República Dominicana

Universidad Nacional Pedro Henriquez Ureña

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela de Medicina

Hospital Juan Pablo Pina

Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria

CONOCIMIENTOS SOBRE DROGAS ILEGALES QUE TIENEN LOS ADOLESCENTES DEL POLITÉCNICO CAMBITA GARABITO, SAN CRISTÓBAL, PERÍODO ESCOLAR 2018

Tesis de Postgrado para Optar por el Título de Especialista en:

MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Sustentante

DRA. BERNARDINA ACEVEDO ALVAREZ

Asesores

Dra. Claridania Rodríguez

Dr. Ervin David Jiménez

Dra. Concepción Aurora Sierra

Distrito Nacional: 2018

Los conceptos emitidos en la presente tesis de postgrado son de la exclusiva responsabilidad de la sustentante de la misma.

CONOCIMIENTOS SOBRE DROGAS ILEGALES QUE TIENEN LOS ADOLESCENTES DEL POLITÉCNICO CAMBITA GARABITO, SAN CRISTÓBAL, PERÍODO ESCOLAR 2018

INDICE

AGRADECIMIENTOS

DEDICATORIAS

RESUMEN

ABSTRACT

CAPÍTULO I 1

1.1.- Antecedentes 2

1.1.2.- Justificación 4

1.2.- Planteamiento del Problema 5

1.3.- OBJETIVOS 6

1.3.1 Objetivo General 6

1.3.2 Objetivos Específicos 6

CAPITULO 2 7

2.1. Conceptos del conocimiento 7

2.2. Historia del conocimiento 7

2.3.- Adolescencia. 10

2.4. Drogas 12

2.4.1. Antecedentes históricos sobre el uso de drogas 12

2.4.2. Epidemiología 13

2.4.3. Clasificación de las drogas según sus efectos 15

2.4.4. Efectos en el consumidor 16

2.4.5 Potencial de dependencia 19

2.4.6. Efectos que producen las drogas en el cerebro 20

2.4.7. Factores de riesgo por el consumo de drogas en adolescentes 21

2.4.8. Complicaciones por el consumo de drogas en adolescentes 24

2.4.9. Tratamiento 27

2.4.10. Enfoques con base científica para los tratamientos de la drogadicción 31

2.4.11. Prevención de Drogodependencias 39

2.4.12. Programas de Prevención 41

2.4.13. Ámbitos de prevención 45

CAPITULO 3 49

3.3. DISEÑO METODOLÓGICO 51

3.3.1 Tipo de estudio 51

3.3.2 Demarcación Geográfica 51

3.3.3 Tiempo de realización 51

3.3.4 Población.....51
3.3.5 Muestra 51
3.3.6 Criterios de Inclusión.....51
3.3.7 Criterios de exclusión 51
3.3.8 Método de Técnica y Procedimiento 51
3.3.9 Procesamiento y análisis de la información.....52
3.3.10 Aspectos éticos.....52
CAPÍTULO IV..... 53
4.1.- PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS 53
4.2.- DISCUSIÓN..... 62
4.3.- CONCLUSIÓN 64
4.4.- RECOMENDACIONES 65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 66
ANEXOS 70

AGRADECIMIENTO

A Dios

Gracias padre por permitirme ser quien soy, por estar siempre con migo aunque yo no te lo pida, por estar siempre en esas largas noches de servicio, por permitirme realizar este nuevo proyecto, siempre recordare aquella petición que te hice hace muchos años cuando te dije: permíteme llegar a realizar este sueño. Siempre y cuando sea para hacer un buen trabajo con amor y sencillez; sin embargo no solo me ayudaste sino también me acompaña siempre, por favor nunca me dejes sola, quédate con migo y continua ayudándome a crecer como ser humano así también como profesionalmente.

Amen, Gracias Dios.

A la Universidad UNPHU.

Gracias por permitirme ingresar al recinto, donde no solo he realizado este sueño de ser **Especialista en Medicina Familiar**. Sino también donde he crecido y madurando como ser humano.

Gracias

Al Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina San Cristóbal.

Gracias por brindarme la oportunidad de ingresar este centro hospitalario donde pude poner al servicio todos mis conocimientos, ayudándome a seguir creciendo profesionalmente.

