores protectores. Ambas clases de factores muchas veces son el resultado de procesos iniciados tiempo atrás y en ocasiones se han incorporado a los valores culturales como patrimonio social. Los factores protectores son susceptibles de fortalecimiento y también pueden debilitarse y aún desaparecer. En otras palabras tienen su historia en el tiempo y en el espacio.

²³ Smith et al, Factores protectores en los adolescentes 1998

Rutter, ilustra algunos ejemplos de factores protectores:

1. Autoestima, auto concepto, auto eficacia adecuada, y sentido de pertenencia e identidad grupales.
2. Perspectivas de construir proyectos de vida viables.
3. Escalas de valores congruentes con un desarrollo espiritual adecuado, en las que el amor, la verdad, la libertad, el respeto, la responsabilidad, la religiosidad, la moral y otros valores, se practiquen debidamente y en los ambientes apropiados.
4. Estructuras y dinámica familiares congruentes con los procesos básicos y las funciones de la familia.
5. Familias y sociedades dispuestas a trabajar por una niñez, adolescencia y juventud saludables.
6. Micro ambientes familiares, escolares, laborales, deportivos y recreativos que sean saludables y propicios para el desarrollo de la gente joven de ambos sexos.
7. Niveles crecientes de auto cuidado y de responsabilidad en los dos sexos en relación con su salud reproductiva.
8. Ayuda mutua y existencia y uso adecuado de redes sociales de apoyo.
9. Promoción de investigaciones que permitan identificar las necesidades y mecanismos capaces de disminuir los problemas emergentes, incluyendo en forma prioritaria el refuerzo de las defensas endógenas y exógenas frente a la exposición a situaciones traumáticas y de estrés en niños y adolescentes.

Riesgo y familia

Factores como los patrones negativos de educación y crianza, actitud negativa hacia la familia, dentro de un sistema familiar en crisis o, con un escenario disfuncional, enmarcado por la vulnerabilidad biológica por el abuso de alcohol

y otras drogas en el sistema familiar, forman parte del abanico de factores de riesgo asociados a los primeros consumos de sustancias y otras conductas riesgosas en los adolescentes.

Si se intenta examinar rigurosamente esta variable, numerosos investigadores señalan la necesidad de seguir investigando a la familia por la influencia que ejerce en la génesis, mantenimiento e interrupción de conductas de riesgo. Los datos obtenidos por numerosos autores nos conducen a plantear que el abuso y la dependencia de Sustancias sería una expresión de un conflicto en un punto del ciclo de vida familiar.

En efecto, el consumo de sustancias suele emerger de un contexto familiar y social caracterizado por modos de interacción disfuncionales. Haley, sostiene que los comportamientos adictivos tienen su fuerza inspiradora en la familia o en el contexto social inmediato o mediato.

Los patrones de consumo experimental en adolescentes usualmente enmarcan un complejo de problemas familiares de larga data. Los miembros frecuentemente expresan sentimientos de frustración, rabia y rivalidad hacia otros indirectamente manifestados a través de conflictos acerca de la adicción.

Por otro lado, en observaciones clínicas de familias con miembro adolescente problemático se encuentra poca expresión de sentimientos y las interacciones son marcadamente tensas, con juicios de naturaleza defensiva por parte del padre, ausencia de cuidado y validación de los hijos, los miembros se encontraban emocionalmente distantes unos de otros. Dentro de este escenario, hay ausencia de alegría y humor y los tonos dominantes suelen ser la desesperanza, el desgano, la depresión y la tensión. En estos hogares de adolescentes con comportamientos de riesgo, existe poca comunicación

espontánea y acuerdos entre los miembros de la familia.

Cuando existe un pequeño acuerdo, este es rápidamente descartado y el tiempo es invertido en discutir áreas en las cuales previamente se estaba de acuerdo. Ya que la comunicación dentro de estas familias es pobre; hay carencia de apertura y de comunicación relevante. Lo primero que se comunican comúnmente son los mensajes negativos, existiendo hábitos igualmente, negativos tales como críticas, demandas y búsquedas por conseguir atención.

Pareciera que un buen grupo de estas familias sufren de un bloqueo en el afecto relacionado con la intensa ambivalencia que concierne a la intimidad. Por tanto, se puede sustentar como una de las premisas fundamentales —dentro de los factores de riesgo relacionados con el sistema familiar con miembro/s sintomático/s— que estas tienen estructura y dinámica disfuncionales, con estructuras caracterizadas por rigidez, sobreprotección simbiótica y gran dificultad para resolver problemas y conflictos.

Riesgo y factores intra-personales

Existen dos factores intra-personales fuertemente asociados al consumo de sustancias, la deserción escolar, la violencia callejera y a los accidentes de tránsito: La relación del adolescente con el grupo de pares, la actitud y la valoración positiva de la droga, y la “búsqueda de sensaciones”.

Ahora bien, existe la suficiente información de investigación que sugiere que los adolescentes experimentan con determinadas sustancias en un intento de enfrentar o manejar la experiencia subjetiva de sus estados afectivos. Los factores identificados como la actitud y la valoración de la droga, calzan con la

hipótesis de la automedicación de Khantzian, la misma que sustenta que la elección de una droga no se realiza al azar sino que es el resultado de la interacción de sus efectos farmacológicos y las emociones dolorosas dominantes en el adolescente (por ejemplo: el consumo de cocaína con la depresión; el fumado de la marihuana con la hiperactividad).

Por otro lado, lo encontrado por Segal, guarda relación con los factores que presentamos; en efecto, luego de trabajar con más de 3,000 estudiantes adolescentes, encontraron tres factores en la iniciación del consumo: La reducción de la tensión, el efecto de la droga y la relación con los pares. En lo que refiere a la reducción de la tensión, esta incluía razones como: “aliviar la ansiedad o la tensión”, “para sobrellevar sentimientos de abandono o depresión”, “alejarse de problemas”; mientras que el efecto de la droga se relacionaba con la curiosidad por la experiencia, en términos de su novedad, y la excitación que proporcionaría.

Riesgo y factores inter- personales.

Es el tipo de relación con el grupo de pertenencia y con los pares, la actitud frente a las drogas y la valoración positiva de las mismas y la búsqueda de sensaciones. Los investigadores consideran que la influencia normativa u obediencia y la imitación o modelado, son factores importantes en la comprensión de los factores en la iniciación del consumo de sustancias. Por otro lado el número de amigos que usan drogas parece ser la más importante variable que afecta el uso en la adolescencia.

Desde la arista de la “presión de pares”, se ha sugerido desarrollar investigaciones para explorar la dinámica interna de grupos de adolescentes donde se incorpora el uso de sustancias como actividad principal, dado que

parecería que no es tanto el grupo que va tras el adolescente, sino que éste, al desear experimentar con sustancias, se relaciona con grupos de consumidores. Por tanto, parece que existe un elemento de decisión personal de incorporarse al grupo.

Pérez y Mejía, respecto a la influencia del grupo de pares, afirman que a mayor apego a personas y grupos convencionales, en particular a la familia, menor probabilidad de conductas desviadas; es más importantes en la prevención el afecto y la cercanía de los padres (en especial de la madre) que los factores de control social. Igualmente, Kandel concluye en que la actitud tolerante de los padres respecto al consumo , así como su poca o no existente religiosidad inciden en el consumo.

Finalmente la sistematización y análisis de algunos factores de riesgo y de protección relacionados con el consumo, nos permite informarnos y recoger herramientas para revisar las metodologías de intervención temprana, o articular los programas preventivos en conductas riesgosas en niños, pre adolescentes y adolescentes.

Las acciones prevención siempre resulta más rentable especialmente cuando se comparan los enormes costes sanitarios de distintas enfermedades y conductas auto destructivas, las mismas que se podrían evitar.

LA PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

La promoción de la salud se refiere al desarrollo y fortalecimiento de conductas y estilos de vida que conducen a lograr un estado de vida saludable. Existe una

clara relación entre la conducta de las personas y su estado de salud, el estilo y calidad de vida determina como se siente la persona en términos de salud.

El cambio en el campo de la salud.

Los cuestionamientos en el campo de la salud que se han venido dando son la conceptualización de la salud como un estado positivo de bienestar; y en constante desarrollo; elevados costos en los cuidados de salud; y el cada vez mayor uso del modelo biopsicosocial

La relación de la conducta del hombre con su salud.

Actualmente las principales causas de muerte son dadas por enfermedades crónicas fuertemente vinculadas a los estilos de vida poco saludables; dichas enfermedades se caracterizan por: a) perdurar más tiempo que las infecciosas b) obedecen en la mayoría de los casos a conductas y estilos de vida inadecuados de la gente c) se dan con mayor frecuencia en la gente mayor y de mediana edad.

Salud, enfermedad, estilos de vida y entorno del individuo

La salud depende en gran medida de la conducta, estado psicológico y el contexto en que se vive; por ello se habla de inmunógenos conductuales (comportamientos que hacen a las personas menos susceptibles a la enfermedad) y patógenos conductuales (conductas que incrementan el riesgo del individuo a enfermar). Entre los inmunógenos conductuales más importantes, se encuentran: dormir 7-8 horas diarias; desayunar todos los días; realizar tres comidas diarias; mantener el peso corporal dentro de los límites

normales; practicar ejercicio físico regularmente; uso moderado del alcohol o no beberlo; no fumar.

Las acciones de toda una colectividad (sociedad) también influyen sobre la salud, así como el contexto pues los riesgos ambientales como la contaminación encierran un gran potencial para enfermar a los individuos. Dado este contexto, se ha visto la necesidad de la prevención primaria, la cual implica dos estrategias: a) cambiar las estrategias y hábitos negativos de salud de los sujetos b) prevenir los hábitos inadecuados desarrollando hábitos positivos y animando a la gente a adoptarlos.

Las conductas de salud y sus determinantes.