Gracias

A los Profesores

Gracias de todo corazón por brindarme el pan de la enseñanza, gracias por el interés incondicional en mi aprendizaje y por haber creído en mí.

Gracias

Dr. Ervin David Jiménez

Gracias por ser mi profesor y mi asesor en este proyecto, sus consejos y sugerencias me permitieron cumplir con este trabajo, haciéndome cada vez una mejor persona, usted tiene una capacidad de trabajo y entrega.

Gracias

Dra. Concepción A. Sierra

Gracias por su ayuda y desinteresada colaboración.

Dra. Iris Paula

Gracias por su enseñanza y su entrega.

Dra. Margarita Celda

Gracias por ser la madre de esta residencia, por su ayuda, colaboración, por sus regaños por sus consejos, y por sus cuidados como la gallina cuida a sus polluelos, cada día le doy gracias a Dios por el tiempo que permitió que usted compartiera con nosotros.

Gracias Dra. Celda.

A mis compañeros de promoción Jenny M. de Oleo Báez, Lorenza Beltre Díaz, Ángela Lugo Rosario, Ailin Marinez Pérez, Miguel Ángel Pineda.

Gracias por ser mis amigos, compañeros y hermanos, por apoyarme y sentirme querida en esta residencia porque cada vez que quería flaquear ustedes me levantaban el ánimo, aunque cada uno con personalidades diferentes pero pudimos sobrevivir y llevar este proyecto a feliz término, cada día le pido a Dios, que les fortalezca para enfrentar las adversidades que se presenten y que puedan alcanzar la felicidad.

Nuestra amistad perdurara por siempre a pesar de la distancia y los complicado de nuestro diario vivir; **siempre juntos grupo sopita**.

Los quiero, Gracias.

Al Politécnico Cambita Garabitos

Gracias por permitirme realizar estas investigaciones en su prestigioso centro de estudios, donde no solo aprendí nuevas cosas, sino también a compartir con esos jóvenes, alumnos y profesores de gran valor y formación.

Gracias.

Participante del estudio.

Gracias por colaborar con este proyecto que será beneficioso tanto para mí como para las demás generaciones.

Gracias

Ing. Santo De la Rosa

Gracias por su cooperación incondicional y hacer suya esta investigación a pesar del cansancio de un día largo de trabajo, invirtiendo tiempo para que hoy fuera esta una realidad.

Gracias.

Marleny Romero

Gracias por regalarme cada uno de esos momentos que compartimos hasta el día de hoy, ha sido una bendición de Dios en mi vida por ser sencilla, amable y sobre todo sincera, sabes que pertenece a mi mundo. Gracias por ser mi hermana.

Te quiero.

A mis Compañeras de Residencia.

A ustedes que compartieron conmigo estos 4 años de trasnoches de servicios ,las clases, risas, lágrimas y una que otra humillaciones, pero más que todo aquellos que compartieron conmigo algo que nos apasiona por dentro y por fuera, eso que nos hace ser cada vez mejor.

Gracias.

A todos

Agradezco a todos los que de un modo u otro han puesto su granito de arena para que yo pudiera crecer en base a su comprensión y amor sin ellos mi vida no sería lo que hoy es.

Gracias.

DEDICATORIA

A Dios

Por permitirme ser alguien en la vida, por no faltarme nunca, por acompañándome en este proyecto; por estar en los peores momentos, por decir sigue no desmaye, que yo estoy contigo y porque sé que seguirá conmigo todos los días de mi vida y en cada proyecto que inicie hasta su final a ti la gloria y la honra.

Gracias padre celestial.

A mi padre

José de los Santos Acevedo Ortega

A ti que cada día trabaja para darme este tamaño y que no me faltara nada, gracias por esforzarte para que yo cumpla con mis sueños.

Te quiero papa.

A mi madre

Dominga Álvarez Rivera

por darme la vida y por todos estos años dedicados a mí y mis hermanos por tu apoyo y comprensión, a pesar de que está enferma te esfuerza para ser sentir bien a los demás , quiero que sepas que siempre estaré contigo, que no te voy a dejar sola. Gracias por enseñarme que todo cuesta sacrificio y que así lo valoramos más, por estar ahí durante este trayecto y por tus oraciones. Hoy soy lo que soy por ti, gracias por existir.