Son conductas en las que toma parte un individuo, cuando goza de buena salud con el propósito de prevenir la enfermedad; ocurren dentro de factores personales, interpersonales, ambientales e institucionales y pueden agruparse en las siguientes categorías:

1. factores sociales y demográficos: edad, nivel educacional, sexo, clase social.
2. situacionales: situación en la familia, grupo social, etc.
3. percepción del síntoma: susceptibilidad percibida a enfermedades o accidentes específicos, así como los beneficios y costos de realizar una conducta de salud concreta.
4. psicológicos: factores emocionales y cognitivos como pensamientos, creencias y la vulnerabilidad percibida.

La promoción de estilos de vida saludables.

Implica conocer aquellos comportamientos que mejoran o socavan la salud de los individuos; entre los comportamientos relacionados con la salud podemos contar: practicar ejercicio físico de modo regular; tener una nutrición adecuada; adoptar comportamientos de seguridad; evitar el consumo de drogas; practicar sexo seguro; desarrollar un estilo de vida minimizador de emociones negativas y crear la adherencia terapéutica.

Actitudes, creencias y salud.

Motivadores importantes del comportamiento, una vez que la persona las ha adquirido. Una creencia es algo que se acepta como verdad, sin tomar en consideración si en realidad es o no verdad en términos objetivos. Las actitudes consisten en una serie de creencias que interactúan con otras, predisponiendo a actuar o responder a alguna situación de manera predecible.

Los retos.

Se deben promover cambios conductuales que permitan reducir la morbilidad y mortalidad de las comunidades utilizando la tecnología conductual y el cambio de actitudes y creencias en la promoción de la salud.

Promover estilos de vida saludables

La información es necesaria para conocer sobre un hecho, pero no es suficiente para el cambio de conducta. Bayés señala que las personas no se comportan saludablemente debido fundamentalmente a los siguientes factores:

1. Por el carácter placentero (reforzante) de la mayor parte de las estimulaciones que siguen a muchos comportamientos nocivos, así como a la inmediatez de sus efectos.
2. Por lo dilatado del tiempo, que normalmente separa la práctica de los comportamientos nocivos de la aparición de la enfermedad en su estadio clínico diagnosticable.
3. El convencimiento del poder sin límites de la medicina y de su tecnología para solucionar cualquier problema que se presente.
4. Las barreras culturales que impiden el cambio hacia hábitos saludables.
5. El cambio como un proceso cíclico y lento, más que rápido y lineal.

Es decir la promoción de estilos de vida saludables implica conocer aquellos comportamientos que mejoran o socavan la salud de los individuos. Se entiende por conductas saludables aquellas acciones realizadas por un sujeto, que influyen en la probabilidad de obtener consecuencias físicas y fisiológicas inmediatas y a largo plazo, que repercuten en su bienestar físico y en su longevidad ²⁴. Se conoce un número importante de comportamientos relacionados con la salud, a continuación se expone algunos de los más importantes:

- ✓ Practicar ejercicio físico.
- ✓ Nutrición adecuada.
- ✓ Adoptar comportamientos de seguridad.
- ✓ Evitar el consumo de drogas.
- ✓ Sexualidad.
- ✓ Desarrollo de un estilo de vida minimizador de emociones negativas.
- ✓ Adherencia terapéutica.

²⁴ McAlister, *promoción de estilos de vida saludables*

e. MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación científica se direcciono bajo el método descriptivo analítico y utilizó como referente teórico el enfoque integrativo, que permitió caracterizar a las y los adolescentes en situaciones de riesgo en el consumo de sustancias psicotrópicas y proponer un programa de prevención.

Según el énfasis en la naturaleza de la información y resultados obtenidos fue cuanti - cualitativa, cuantitativa por que los resultados pueden ser medidos de acuerdo al tiempo de ocurrencia y cualitativa por que la preponderancia del estudio de los datos se basa en la descripción de los rasgos característicos de los mismos.

Los métodos que se utilizaron fueron:

Método Científico.- ayudo a la identificación y delimitación del problema, a la recolección de la información y de esta poder extraer las conclusiones y sugerir las recomendaciones, que orienten el diseño de un programa de prevención del consumo de sustancias psicotrópicas en los y las adolescentes.

Analítico - sintético, se lo aplico al momento de recolectar la información, para la construcción del resumen, introducción, revisión de literatura y también en el procesamiento de los resultados obtenidos como producto de la investigación de campo.

Inductivo - deductivo, facilitó redactar el resumen y la introducción y coadyuvó a elaborar el programa de prevención del consumo de sustancias.

Estadístico, permitió procesar y organizar los resultados obtenidos a través de gráficos y tablas, mediante la elaboración de frecuencias ordenadas y secuenciadas.

La población estudiada fue el tercer año de bachillerato especialidad de Químico - Biológicas del Colegio Experimental Universitario Manuel Cabrera Lozano, extensión Motupe de la ciudad de Loja, que consto de 34 estudiantes, 10 maestros y 34 padres de familia.

Los instrumentos, que facilitaron recolectar y obtener la información, en relación a las variables del problema investigado, fueron los cuestionarios aplicados a estudiantes, profesores y padres de familia, lo que permitió caracterizar a la población en estudio, en relación al consumo de sustancias psicotrópicas.

A partir de este diagnostico situacional se elaboró un programa de prevención del consumo de sustancias psicotrópicas utilizando una metodología activa, participativa, comunicativa, en donde la información ofrecida es parte de la necesidad sentida de los participantes.

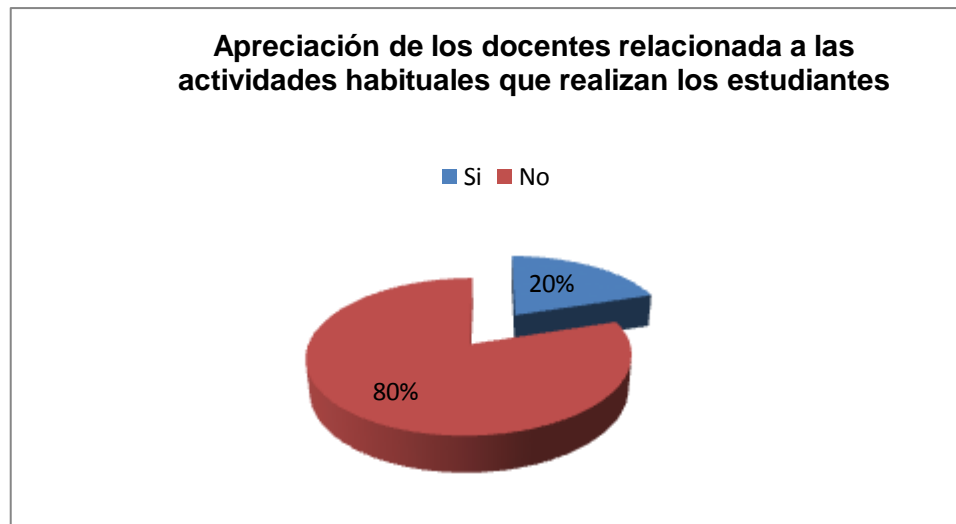
f. RESULTADOS

CUESTIONARIO DIRIGIDO A LOS PROFESORES

Cuadro Nro. 1: Apreciación de los docentes relacionada a las actividades habituales que realizan los estudiantes

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	2	20%
No	8	80%
Total	10	100%

Fuente: Cuestionario dirigido a profesores.
Investigador: Efraín Muñoz Silva



Los maestros manifiestan que los estudiantes no han dejado de hacer las cosas que hacían habitualmente en un 80%.

Cuadro Nro. 2: Aptitud de los estudiantes relacionadas con el sueño intra aula.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	3	30%
No	7	70%
Total	15	100%

Fuente: Cuestionario dirigido a profesores.
Investigador: Efraín Muñoz Silva

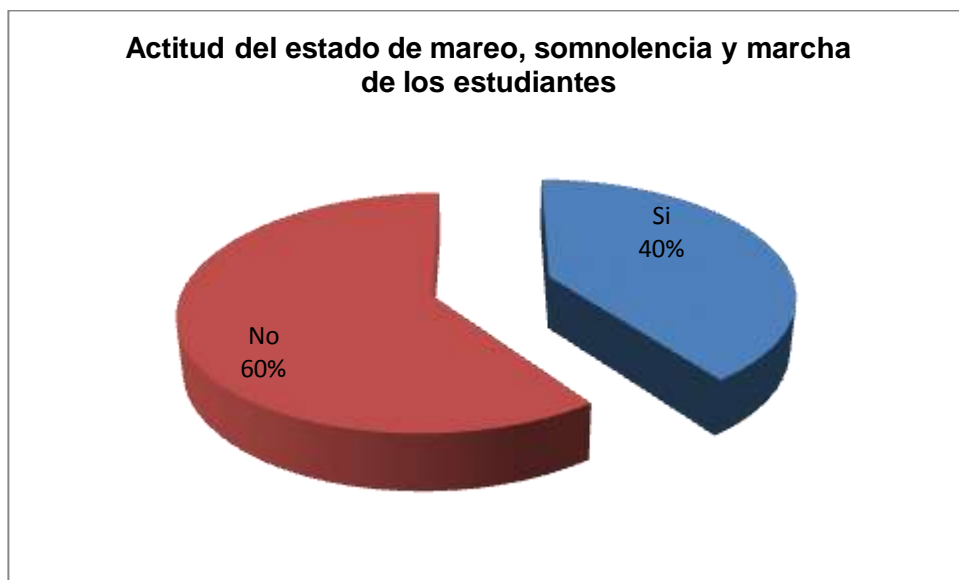


En la presente inquietud los maestros contestaron que los estudiantes no se duermen en clase en un porcentaje del 70%.