Te amo, Gracias mama

A mis hermanos:

Daniel, Feliciano, José, Jaqueline.

Por su apoyo a pesar de tener nuestras diferencias humanas, aun cuando discutimos cuento con ustedes, porque siempre están dispuestos ayudarme y así lo han demostrado. Sin ustedes no sabría vivir.

Los quiero mucho

A mis Sobrinos

Porque ustedes son mi alegría a pesar de las correcciones, quiero que sean hombres y mujeres de bien, los quiero, los amos con todo el corazón ustedes forman parte de mí.

Los quiere mucho su tía

Luis Manuel Pichardo

Gracias por tus atenciones por estar conmigo en los buenos y malos momento por aceptarme como soy con mis virtudes y defectos y no tratar de cambiarme. Gracias por tu paciencia y apoyo.

Te quiero

Jenny de Oleo

Por cada días compartido juntas, por estar siempre dispuesta a ayudarme, por ser mi paño de lágrimas, por tus consejos, por tu apoyo, por ayudarme a seguir hacia adelante y no permitir que cayera gracia por ser mi hermana y amiga.

Te quiero mucho.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y de corte transversal, basado en un formulario de recolección de datos, que tuvo como objetivo de determinar el conocimiento sobre drogas ilegales que tienen los adolescentes del Politécnico Cambita Garabito de San Cristóbal, período escolar 2018. La población de estudio estuvo conformada por 302, de los cuales se tomó una muestra de 200 adolescentes que cursan en el periodo de estudio; los datos recolectados han sido registrados en un formulario para tales fines y que contienen las variables de este estudio. Permitiendo establecer el nivel de conocimiento sobre drogas ilegales que tienen los adolescentes del Politécnico Cambita Garabito, período escolar 2018. En edades de 10 a 19 años, encontrándose los siguientes resultados: El nivel de conocimiento sobre drogas ilegales de los adolescentes del Politécnico Cambita Garabito es medio con 60.0 por ciento. En cuanto a la edad la más frecuente fue de 17 años con 37.5 por ciento. En cuanto al sexo el más frecuente fue el femenino con 54,5 por ciento. La gran mayoría de los y las adolescentes vive con sus padres para un 86.0 por ciento. La droga que más conocen es la marihuana con 78.0 por ciento. Se identificó que la gran mayoría de estos adolescentes no ha consumido drogas con 96,5 por ciento. El medio de información por el que adquieren más conocimientos es por la red internet con 76.0 por ciento. Se pudo comprobar que la mayoría de los y las adolescentes saben de las consecuencias del uso de drogas ilegales en un 31.5 por cientos. Se comprobó que la mayoría de los y las adolescentes no conocen cuál es el organismo de prevención de las drogas en un 75.0 por ciento.

Palabras claves: drogas ilegales, adolescentes, conocimiento.

ABSTRACT

A descriptive, prospective and cross-sectional study was carried out, based on a data collection form, which aimed to determine the knowledge about illegal drugs that adolescents of the Polytechnic Cambita Garabito de San Cristóbal have, school year 2018. The population The study consisted of 302, of which a sample of 200 adolescents taking the study period was taken; the data collected have been recorded in a form for such purposes and that contain the variables of this study. Allowing to establish the level of knowledge about illegal drugs that adolescents have Polytechnic Cambita Garabito, school year 2018. At ages of 10 to 19 years, finding the following results: The level of knowledge about illegal drugs of adolescents Cambita Garabito Polytechnic is medium with 60.0 percent. Regarding age, the most frequent was 17 years with 37.5 percent. Regarding sex, the most frequent was the female with 54.5 percent. The vast majority of adolescents live with their parents for 86.0 percent. The drug they know most is marijuana with 78.0 percent. It was identified that the great majority of these adolescents have not used drugs with 96.5 percent. The information medium through which they acquire more knowledge is through the Internet with 76.0 percent. It was found that most adolescents know about the consequences of illegal drug use at 31.5 percent. It was found that the majority of adolescents do not know what the drug prevention agency is at 75.0 percent.

Keywords: illegal drugs, adolescents, knowledge.