Cuadro Nro. 3: Actitud del estado de mareo, somnolencia y marcha de los estudiantes.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	4	40%
No	6	60%
Total	10	100%

Fuente: Cuestionario dirigido a profesores.
Investigador: Efraín Muñoz Silva

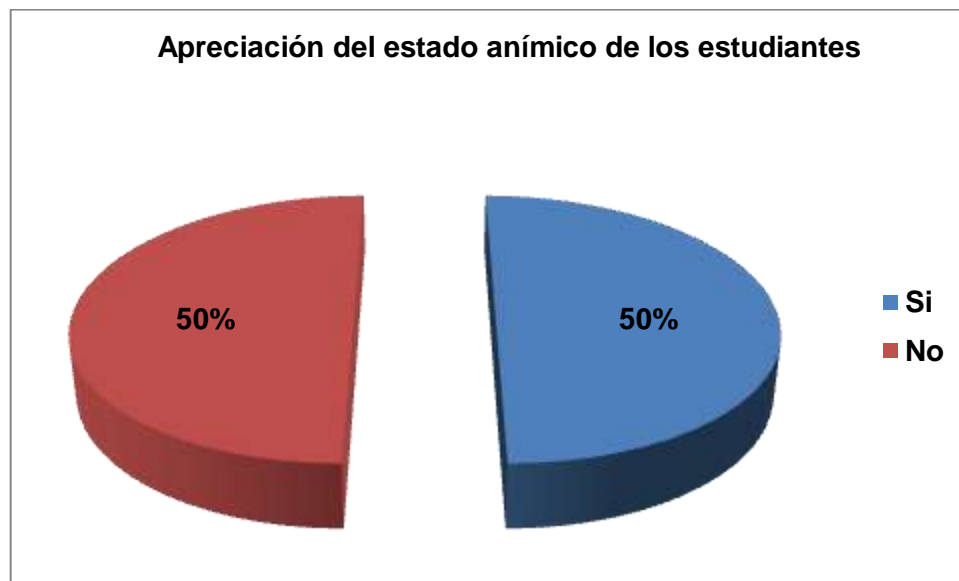


Los maestros en esta inquietud nos manifestaron que los estudiantes que no se encuentran mareados, somnolientos y no presentan la marcha inestable equivalen a un 60%.

Cuadro Nro. 4: Apreciación del estado anímico de los estudiantes.

Alternativa	SI	NO	Porcentaje
Charlan desmedidamente	5	0	50%
Están irritables sin causa	5	0	50%
Total			100%

Fuente: Cuestionario dirigido a profesores.
Investigador: Efraín Muñoz Silva



Referente a esta pregunta existe una igualdad en criterios ya que los maestros manifiestan que los estudiantes charlan desmedidamente o están irritables sin causa, en un 50%

Cuadro Nro. 5: Apreciación referente en el aseo y presentación personal de los estudiantes.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	1	10%
No	9	90%
Total	10	100%

Fuente: Cuestionario dirigido a profesores.
Investigador: Efraín Muñoz Silva



En un 90%, los maestros manifiestan que lo estudiantes no descuidan su aseo y presentación personal.

Cuadro Nro. 6: Apreciación de episodios de violencia entre los estudiantes.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	3	30%
No	7	70%
Total	10	100%

Fuente: Cuestionario dirigido a profesores.
Investigador: Efraín Muñoz Silva



En un 70% los maestros manifestaron que no se presentan episodios de violencia entre los estudiantes.

Cuadro Nro. 7: Apreciación de los estudiantes de su relación entre pares.

Alternativa	SI	NO	Porcentaje
Mantienen su grupo	8		20%
Se van de un grupo a otro		28	80%
Total			100%

Fuente: Cuestionario dirigido a profesores.
Investigador: Efraín Muñoz Silva

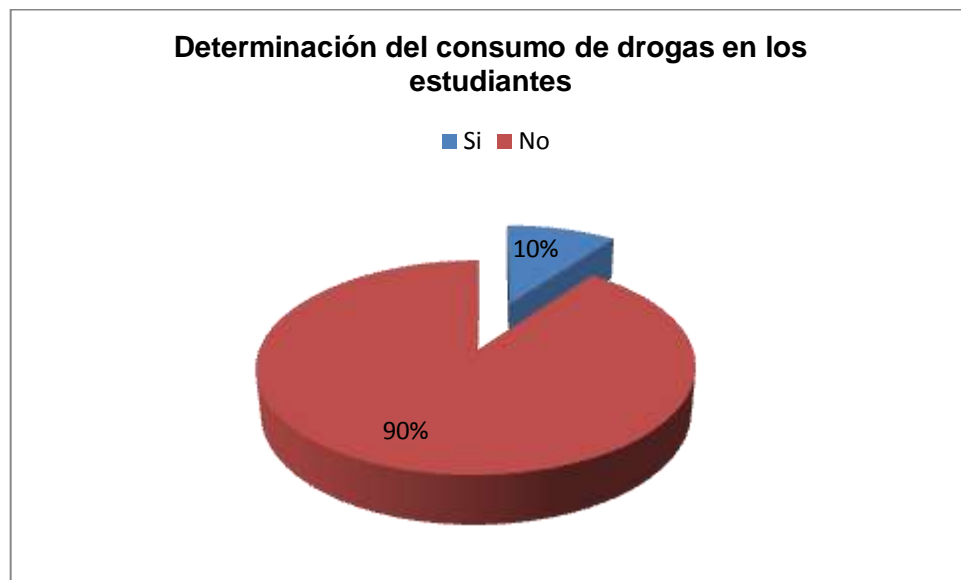


Los maestros manifiestan que los estudiantes que no presentan cambios en lo social, y que no se van de su grupo a otro, equivalen a un 80%

Cuadro Nro. 8: Determinación del consumo de drogas en los estudiantes.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	1	10%
No	9	90%
Total	10	100%

Fuente: Cuestionario dirigido a profesores.
Investigador: Efraín Muñoz Silva

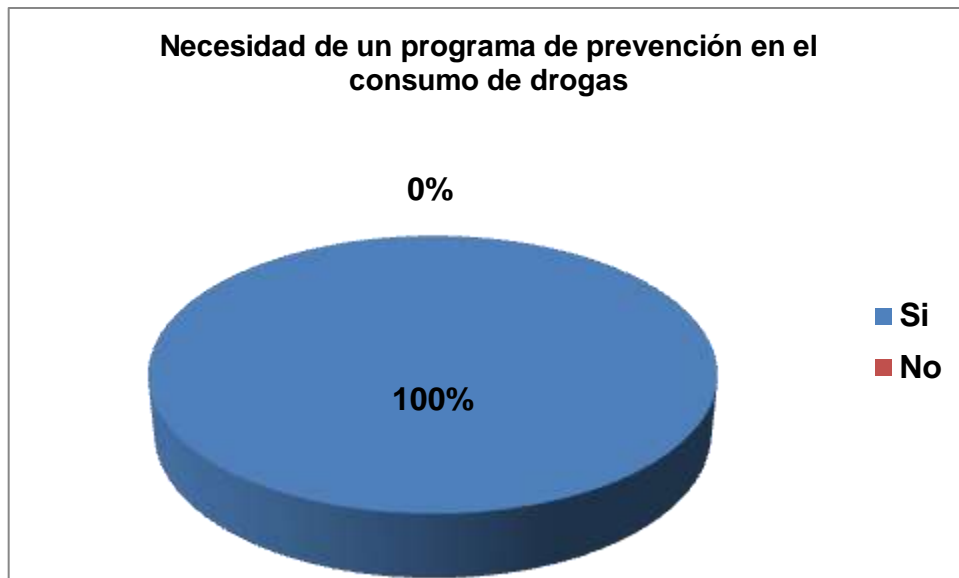


Los maestros contestaron en un 90% que sus estudiantes no consumen sustancias psicotrópicas.

Cuadro Nro. 9: Necesidad de un programa de prevención en el consumo de drogas.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	10	100%
No	0	0%
Total	10	100%

Fuente: Cuestionario dirigido a profesores.
Investigador: Efraín Muñoz Silva



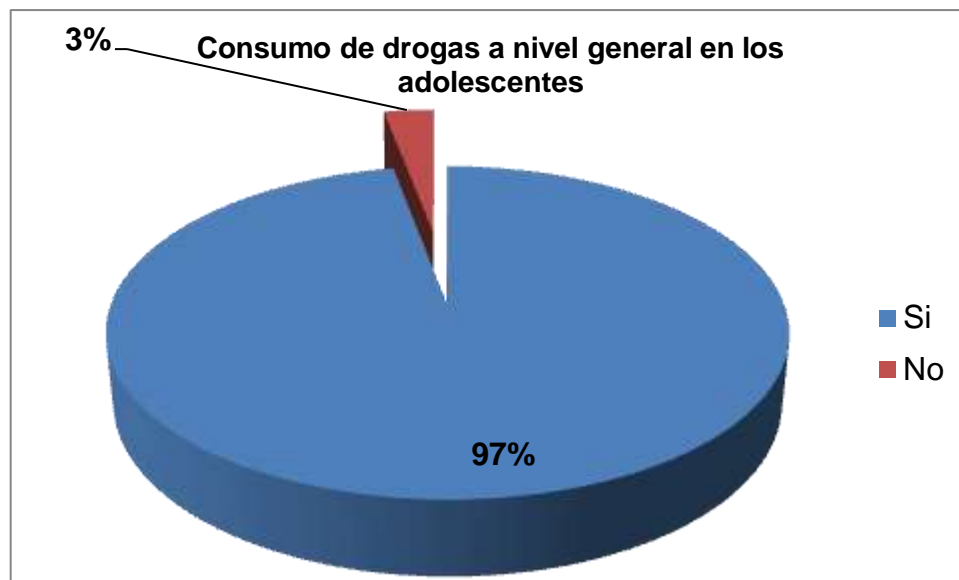
Los maestros manifestaron en su totalidad que es necesario emprender un programa de prevención en el consumo de drogas en el colegio.

CUESTIONARIO DIRIGIDO A LOS ESTUDIANTES

Cuadro Nro. 1: Consumo de drogas a nivel general en los adolescentes.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	33	97%
No	1	3%
Total	34	100%

Fuente: Cuestionario dirigido a los estudiantes
Investigador: Efraín Muñoz Silva

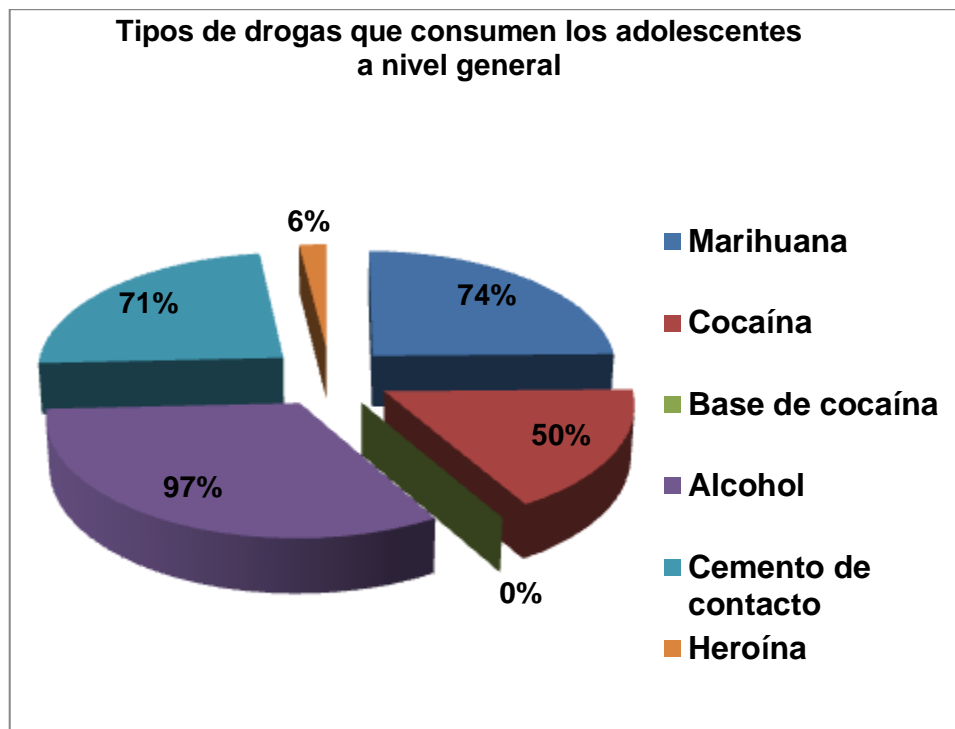


Los estudiantes creen mayoritariamente en un porcentaje del 97%, que los adolescentes a nivel general consumen drogas.

Cuadro Nro. 2: Tipos de drogas que consumen los adolescentes a nivel general.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Marihuana	25	74%
Cocaína	17	50%
Base de cocaína	0	0%
Alcohol	33	97%
Cemento de contacto	24	71%
Heroína	2	6%
Ninguna	0	0%

Fuente: Cuestionario dirigido a los estudiantes
 Investigador: Efraín Muñoz Silva

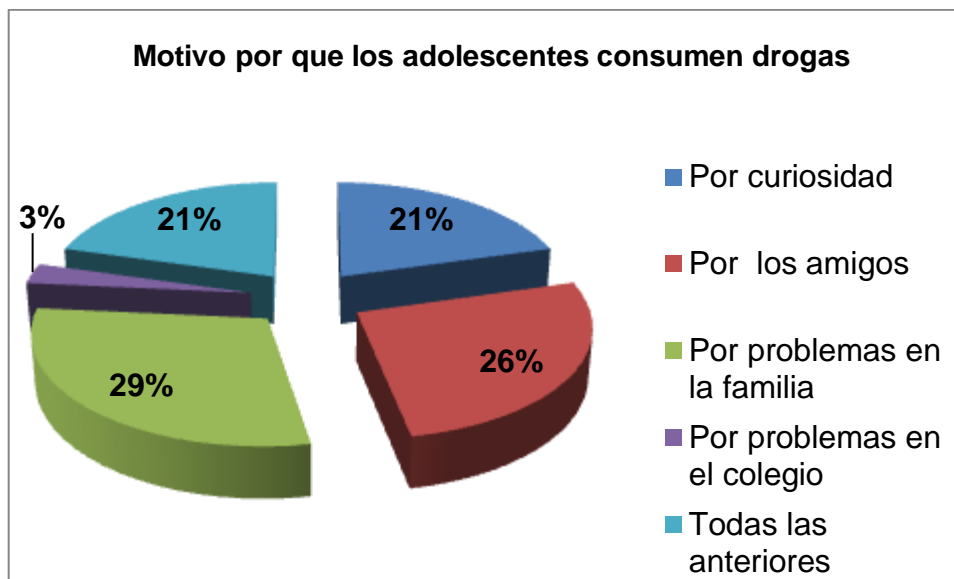


Los estudiantes contestaron en un 97%, que consideran que la droga que más consumen los adolescentes a nivel general es el alcohol, luego la marihuana con un 74%, cemento de contacto con 71%; cocaína 50%; heroína 6%.

Cuadro Nro. 3: Motivo por que los adolescentes consumen drogas.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Por curiosidad	7	21%
Por los amigos	9	26%
Por problemas en la familia	10	29%
Por problemas en el colegio	1	3%
Todas las anteriores	7	21%
Total	34	100%

Fuente: Cuestionario dirigido a los estudiantes
 Investigador: Efraín Muñoz Silva

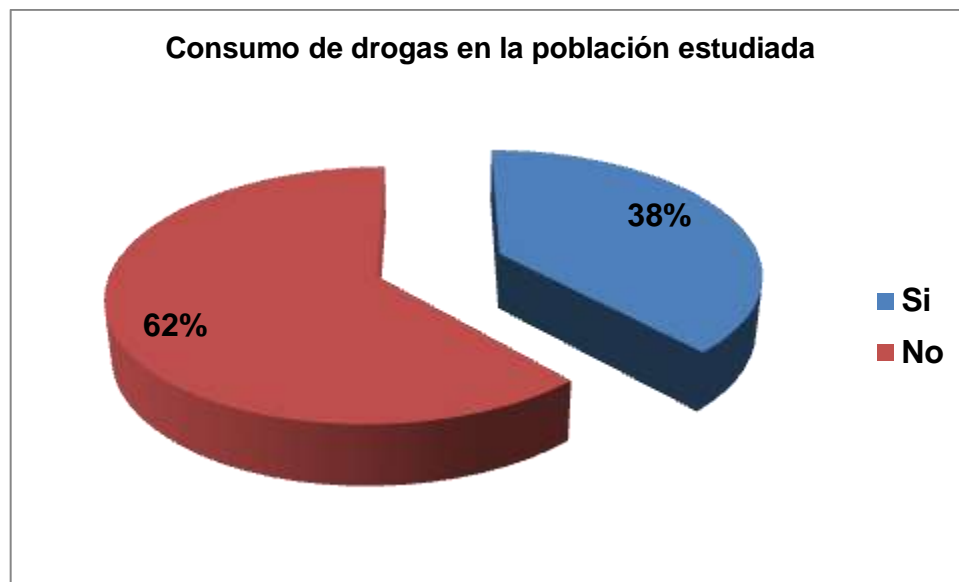


Los estudiantes en un 29% manifestaron que creen que los adolescentes a nivel general consumen drogas por problemas en la familia; por los amigos en un 26%; y por curiosidad en un 21%.

Cuadro Nro. 4: Consumo de drogas en la población estudiada.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	13	38%
No	21	62%
Total	34	100%

Fuente: Cuestionario dirigido a los estudiantes
Investigador: Efraín Muñoz Silva

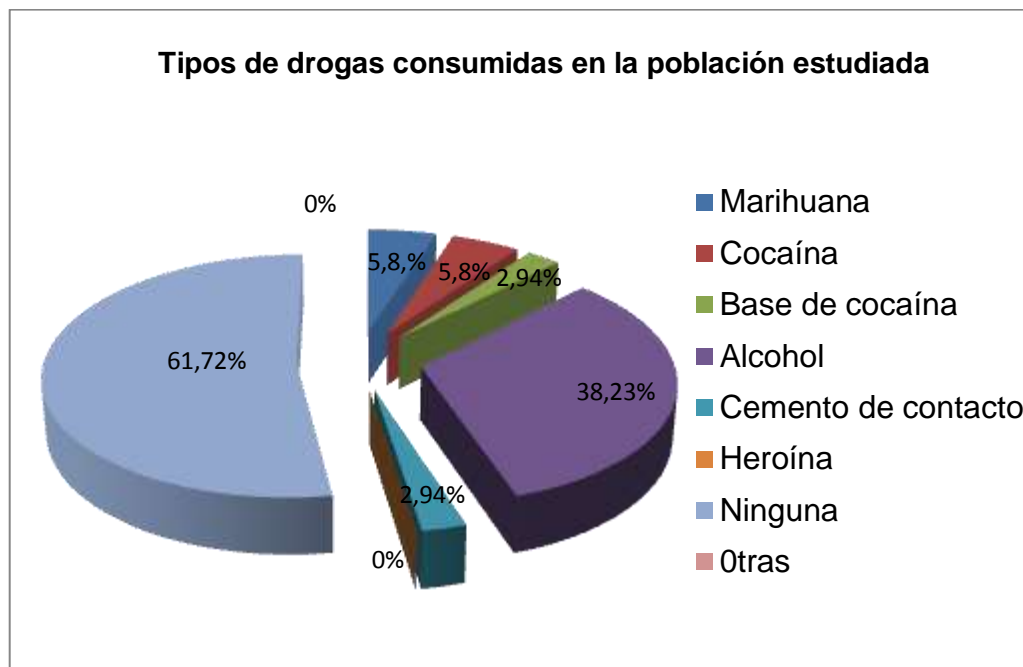


Los estudiantes investigados manifiestan en un 62%, que no han consumido algún tipo de droga.