CAPÍTULO I

1.1.- Antecedentes Internacionales

En el año 2016, se realizó un estudio por parte de L. Pérez , con el objetivo de caracterizar el nivel de conocimiento sobre los daños del consumo de drogas en adolescentes de la secundaria Martín Klein, Matanzas. El mismo fue de tipo descriptivo y de corte transversal, cuyo universo quedó constituido por 228 alumnos de la Escuela Secundaria Básica Urbana Martín Klein, Varadero, municipio Cárdenas, Matanzas. Para realizar el mismo se operacionalizaron diferentes variables: sociobiológicas (sexo, grado escolar, nivel de conocimientos); así como las sustancias consideradas como drogas, las vías de información, las reacciones que ocasionan el consumo de alcohol y otras drogas, la frecuencia y el lugar de consumo, y la presencia de familiares consumidores. El trabajo mostró que los estudiantes tienen un mediano conocimiento con 148 (64.9%) sobre los daños que para la salud ocasionan las drogas, así como reconocen el tabaco/cigarro y la cocaína 224 (98.2%), seguido de la marihuana como droga. La mayor parte ha obtenido información sobre el tema en la televisión siendo 194 para un 85.1% , proseguido de la familia y el profesor; también reconocen que el consumo deteriora la salud física y mental 216 estudiantes para un 94.7%,. En ellos existe un predominio al no consumo de sustancias 152 estudiantes es igual (66.7%), continuando con los que usan alcohol y el cigarro los fines de semana. Predominan los estudiantes que sus familiares no consumen fueron 87 es igual (38.2%), le siguen los tíos y padres que consumen alcohol y cigarro[1]

En otra investigación realizada por Hernández, Mora, Ramos y Sequeira, realizaron una investigación en Costa Rica, en el 2010, los cuales trabajaron con niños de cuarto grado de una escuela pública para evaluar el conocimiento de los mismos en temas considerados trascendentales en la época. Drogas y Alcohol, Abuso Sexual Infantil, Violencia Intrafamiliar y Enfermedades de Transmisión Sexual. Con base en los datos obtenidos se concluyó que había serias deficiencias en cuanto a conceptos básicos que se aclararon mediante talleres, los cuales fueron realizados en diciembre del año dos mil nueve y que permitieron retomar dudas importantes y reconocer de primera mano las graves falencias en la formación educativa que presentan, en áreas vitales como abuso sexual, abuso de drogas y violencia intrafamiliar.[2]

---

[1] Pérez, L. Nivel de conocimiento sobre los daños del consumo de drogas en adolescentes, Escuela Secundaria Básica Urbana Martín Klein, Matanzas. 2014-2015. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. 2016. Disponible en: Nivel de conocimiento sobre los daños del consumo de drogas en adolescentes, Escuela Secundaria Básica Urbana Martín Klein, Matanzas. 2014-2015.

[2] Josephy Hernández Sylvia, Mora Mathus Rebeca, Ramos Castro Ricardo, Sequeira Solís Alejandra, Vázquez Vargas Marcela, Zumbado Campos Daniel. Evaluando el conocimiento de menores de edad sobre drogas y alcohol, abuso sexual infantil, violencia intrafamiliar e infecciones de transmisión sexual: el caso de la Escuela Estados Unidos de América. Med. leg. Costa Rica [Internet]. 2010 Sep [cited 2018 Feb 03] ; 27(2): 27-33. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152010000200003&lng=en.

Por su parte Barrios y Rodríguez en 2016, con el objetivo de determinar la relación que existe entre la comunicación de padres e hijos adolescentes y el consumo de alcohol y tabaco. La muestra estuvo constituida por 49 adolescentes. Para la recolección de datos se aplicó un cuestionario sobre el nivel de comunicación entre padres e hijos adolescentes y una encuesta sobre el conocimiento y el consumo de drogas en adolescentes. Los resultados fueron procesados en SPSS versión 19 y presentados en tablas, con frecuencias numéricas y porcentuales, así como también en gráficos. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba de independencia de criterios, los resultados reflejan las siguientes conclusiones: El 49.7 por ciento de los adolescentes tienen un nivel de comunicación regular, mientras que el 49.0 por ciento tiene un alto nivel de comunicación y el 1.3 por ciento tienen un bajo nivel de comunicación; así mismo el 56.7 por ciento de los adolescentes sí consumen alcohol, y el 43.3 por ciento no lo consumen; también que el 79.6 por ciento de los adolescentes no consumen cigarrillos, y el 20.4 por ciento si lo consumen; los resultados mostraron que existe una relación significativa entre el nivel de comunicación entre padres e hijos adolescentes y el consumo de alcohol y tabaco.[3]