Cuadro Nro. 5: Tipos de drogas consumidas en la población estudiada.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Marihuana	2	5,88%
Cocaína	2	5,88%
Base de cocaína	1	2,94%
Alcohol	13	38,23%
Cemento de contacto	1	2,94%
Heroína	0	0%
Ninguna	21	61,76%
Otras	0	0 %

Fuente: Cuestionario dirigido a los estudiantes
 Investigador: Efraín Muñoz Silva

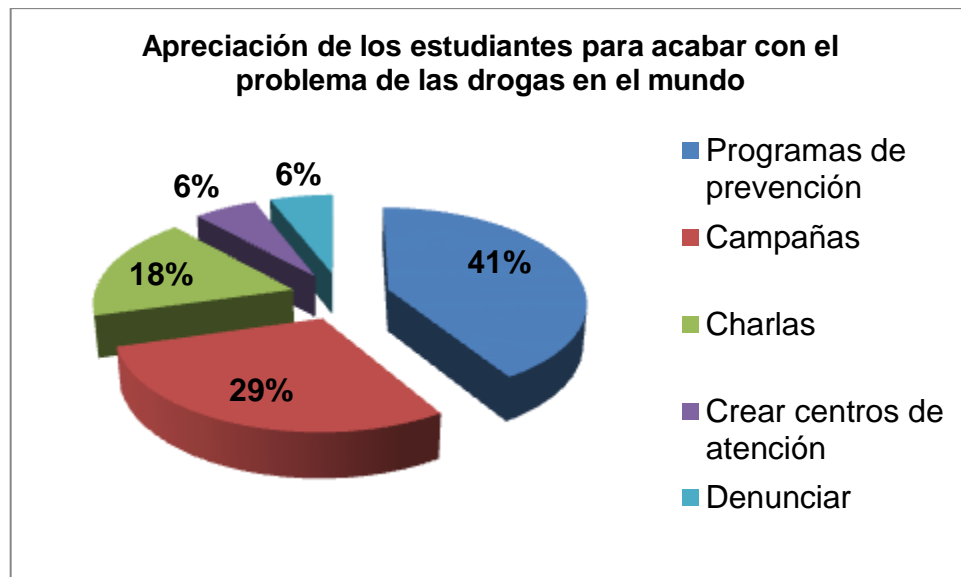


Las drogas consumidas a nivel de población estudiada es el alcohol con un 38,23%; marihuana y cocaína 5,88%; base de cocaína y cemento de contacto 2,94%, no consumen ningún tipo de droga 61,76%.

Cuadro Nro. 6: Apreciación de los estudiantes para acabar con el problema de las drogas en el mundo.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Programas de prevención	14	41%
Campañas	10	29%
Charlas	6	18%
Crear centros de atención	2	6%
Denunciar	2	6%
Total	34	100%

Fuente: Cuestionario dirigido a los estudiantes
 Investigador: Efraín Muñoz Silva



Los estudiantes un 41%, consideran que se deben realizar programas de prevención para acabar con el problema de las drogas.

Cuadro Nro. 7: Necesidad de un programa de prevención en el consumo de drogas.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	32	94%
No	2	6%
Total	34	100%

Fuente: Cuestionario dirigido a los estudiantes
Investigador: Efraín Muñoz Silva



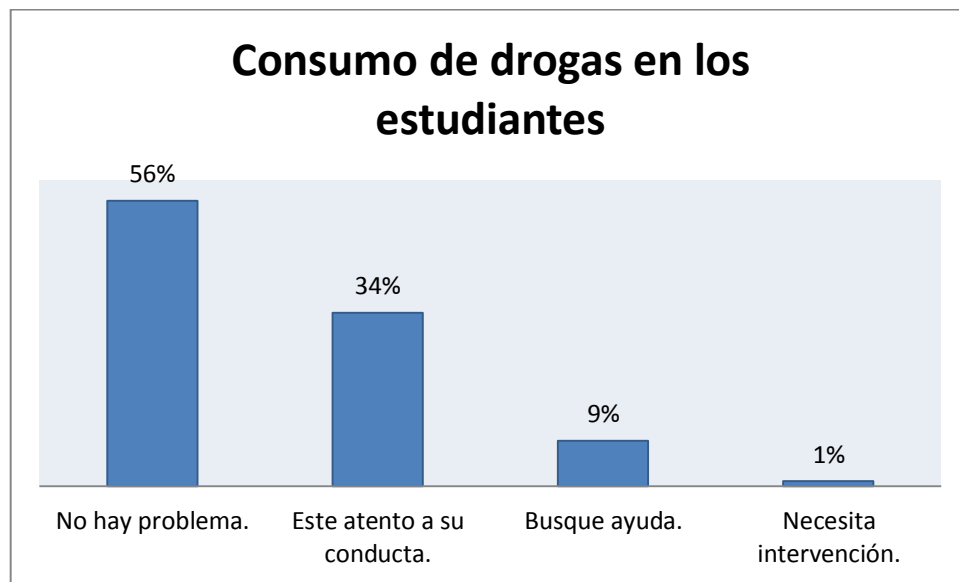
Los estudiantes en un 94% consideran que es necesario emprender un programa de prevención en el consumo de drogas en el colegio.

CUESTIONARIO DIRIGIDO A LOS PADRES DE FAMILIA

Cuadro Nro. 1: Consumo de drogas en los estudiantes.

Puntaje	Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
De 0 a 3 respuestas	No hay problema.	19	56 %
De 3 a 10 respuestas	Este atento a su conducta.	10	34 %
De 10 a 14 respuestas	Busque ayuda.	3	9 %
De 15 o mas	Necesita intervención.	2	1 %
TOTAL		34	100%

Fuente: Cuestionario dirigido a los padres de familia
Investigador: Efraín Muñoz Silva



En el cuestionario aplicado a los padres de familia, se determinó que el 56% de los estudiantes no presentan problemas con las drogas; mientras que al 34% se le sugiere estén atentos a la conducta de sus hijos, al 9% que busquen ayuda y finalmente un 2% necesitan intervención psicoterapéutica en el consumo de sustancias psicotrópicas.

g. DISCUSIÓN

En las consultas e indagaciones efectuadas, se pudo evidenciar que no existen programas de prevención de consumo de sustancias psicotrópicas a nivel de los adolescentes en los colegios de la ciudad de Loja; por lo que la presente investigación se constituye en un trabajo innovador.

A nivel nacional, se registra el programa de prevención, con el fin de prevenir conductas de riesgo en adolescentes y así evitar el uso de tabaco, alcohol y otras sustancias psicotrópicas en los países de la región andina, la Unión Europea, la Organización Panamericana de la Salud y la Comunidad Andina, quienes lanzaron el programa “Familias Fuertes: Amor y Límites”²⁵. La iniciativa se implementó a través de talleres en hogares con hijos entre 10 y 14 años, con el objetivo de que se logren revertir las malas tendencias de consumo en menores de edad, mejorar su rendimiento escolar y calidad de vida.

A nivel gubernamental se puso en marcha el Plan Nacional de Prevención Integral de Drogas 2012-2013, con el objetivo de fortalecer la institucionalidad del Estado, orientada a la problemática de las drogas, cuya evolución deberá reflejarse en alcanzar los objetivos inherentes a la disminución, el uso y consumo de drogas, a nivel de los adolescentes y la reducción de daños asociados con el consumo, al control preventivo de sustancias, a la prevención y a la represión de los delitos vinculados con la producción y tráfico de drogas y a la erradicación de la eventual introducción de cultivos de uso ilícito²⁶.

En España Marta Franco Fernández y Teresa Hernández López, en el 2010, desarrollaron un programa de prevención del consumo juvenil de cocaína, en el

²⁵ UE, OPS/OMS, CAN; programa “Familias Fuertes: Amor y Límites” 2011.

²⁶ Plan nacional de prevención integral de drogas 2012, CONSEP.

cual muestran un incremento en la población adolescente y joven, del consumo de esta droga, en donde el abordaje preventivo se constituye en un elemento indispensable de la estrategia global encaminada a evitar su consumo y a reducir el impacto sociosanitario asociado a él.

Estos estudios respaldan los resultados obtenidos en la presente investigación ya que se puede evidenciar el consumo de sustancias psicotrópicas en los adolescentes, en donde el 97% creen que los adolescentes a nivel general usan drogas, indicando que el alcohol, cemento de contacto, marihuana y cocaína son las de mayor preferencia; refiriendo que la consumen por problemas en la familia 29%, por presión de los amigos 26%, por curiosidad 21%, y por problemas en el colegio 3%; de la población estudiada el 38%, ya consumen alguna sustancia psicotrópica, siendo la de mayor prevalencia el alcohol, con un 38,23%, seguida de la marihuana y cocaína con un 5,88%; por lo cual manifiestan en un 96% que es necesario desarrollar un programa de prevención de consumo de sustancias psicotrópicas en los y las adolescentes del Colegio.

De igual manera los profesores en su totalidad coinciden que es necesario emprender un programa de prevención en el consumo de drogas en el colegio.

Los padres de familia, en un 56% manifiestan que sus hijos no presentan problemas con el consumo de sustancias, al 34% se les sugiere que estén atentos a la conducta, al 9% que busquen ayuda y al 2% que necesitan intervención.

Los resultados confirma que el consumo de sustancias psicotrópicas avanza aceleradamente, de ahí la necesidad sentida de desarrollar un programa de prevención a nivel de los adolescentes, en la perspectiva de brindarles una orientación adecuada que les permita tener mejores oportunidades en la vida.

h. CONCLUSIONES

- El diagnóstico situacional determinó que la población estudiada considera que la mayor parte de los adolescentes a nivel general consumen drogas, siendo las de mayor preferencia el alcohol, seguido del cemento de contacto, marihuana y cocaína, refiriendo que la consumen por problemas en la familia, por presión de los amigos, por curiosidad y por problemas en el colegio.
- En el Colegio Experimental Universitario Manuel Cabrera Lozano, extensión Motupe, existen estudiantes que consumen sustancias psicotrópicas, además hay adolescentes que se encuentran en riesgo y que pueden caer en la adicción a las drogas.
- El consumo de sustancias psicotrópicas en los adolescentes se lo debe abordar de manera integral, en donde la fundamentación teórica se relacione con las experiencias vivenciales con la finalidad de tener clara la conceptualización, de esta problemática, en función de que los estudiantes conozcan de manera real las causas y sobre todo los efectos de las drogas en los seres humanos.
- De acuerdo al diagnóstico situacional es necesario diseñar un programa de prevención en el consumo de sustancias psicotrópicas, que aleje a los adolescentes de las drogas, brindándoles mejores oportunidades en la vida.

i. RECOMENDACIONES

- Generar un debate permanente, profundo, serio y ante todo real sobre la problemática del consumo de sustancias psicotrópicas a nivel de adolescentes en el que estén involucrados estudiantes, autoridades educativas, líderes comunitarios, padres de familia, medios de comunicación y más personas involucradas en esta temática social en la perspectiva de concienciar a la ciudadanía sobre los peligros de las drogas en la comunidad.

- En el Colegio Experimental Universitario Manuel Cabrera Lozano, extensión Motupe, se debe ampliar los espacios de esparcimiento que involucre a toda la trilogía educativa: estudiantes, maestros y padres de familia, con la finalidad de que se puedan fortalecer los vínculos de convivencia y estrechar las relaciones en función de mejorar la comunicación como herramienta fundamental para solucionar los conflictos que se presentan.

- Socializar, empoderar y aplicar el programa de prevención en el consumo de sustancias psicotrópicas, en los y las adolescentes del Colegio Experimental Universitario Manuel Cabrera Lozano, extensión Motupe, en la perspectiva de tener una calidad de vida adecuada.

h. BIBLIOGRAFÍA

- Ana Muñoz, Drogas alucinógenas, enero 2013.
- Barlow. Duran (2005), Psicopatología.
- Belloch, A., Sandin B. (1995). Manual de Psicopatología, Volumen I. Madrid, Ed. Mc Graw Hill.
- Billy Ali Quispe, causas y consecuencias del alcohol en los jóvenes, Revista palabra latina, marzo 2011.
- CIE 10 y DSM IV TR
- David Zieve, Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU, Abstinencia alcohólica, marzo 2011.
- Donas Burak, Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia, 2001
- Donas, enfoque de riesgo en la adolescencia, 1998.
- G.Rubio y J. Marín. Tratamiento del deterioro cognitivo asociado al uso de drogas
- Kathleen M. Carroll. Tratamientos combinados para dependencia de sustancias.
- Khantzian , Aspectos psicológicos y psiquiátricos del *adolescente* toxicómano
- Macia, D. (2000). Las drogas: Conocer y educar para prevenir, Madrid, Ed Pirámide
- María Fe Bravo Ortiz. Psico farmacología para psicólogos.
- Masson S.A. Introducción a la psico patología y la psiquiatría
- *McAlister, promoción de estilos de vida saludables*
- Michael *Rutter*, Resiliencia en la adolescencia, 2005.
- Nathan, P.; Harris, S. (1983). Psicopatología y Sociedad. México, Ed. Trillas
- *osowiki.wikispaces.com/drogas/legaleseilegales*

- Pérez y Mejía, dimensión personal en riesgo del adolescente 1998.
- Pérez y Mejía, influencia de los pares en la adolescencia.
- *quimicadelasdrogas.blogspot.es*
- Recio, JL. El papel de la familia, los compañeros y la escuela en el abuso adolescente de drogas. Madrid: Cruz Roja Española. 1991.
- Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández - Collado, Pilar Baptista Lucio. Metodología de la investigación, 4 ediciones, 2006.
- Rodríguez, J. Psicopatología del niño y del adolescente. Sevilla: Universidad de Sevilla. 1995
- Rojas, AM. Factores de riesgo y protectores en el abuso de drogas ilegales en adolescentes jóvenes de Lima Metropolitana. Lima: CEDRO. 1999.
- Rubio y S.D. Rosenberg. Evaluación del uso de drogas
- Smith et al, Factores protectores en los adolescentes 1998
- Suárez y Krauskopf, Factores de riesgo en la adolescencia, 1995
- Tercera encuesta nacional sobre consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media. CONSEP, Observatorio Nacional de Drogas, CICAD - OEA y ONUDD, 2008. pag. 47, 76, 77, ,79, 80, 81, 88.
- Victoria Toro, guía sobre la adolescencia, marzo 2012
- Villanueva, MR. Factores psicológicos asociados a la iniciación y habituación. En: R. Castro de la Mata y F. León (Eds.). Pasta Básica de Cocaína. Un Estudio Multidisciplinario, pp.167-209. Lima: CEDRO. 1989.
- *www.aciprensa.com/drogas/index.html*
- *www.aciprensa.com/recursos/defensa de la vida/drogas*
- *www.foro3k.com/foro/tiempolibre/salud*
- *www.las-drogas.com/heroína*
- *www.madrid.org/cs/prevenióndeadicciones*

**PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS
PSICOTRÓPICAS EN LOS Y LAS ADOLESCENTES DEL COLEGIO
EXPERIMENTAL UNIVERSITARIO MANUEL CABRERA LOZANO
EXTENSIÓN MOTUPE**

...la solución de la adicciones, depende de todos nosotros...

PRESENTACIÓN

Una problemática agobiante que la sociedad enfrente hoy en día es el consumo de sustancias psicotropas, hecho real que genera múltiples consecuencias y que incide principalmente en los adolescentes, de ahí la importancia de diseñar un programa de prevención en el consumo de sustancias psicotrópicas en los y las adolescentes del Colegio Experimental Universitario Manuel Cabrera Lozano extensión Motupe y que el mismo sirva como proyecto piloto en la posibilidad de que sea socializado y lo puedan utilizar a nivel de los estudiantes en la Ciudad de Loja, en el precepto de reducir el consumo de drogas en los y las adolescentes.

Los programas de prevención deberán mejorar los factores de prevención y revertir o reducir los factores de riesgo, que pueden predisponer a los adolescentes hacia la dependencia de sustancias psicotrópicas.

REFERENTES TEÓRICOS

Factores causales de la adicción

Factor individual o psicológico:

Baja autoestima (pensamientos negativos, sentimientos de incapacidad e inferioridad, desvaloración)

Bajas aspiraciones (inexistencia de un plan de vida)

Experiencias negativas (abuso físico, abuso sexual, abuso laboral, negligencia médica, defraudación amorosa, defraudación afectiva, defraudación académica, pérdida de un familiar)

Patrones comportamentales, reacciones inadecuados frentes a los diferentes estímulos.

Factor familiar

Muchos padres responsabilizan a "las malas compañías" de conducir a sus hijos por el camino de las drogas, pero la realidad es que la familia, puede propiciar en el niño o el joven, el uso de drogas por varias razones:

- Ausencia física de los padres u otros miembros de la familia.
- Falta de apoyo emocional.
- No establecer normas y límites.
- No construir auténticas relaciones de afecto y limitarse a dar alimento, objetos y dinero.
- Sobreproteger a los hijos, ignorar sus capacidades y no permitir su independencia.
- Exceso de autoridad, que se manifiesta en frecuentes maltratos y castigos.
- Permanente clima de discusión, tensión e incomunicación.
- Despreocupación total por satisfacer las necesidades básicas de alimento, vestido, educación, recreación y afecto, creyendo que cuanto más trabajo pasen nuestros hijos, más aprenderán.
- Poseer antecedentes familiares de consumo de drogas.
- Predicar conductas que no se practican.
- Familia disfuncional (separaciones, divorcios, familias reconstruidas, migración)
- Violencia intrafamiliar

- Conducta adictiva y delictiva entre familiares (falla en generatividad y en el compromiso de los familiares).
- Falta de recompensa por una conducta sana (lesiva a la identidad)
- Indiferencia afectiva

Factor escolar

Mala conducta y bajo aprovechamiento académico (acción lesiva a la autoestima).

Falta de interés mutuo (orientación vocacional y/o profesional = desorientación y desmotivación por lo que se estudia, se llega al grado de abandonar metas y planes).

Factor social o comunitario

Falta en el compromiso por parte de las autoridades.

Falta de compromiso ciudadano.

Desempleo

Amigos envueltos en conductas delictivas

Adquisición de prestigio por asociación con delincuentes (identidad negativa)

Efectos causales de la adicción

Cuando se comienza la adicción a las drogas, la persona ya no es capaz de mantener relaciones estables y puede destruir las relaciones familiares y las amicales. Le puede provocar que la persona deje de participar en el mundo, abandonando metas y su vida gira en torno a adicción a las drogas destruyendo lo que lo rodea. También se ven afectadas las personas que rodean al adicto, especialmente las de su entorno más cercano.