[3] Oliva, A; Rodriguez, K. "Comunicación entre padres e hijos adolescentes y consumo de drogas, Institución Educativa San Nicolas. Huamachuco. 2016". Perú. Disponible en: http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/8612

1.1.2.- Justificación

El consumo de drogas se presenta en la actualidad como uno de los problemas más importantes al que se enfrenta la sociedad, tanto por la magnitud del fenómeno como por las consecuencias personales y sociales derivadas del mismo. Además, ha dejado de ser algo exclusivo de una minoría para configurarse como un problema de magnitudes sociales, comunitarias y de salud pública. Es especialmente preocupante el uso indiscriminado de estas sustancias en períodos como la adolescencia, etapa en la que se ha incrementado en gran medida y en la que se toma especial relevancia, si tenemos en cuenta a la adolescencia como un período vital de especial riesgo para el uso/abuso de drogas, en la que se llevan a cabo los primeros acercamientos a las sustancias adictivas y el mantenimiento de patrones de consumo que, en gran parte de los casos, se consolidan en la vida adulta.

Además, es necesario recordar que esta etapa evolutiva es un período de transición de la infancia a la madurez, en el que se producen una gran cantidad de cambios corporales, afectivos, cognitivos y de valores, que junto con un mayor deseo por obtener experiencias novedosas e intensas, por ampliar su conexión en las redes sociales, la búsqueda de autonomía y de una identidad propia al margen de los convencionalismos, le convierten en un período de especial vulnerabilidad y proclive al desarrollo de conductas asociadas al consumo de drogas.

Teniendo en consideración la magnitud de los aspectos señalados, son muchos los profesionales y las instituciones que han dedicado sus esfuerzos a profundizar de forma pormenorizada en este importante problema social trabajando desde distintos ámbitos de actuación. Así pues, se han planteado propuestas generales de lucha contra el narcotráfico a través de la prevención, importantes medidas asistenciales y de reinserción dentro de la colaboración del gobierno. No obstante, muchos de los programas de prevención que se han realizado no han mostrado los resultados esperados, especialmente en lo que se refiere al mantenimiento de los resultados a largo plazo, ya que no han tenido en cuenta todas las variables que influyen en el consumo y no están basadas en teorías integradoras y comprensivas que expliquen el fenómeno del consumo de drogas.

Así pues, sólo a través de trabajos que indiquen las dimensiones del conocimiento sobre drogas ilegales, sus características más definitorias, sus límites y las variables asociadas a su inicio, se pueden obtener datos fiables que ayuden a articular intervenciones necesariamente eficaces.

1.2.- Planteamiento del Problema

El consumo de drogas en nuestro país ha experimentado un considerable aumento desde finales de los años setenta y comienzos de los ochenta, acompañándose de un importante incremento de consecuencias negativas, tanto sociales como sanitarias.[4]

Esta problemática ha supuesto una gran preocupación social y ha conllevado una profunda transformación y adecuación de las estructuras, recursos y programas dirigidos desde el estado, con el objetivo de poder hacer frente a las necesidades planteadas desde distintos ámbitos como son el de la prevención, el control de la oferta de sustancias adictivas y/o la asistencia sanitaria y social.

En esta misma línea, la evidencia actual señala que el consumo de otras drogas como la cocaína, el cannabis, los alucinógenos, el tabaco y el alcohol sigue siendo alarmante, especialmente entre la población juvenil. Al respecto, se viene observando en varios estudios realizados por la Dirección Nacional de Control de Drogas (DNCD), la consolidación de un patrón de consumo caracterizado, por ejemplo, en el caso del alcohol, por consumo abusivo en fines de semana y una alta frecuencia de episodios de embriaguéz que suele acompañarse de un mayor consumo de drogas ilegales. Es ésta una situación realmente preocupante si tenemos en cuenta que es en la adolescencia donde tienen lugar, no sólo los primeros contactos con las sustancias adictivas, sino también la instauración y consolidación de patrones estables de consumo e, incluso, la aparición temprana de problemas relacionados con la salud o el ajuste social, que pueden llegar a efectuarse de forma determinante en la edad adulta.