A nivel cognitivo

- Las drogas matan las células cerebrales (neuronas)

- Lentitud de reflejos y menor coordinación motora.
- Alteraciones en la percepción: alucinaciones visuales, auditivas y táctiles, delirios persecutorios.
- Pérdida de la memoria, atención, concentración y cálculo
- Incapacidad de reflexión para tomar decisiones.
- Pérdida de orientación del tiempo, espacio y persona

A nivel de salud

- Envejecimiento prematuro de la persona
- Riesgo de Paro Cardíaco por que las drogas hacen que el nivel de los triglicéridos y colesterol aumenten al igual que la presión sanguínea y el ritmo cardíaco se hace irregular.
- Se inhibe la producción de glóbulos rojos y blancos, suprimiéndose el sistema inmunitario, haciéndonos más propensos a las infecciones, en particular la neumonía.
- Problemas en el hígado (cirrosis, hepatitis) y estómago (úlceras), osteoporosis y cáncer de aparato respiratorio y digestivo
- Tienen efectos dañinos sobre el feto en desarrollo, incluyendo bajo peso al nacer. Pudiéndose producir Síndrome Alcohólico Fetal, que ocasiona daño cerebral y retardo mental.

A nivel sexual

- EN LAS MUJERES: Aumenta o disminuye los niveles de la hormona femenina (Estrógenos) lo que produce menstruaciones irregulares o amenorrea (ausencia del periodo menstrual), no hay ovulación y con ello se produce la infertilidad, además acelera la menopausia.
- EN LOS HOMBRES: reduce los niveles de la hormona testosterona y esperma factores que contribuyen a la reducción de la libido (Deseo Sexual), impotencia e infertilidad.

A nivel laboral:

- Incumplimiento de objetivos y retrasos en la finalización de trabajos y reducción del rendimiento laboral.
- Ausencias recurrentes.
- Lentitud, torpeza y escasa eficiencia.
- Accidentes, o muerte.
- Pérdida del Trabajo.

A nivel personal y/o psicológico:

- Escasa tolerancia a la frustración.
- Conductas pasivas en situaciones críticas.
- Sentimientos de inferioridad.
- Idealismo excesivo, egocentrismo.
- Cambios bruscos de humor.
- Sentimientos de culpabilidad.
- Ansiedad.
- Depresión
- Intento de suicidio
- Insomnio
- Alucinaciones visuales, auditivas, cutáneas y/o olfativas
- Ideas delirantes o paranoides (sensación de ser perseguido)
- Euforia
- Trastornos del comportamiento, expresando:

a) Conductas antisociales, no respetan los derechos de los demás, la falta de responsabilidad, la conducta transgresora, la violación de los derechos de los demás como por ejemplo, robar o, la agresión física. Estas conductas son a menudo concomitantes; no obstante, también es posible que se

presente sólo una o varias de ellas en forma aislada, es decir, sin las demás.

b) Conducta agresiva, provoca o amenaza con algún daño físico a otras personas y puede incluir lo siguiente:

- conducta intimidante
- amedrentamiento
- peleas físicas
- crueldad con los demás o con los animales
- uso de armas
- someter a otra persona a la relación sexual, violación o abuso deshonesto.

c) Conducta destructiva, La conducta destructiva puede incluir:

- vandalismo, destrucción intencional de la propiedad
- incendios intencionales

d) Engaño, pueden incluir lo siguiente:

- mentiras
- robos
- hurtos en tiendas
- delincuencia

e) Transgresión de reglas, pueden incluir lo siguiente:

- ausencia injustificada a la escuela
- escaparse
- bromas pesadas
- travesuras
- inicio precoz de la actividad sexual

A nivel social:

- Envueltos en agresiones y desorden público.
- Destrucción de las relaciones íntimas y pérdida de las amistades.
- Abandono de metas y planes, dejar de crecer como persona y no intentar resolver constructivamente los problemas.

A nivel familiar

Privar a la familia de satisfacciones vitales como afecto, alimentación y vestimenta.

Consecuencias económicas.- El drogase resulta caro, llevando al adicto a destinar todos sus recursos para mantener el consumo, incluso a sustraer los bienes de su familia, amigos y comunidad.

POR LO MISMO DEBEMOS PREVENIR:

Prevención es una actitud mental e idea positiva que requiere de tiempo y dedicación, es robustecer aspectos positivos del ser humano, fomentando un ambiente adecuado para su desarrollo.

La mejor forma de realizar prevención es mediante la educación integral y ofreciendo alternativas que brinden oportunidades que permitan hacer cambios positivos en la vida.

La prevención debe orientarse a la satisfacción de necesidades, a través de actividades: recreativas, creativas, formativas y productivas que permitan fomentar la seguridad, confianza y autoestima.

Por lo cual debemos:

- Identificar las condiciones bajo las cuales haya más probabilidad de que comience el abuso de drogas.
- Apoyar el esfuerzo continuo de comunicación entre padres, niños del mismo grupo, la comunidad y centros educativos.
- Crear alternativas que ayuden a satisfacer las necesidades de las personas.
- Comprometerse a ayudar permanentemente porque no basta asistir a una conferencia de vez en cuando.
- Para ayudar a prevenir el abuso de las drogas hay que animar el desarrollo de las cualidades positivas, esto es: ayudar a gente joven a desarrollar actitudes, valores y comportamiento que conduzcan a la fortaleza interna, la satisfacción y el alcance de metas. Entre las cualidades importantes se encuentran:

El amor propio, los que se estiman a sí mismos y creen en sus propias habilidades tienen menos riesgo de abusar de las drogas.

El asistir a los centros educativos con confianza, el frecuentar cursos pueden ser una experiencia placentera. Hay que animar a los estudiantes a que desarrollen hábitos de estudio que lleven al éxito en las aulas y a tener confianza en ellos mismos.

Responsabilidad, los que acostumbran a tomar decisiones desarrollan un mayor sentido de responsabilidad y aprender a tomar decisiones prudentes.

Aspiraciones, los que quieren alcanzar el éxito con frecuencia rechazan las drogas porque se dan cuenta que ellas pueden interponerse a sus metas.

Autonomía, cuando las personas aprenden a entretenerse ellas solas y a satisfacer su propia curiosidad, quedan mejor preparadas para actuar independientemente.

Sociabilidad, puede ayudar a las personas a hacer amistades y a mantenerlas. Los que experimentan la aprobación social corren menos riesgo de abusar de las drogas para ganarse la aprobación de sus iguales.

Optimismo, las personas alegres, que se interesan en la vida y que esperan las cosas buenas que la vida trae, pueden corren menos riesgo de abusar de las drogas.

Asiduidad, el establecer metas razonables y el esforzarse por alcanzarlas puede dar satisfacción personal y evitar el aburrimiento.

No hay una fórmula mágica para derrotar el auge de las drogas en nuestro país y en el mundo. La prevención es la medida más efectiva que podemos tomar como padres y personas responsables. Esta prevención exige un trabajo duro y constante que permita desarrollar en nuestros hijos y representados sus capacidades y destrezas para defenderse de las drogas. Para lograrlo, debemos seguir pasos muy concretos.

- Sembrar en nuestra familia los valores de responsabilidad, disciplina, solidaridad y compromiso social.
- Respetar al joven y al niño como individuos capaces de opinar, decidir y participar en la vida familiar y escolar.
- Orientar al joven y al niño sobre el uso de su tiempo libre.
- Educar al joven y al niño para que se estimen y se respeten a sí mismos.
- Enseñar con el ejemplo propio.
- Conversar frecuentemente sobre este tema.
- Hablar sobre los mensajes que transmiten los medios de comunicación.
- Compartir actividades para estrechar los lazos familiares.
- Relacionarse con los amigos de los hijos para conocer sus intereses y los lugares que frecuentan.

- Comunicarse adecuadamente para discutir las dificultades que puedan surgir en su entorno.
- Asumir posiciones claras y firmes al hablar de las drogas.
- Fortalecimiento de lazos afectivos
- Fortalecimiento de la autoestima
- Compartir actividades con la familia
- Buscar nuevos grupos y formas de diversión.
- Autonomía.- capacidad de valerse por sí mismo y de tener un alto grado de autocontrol

...la sobriedad es una condición para llevar una vida sana, pero una vida sana es requisito para la sobriedad....

PROPOSITO

Disminuir el consumo de sustancias psicotrópicas en los y las adolescentes del Colegio Experimental Universitario Manuel Cabrera Lozano extensión Motupe, mediante el programa de prevención.

METODOLOGÍA

La metodología que se utilizará hace referencia a la aplicación de métodos y técnicas didácticas de enseñanza (método inductivo – deductivo, método investigativo, técnicas expositiva, video foros, entrevistas, paneles, mesas redondas, talleres, entre otros), relacionadas con las temáticas de la adicción.

Por lo cual se seleccionara los líderes a nivel de los adolescentes en estudio y de la comunidad (profesores, padres de familia, moradores del barrio, policía, medios de comunicación) en la que se encuentran inmersos, que tengan el interés en la prevención del consumo de drogas, posterior a esto se desarrollara

un taller que permitirá capacitar a los líderes con la finalidad de que se conviertan en agentes multiplicadores en el programa de prevención de consumo de drogas y finalmente se evaluara el impacto del programa de prevención del consumo de sustancias psicotrópicas a nivel de los y las adolescentes, con la finalidad de mejorarlo y mantenerlo de manera permanente.

ACTIVIDADES.

1. Seleccionar a los líderes mediante reuniones, asambleas, visitas domiciliarias, en la cual se les explicara sobre el alcance del programa de prevención y se los motivara para que sean coparticipes del mismo.

2. Se capacitara y sensibilizara a los agentes multiplicadores promoviendo en ellos una cultura de prevención frente al consumo de sustancias psicoactivas múltiples en la Comunidad, ya que estos agentes se convertirán en los promotores de prevención frente a las drogas.

3. Se convocara a diferentes asambleas en la perspectiva de poder evaluar el alcance del programa, considerando al número de adolescentes que ha llegado.