El propósito de esta investigación es exponer el conocimiento de los adolescentes sobre drogas ilegales, de nuestro país y específicamente de un liceo de educación media, en el presente año escolar. No se pretende exponer de forma exhaustiva todos los resultados que existen al respecto, sino enmarcar la situación en la que se encuentra el nivel de conocimiento de la población a través de los datos obtenidos mediante entrevista directa.

Por todo lo anterior hacemos la siguiente interrogante:

¿Cuál es el conocimiento sobre drogas ilegales que tienen los adolescentes del Politécnico Cambita Garabito, San Cristóbal, periodo 2018?

[4] Dirección Nacional de Control de Drogas (D.N.C.D.). Portal de Transparencia. Estadísticas Institucionales 2017. Disponible en:http://www.dncd.gob.do/transparencia/estadisticas-institucionales/

1.3.- OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo General

Determinar el conocimiento sobre drogas ilegales que tienen los adolescentes del Politécnico Cambita Garabito de San Cristóbal, período escolar 2018.

1.3.2 Objetivos Específicos

1- Identificar las características de los adolescentes tales como: edad, escolaridad, sexo y personas con quién vive.

3- Determinar el conocimiento que tienen los adolescentes sobre tipos de drogas.

4- Conocer el uso de drogas ilegales por parte de los adolescentes.

5- Establecer los medios por los cuales los y las adolescentes obtuvieron información sobre el tema de drogas ilegales.

6- Determinar el conocimiento sobre las consecuencias del uso de drogas ilegales por parte de los adolescentes.

7- Describir el conocimiento que tienen los y las estudiantes sobre la prevención para el uso de drogas ilegales.

CAPITULO 2

2.1. Conceptos del conocimiento

Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje a través de la introspección. En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo. [5]

El conocimiento tiene su origen en la percepción sensorial, después llega al entendimiento y concluye finalmente en la razón. Se dice que el conocimiento es una relación entre un sujeto y un objeto. El proceso del conocimiento involucra cuatro elementos: sujeto**,** objeto**,** operación y representación interna.

La ciencia considera que, para alcanzar el conocimiento, es necesario seguir un método. El conocimiento científico no sólo debe ser válido y consistente desde el punto de vista lógico, sino que también debe ser probado mediante el método científico o experimental**.** La forma sistemática de generar conocimiento tiene dos etapas: la investigación básica, basada en la teoría; y la investigación aplicada, donde se aplica la información extraída de la investigación

Cuando el conocimiento puede ser transmitido de un sujeto a otro mediante una comunicación formal, se habla de conocimiento explícito. En cambio, si el conocimiento es difícil de comunicar y se relaciona a experiencias personales o modelos mentales, se trata de conocimiento implícito. [8,9]

2.2. Historia del conocimiento

En la Edad moderna, la teoría del cocimiento aparece como disciplina autónoma. Como fundador de ella podemos indicar a J. Locke (1632 – 1704), con su obra «Ensayo sobre el entendimiento humano» aparecida en 1690. En ella Locke habla de la esencia y la certeza del conocimiento humano. Leibnitz (1646 – 1716), refuta la doctrina de Locke en su obra «Nuevos ensayos sobre el entendimiento humano », obra póstuma aparecida en 1765. En Inglaterra prosigue la investigación acerca del conocimiento humano, Berkerley (1685 – 1753), con su obra "Tratado de los principios del conocimiento humano", aparecida en 1710. David Hume (1711 – 1776), publica dos obras referentes al problema del conocimiento humano: «Tratado de la naturaleza humana» en 1740 e "Investigación sobre el entendimiento humano", en 1748. En 1781, Emmanuel Kant (1724 – 1804), publica su obra «Crítica de la razón pura», que es considerada como su obra maestra en el campo epistemológico.

El origen del conocimiento

Capacidad del ser humano para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidad y relaciones de las cosas.

Racionalismo.