“Taller para agentes multiplicadores de la prevención del consumo de sustancias psicotrópicas”.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	METODOLOGIA
Presentación de animación “El pueblo manda”	Dinamizar al grupo y provocar movimientos y competencias entre los y las participantes.	Todos/as los/as participantes son invitados a sentarse en círculos. El/la facilitador/a explica que realizarán un juego bajo la consigna “El pueblo manda”. Así por ejemplo, si el/la facilitador/a dice: “El pueblo manda que todos se pongan de pie”, todos/as los/as participantes se ponen de pie. El/la que no lo haga o se equivoque sale del juego. Si el/la

		facilitadora no usa la frase el pueblo manda y solo dice: "que se pongan de pie", esa orden no debe ser acatada pues se arriesga a salir del juego. Para agilizar el juego es importante repetir varias veces las órdenes correctas en forma rápida y a continuación una falsa, de esa forma la última orden hace perder a los que estaban respondiendo automáticamente a las consignas anteriores.
Informe de los resultados obtenidos en la investigación.	Exponer y dar a conocer los resultados obtenidos producto de la investigación realizada.	Mediante la técnica de la exposición se impartirá la información recolectada con los respectivos datos estadísticos y el impacto del problema social en los y las adolescentes.
Actividad de retroalimentación "Foro Debate"	Motivar a los y las participantes a intercambiar conocimientos y abrir campo al debate sobre las drogas.	Se enumerarán del 1 al 2 para formar dos grupos. Una parte estará a favor de las drogas y otra parte estará en contra las drogas. Ambos grupos presentarán sus opiniones acerca del tema y defenderán su posición.
Actividad de retroalimentación "Lluvia de ideas"	Identificar los conocimientos previos a la exposición acerca del tema	El/la facilitador/a les preguntará a los/as participantes los tipos de drogas que conocen y cuáles son sus efectos. Se anotarán las respuestas en papelógrafo.
Exposición Teórica.	Se expondrán los siguientes temas: Drogas, adicciones, tipos de drogas, causas y efectos en las personas.	Las facilitadoras expondrán la definición de los diferentes temas mediante una presentación en Power Point, y la compararán con las definiciones que anteriormente dieron los/as participantes.
Preguntas y respuestas.	Garantizar que los y las participantes hayan asimilado el contenido.	Se forman en un gran círculo para que pasen un marcador mientras la/el facilitador/a realiza palmadas. Cuando se deje de aplaudir, la persona que se haya quedado con el marcador responderá una pregunta. Las preguntas serán las siguientes: -¿Qué son las drogas? -¿Cuáles son los tipos de drogas que hay? -¿Cómo influyen las drogas en la salud sexual? -¿Qué son las adicciones? -¿Cuáles son las consecuencias de las drogas?
Exposición teórica.	-Dar a conocer los efectos de cada droga.	Se expondrán los siguientes temas: -Alcohol -Influencia del alcohol en la salud -Nicotina, Marihuana, Cocaína, Crack, éxtasis.

El correo	Estimular a las personas a que opinen acerca de las medidas que se deben tomar para no consumir drogas.	El facilitador entrega a cada participante una hoja mediana de papel. Los y las participantes escribirán sus inquietudes y opiniones acerca de cómo confrontar las presiones del grupo para no consumir drogas. Una vez escritos los mensajes o preguntas cada quien lo va depositando en una bolsa de plástico que el facilitador pasará por sus lugares. El facilitador invita intercambiar papeles y que los lean en voz alta.
Exposición teórica	Brindar información sobre las presiones de los grupos para consumir drogas.	Se continúa la exposición sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Influencias y presión del grupo
Evaluación del taller.	Conocer el nivel de comprensión obtenido por los participantes en el taller.	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué aprendí del taller? - ¿Cómo lo voy a aplicar en mi vida? Sugerencia o recomendaciones a los facilitadores Multiplicar el taller.

ESTABLECIMIENTO DE COALICIONES Y COMPROMISOS

Una vez que se ha capacitado a los agentes multiplicadores, ellos serán quienes transmitan los conocimientos y experiencias obtenidas, frente a los estudiantes y padres de familia de dicha comunidad, por tanto; se ha establecido una alianza de trabajo y reproducción de conocimientos en el área de la drogodependencia como un fenómeno social que afecta a todo el conglomerado humano, que conjuntamente con otros problemas como la migración constituyen un panorama y contexto que influye directa e indirectamente en la conducta de los habitantes del sector.

CONFORMACION DE EQUIPOS DE TRABAJO.- el equipo de trabajo corresponsable en estas actividades, estará conformado por el departamento de Orientación Vocacional y Bienestar Estudiantil, además de los profesores que deseen involucrarse en este proceso, a más de los líderes estudiantiles y/o de la comunidad.

ANEXOS

INSTRUMENTOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA ÁREA DE LA SALUD HUMANA MAESTRÍA EN SALUD MENTAL

CUESTIONARIO DIRIGIDO A LOS PROFESORES

Estimado Docente, le solicito contestar las siguientes interrogantes, la información recabada es confidencial, anónima y será utilizada con fines investigativos en la perspectiva de elaborar un programa de prevención en el consumo de sustancias psicótropas.

1. Los estudiantes comienzan a dejar de hacer las cosas que hacían habitualmente.
SI NO
En qué frecuencia_____
2. Los estudiantes se duermen en clase.
SI NO
En qué frecuencia_____
3. Los estudiantes están mareados, somnolientos y suelen tener la marcha inestable.
SI NO
En qué frecuencia_____
4. Los estudiantes presentan charlan desmedidamente o están irritables sin causa.
SI NO
En qué frecuencia_____
5. Los estudiantes descuidan su aseo y presentación personal.
SI NO
En qué frecuencia_____

6. Se presentan episodios de violencia o de agresiones entre los estudiantes.
SI NO
En qué frecuencia_____
7. Los estudiantes presentan cambios en lo social: se van de su grupo a otro.
SI NO
En qué frecuencia_____
8. Considera usted que existen estudiantes que consumen drogas
SI NO
En qué frecuencia_____
9. Cree Ud. que es necesario emprender un programa de prevención en el consumo de drogas en el colegio.
Si () No ()

Por que_____

GRACIAS

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
MAESTRÍA EN SALUD MENTAL**

CUESTIONARIO DIRIGIDO A LOS ESTUDIANTES

Estimado estudiante, le solicito contestar las siguientes interrogantes, con absoluta sinceridad, la información recabada es confidencial, anónima y será utilizada con fines investigativos.

Sexo.....

Edad.....

1. Los adolescentes consumen drogas
Si () No ()

Por que _____

2. Qué tipo de drogas piensas que consumen los adolescentes

- Marihuana ()
- Cocaína ()
- Base de cocaína ()
- Alcohol ()
- Cemento de contacto ()
- Heroína ()
- Ninguna ()

Otras _____

3. Por qué crees que los adolescentes usan drogas

- Por curiosidad ()
- Por los amigos ()
- Por problemas en la familia ()
- Por problemas en el colegio ()

Otros _____

4. Has consumido algún tipo de droga en alguna ocasión
Si () No ()

5. Qué tipo de droga has consumido

- Marihuana ()
- Cocaína ()
- Base de cocaína ()
- Alcohol ()
- Cemento de contacto ()
- Heroína ()
- Ninguna

Otras _____

6. Que harías para acabar con el problema de las drogas en el mundo?

7. Crees que es necesario emprender un programa de prevención de consumo de drogas en tu colegio.

Si () No ()

Por que _____

GRACIAS

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
MAESTRÍA EN SALUD MENTAL**

CUESTIONARIO DIRIGIDO A LOS PADRES DE FAMILIA

Estimados padre de familia, le solicito contestar las siguientes interrogantes, la información recabada es confidencial, anónima y será utilizada con fines investigativos, en la perspectiva de elaborar un programa de prevención en el consumo de drogas.

#	INTERROGANTE	SI	NO
1	¿Parece retraído, deprimido, cansado y descuidado en su aspecto personal?		
2	¿Lo nota hostil y falta de cooperación?		
3	¿Se han deteriorado sus relaciones con miembros de su familia?		
4	¿Ha dejado a sus antiguos amigos?		
5	¿No le va bien en la escuela? ¿Ha empeorado las notas o su asistencia es irregular?		
6	¿Ha perdido interés por los pasatiempos, los deportes u otras actividades?		
7	¿Ha cambiado sus hábitos de comer o de dormir?		
8	¿Usa desodorantes o perfumes para tapar algún olor?		
9	¿Tiene actitudes beligerantes ante sus preguntas o reclamos?		
10	¿Tiene las pupilas dilatadas? ¿Tiene los ojos colorados?		
11	¿Tiene conversaciones telefónicas o encuentros con desconocidos?		
12	¿En su casa faltan objetos de valor? ¿Tiene una necesidad creciente de dinero?		
13	¿Está más pálido de lo habitual? ¿Se dejó el pelo descuidado?		
14	¿Encuentra Ud. cajitas de fósforos agujereadas en el centro o cualquier otro artefacto (biromes o tubitos) que sirvan para fumar la colilla de un cigarrillo sin filtro hasta el final?		
15	¿Tiene papel para armar cigarrillos?		
16	¿Usa colirios?		
17	¿Tiene manchas de cigarrillos en los dedos?		
18	¿Tiene feo olor, incluso en la vestimenta y en las sábanas?		
19	¿Tiene elementos que permitan picar la droga como hojas de afeitador o tarjetas duras?		
20	¿Tiene elementos que permitan aspirar la droga como bolígrafos sin tapas ni tanque, tubitos, pajitas o billetes enrollados?		

21	¿La nariz le sangra o gotea a menudo?		
22	¿Tiene dificultad para hablar?		
23	Tiene marcas de pinchazos en brazos o piernas?		

De 0 a 3 respuestas positivas: No hay problema a la vista.

De 3 a 10 respuestas positivas: Alerta, esté atento a su conducta y controle sus pertenencias.

De 10 a 14: Consulte con un centro especializado. Es probable que necesite ayuda.

15 o más: Seguramente tiene un problema con las drogas y necesita un tratamiento.

FOTOS