Se denomina racionalismo a la doctrina epistemológica que sostiene, que la causa principal del conocimiento reside en el pensamiento, en la razón. Afirma que un conocimiento solo es realmente tal, cuando posee necesidad lógica y validez universal. El planteamiento más antiguo del racionalismo aparece en Platón. Él tiene la íntima convicción de que el conocimiento verdadero debe distinguirse por la posesión de las notas de la necesidad lógica y de la validez universal. [5-12]

El empirismo.

Frente a la tesis del racionalismo, el pensamiento, la razón es el único principio del conocimiento, el empirismo (del griego Empereimía = experiencia) opone la antítesis: la única causa del conocimiento humano es la experiencia. Según el empirismo, no existe un patrimonio a priori de la razón. La conciencia cognoscente no obtiene sus conceptos de la razón, sino exclusivamente de la experiencia. El espíritu humano, por naturaleza, está desprovisto de todo conocimiento.[9]

El racionalismo es guiado por la idea determinada, por el conocimiento ideal, mientras que el empirismo, se origina en los hechos concretos.

Los racionalistas casi siempre surgen de la matemática; los defensores del empirismo, según lo prueba su historia, frecuentemente vienen de las ciencias naturales. La experiencia es el factor determinante en las ciencias naturales.

En ella, lo más importante es la comprobación exacta de los hechos por medio de una cuidadosa observación. El investigador depende totalmente de la experiencia. Suelen distinguirse dos clases de experiencia: una interna y otra externa. El fundamento de un conocimiento válido, no se encuentra en la experiencia, sino en el pensamiento.

Apriorismo.

En la historia de la Filosofía existe también un segundo esfuerzo de intermediación entre el racionalismo y el empirismo: el apriorismo. El cual también considera que la razón y la

experiencia son a causa del conocimiento. Pero se diferencia del intelectualismo porque establece una relación entre la razón y la experiencia, en una dirección diametralmente opuesta a la de éste. En la tendencia de apriorismo, se sostiene que nuestro conocimiento posee algunos elementos a priori que son independientes de la experiencia. Esta afirmación también pertenece al racionalismo. Si relacionáramos el intelectualismo y el apriorismo con los dos extremos contrarios entre los cuales pretenden mediar, inmediatamente descubriríamos que el intelectualismo tiene afinidad con el empirismo, mientras que el apriorismo, se acerca al racionalismo. El intelectualismo forma sus conceptos de la experiencia; el apriorismo rechaza tal conclusión y establece que el factor cognoscitivo procedente de la razón y no de la experiencia.

Niveles del conocimiento.

El ser humano puede captar un objeto en tres diferentes niveles, sensible, conceptual y holístico. El conocimiento sensible consiste en captar un objeto por medio de los sentidos; tal es el caso de las imágenes captadas por medio de la vista. Gracias a ella podemos almacenar en nuestra mente las imágenes de las cosas, con color, figura y dimensiones. Los ojos y los oídos son los principales sentidos utilizados por el ser humano. Los animales han desarrollado poderosamente el olfato y el tacto.

En segundo lugar, tenemos el conocimiento conceptual, que consiste en representaciones invisibles, inmateriales, pero universales y esenciales. La principal diferencia entre el nivel sensible y el conceptual reside en la singularidad y universalidad que caracteriza, respectivamente, a estos dos tipos de conocimiento. El conocimiento sensible es singular y el conceptual universal. Por ejemplo, puedo ver y mantener la imagen de mi padre; esto es conocimiento sensible, singular. Pero además, puedo tener el concepto de padre, que abarca a todos los padres; es universal. El concepto de padre ya no tiene color o dimensiones; es abstracto.

La imagen de padre es singular, y representa a una persona con dimensiones y figura concretas, en cambio el concepto de padre es universal (padre es el ser que da vida a otro ser). La imagen de padre sólo se aplica al que tengo en frente. En cambio, el concepto de padre se aplica a todos los padres. Por esto decimos que la imagen es singular y el concepto es universal.[8,9]

En tercer lugar tenemos el conocimiento holístico (también llamado intuitivo, con el riesgo de muchas confusiones, dado que la palabra intuición se ha utilizado hasta para hablar de premoniciones y corazonadas). En este nivel tampoco hay colores, dimensiones ni estructuras universales como es el caso del conocimiento conceptual. Intuir un objeto significa

captarlo dentro de un amplio contexto, como elemento de una totalidad, sin estructuras ni límites definidos con claridad.

La palabra holístico se refiere a esta totalidad percibida en el momento de la intuición (holos significa totalidad en griego). La principal diferencia entre el conocimiento holístico y conceptual reside en las estructuras. El primero carece de estructuras, o por lo menos, tiende a prescindir de ellas. El concepto, en cambio, es un conocimiento estructurado. Debido a esto, lo percibido a nivel intuitivo no se puede definir, (definir es delimitar), se capta como un elemento de una totalidad, se tiene una vivencia de una presencia, pero sin poder expresarla adecuadamente. Aquí está también la raíz de la dificultad para dar ejemplos concretos de este conocimiento. Intuir un valor, por ejemplo, es tener la vivencia o presencia de ese valor y apreciarlo como tal, pero con una escasa probabilidad de poder expresarla y comunicarla a los demás.

Un ejemplo de conocimiento holístico o intuitivo es el caso de un descubrimiento en el terreno de la ciencia. Cuando un científico deslumbra una hipótesis explicativa de los fenómenos que estudia, podemos decir que ese momento tiene un conocimiento holístico, es decir, capta al objeto estudiado en un contexto amplio en donde se relaciona con otros objetos y se explica el fenómeno, sus relaciones, sus cambios y sus características. La captación de valores nos ofrece el mejor ejemplo de conocimiento holístico. [12]

2.3.- Adolescencia.

Principales conceptos del adolescente.

Dado el abismo de experiencia que separa a los adolescentes más jóvenes de los mayores, resulta útil contemplar esta segunda década de la vida como dos partes: la adolescencia temprana (de los 10 a los 14 años) y la adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años).[5]

La adolescencia temprana (de los 10 a los 14 años.

Tomada en un sentido amplio, podría considerarse como adolescencia temprana el período que se extiende entre los 10 y los 14 años de edad. Es en esta etapa en la que, por lo general, comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. Estos cambios externos son con frecuencia muy obvios y

[5] Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (United Nations Children´s Fund) (UNICEF, 2011).

pueden ser motivo de ansiedad así como de entusiasmo para los individuos cuyos cuerpos están sufriendo la transformación.[6], los cambios internos que tienen lugar en el individuo, aunque menos evidentes, son igualmente profundos.

Una reciente investigación neurocientífica muestra que: en estos años de la adolescencia temprana, el cerebro experimenta un súbito desarrollo eléctrico y fisiológico. El número de células cerebrales pueden casi llegar a duplicarse en el transcurso de un año, en tanto las redes neuronales se reorganizan radicalmente, con las repercusiones consiguientes sobre la capacidad emocional, física y mental[5]

El desarrollo físico y sexual es más precoz en las niñas –que entran en la pubertad unos 12 a 18 meses antes que los varones– se reflejan en tendencias semejantes en el desarrollo del cerebro. El lóbulo frontal, la parte del cerebro que gobierna el razonamiento y la toma de decisiones, empieza a desarrollarse durante la adolescencia temprana. Debido a que este desarrollo comienza más tarde y toma más tiempo en los varones, la tendencia de éstos a actuar impulsivamente y a pensar de una manera acrítica dura mucho más tiempo que en las niñas. Este fenómeno contribuye a la percepción generalizada de que las niñas maduran mucho antes que los varones.[5]

Es durante la adolescencia temprana que tanto las niñas como los varones cobran mayor conciencia de su género que cuando eran menores, y pueden ajustar su conducta o apariencia a las normas que se observan. Pueden resultar víctimas de actos de intimidación o acoso, o participar entre ellos, y también sentirse confundidos acerca de su propia identidad personal y sexual.[5]

La adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años)

La adolescencia tardía abarca la parte posterior de la segunda década de la vida, en líneas generales entre los 15 y los 19 años de edad. Para entonces, ya usualmente han tenido lugar los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose. El cerebro también continúa desarrollándose y reorganizándose, y la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente. Las opiniones de los miembros de su grupo aún tienden a ser importantes al comienzo de esta etapa, pero su incidencia disminuye en la medida en que los adolescentes adquieren mayor confianza y claridad en su identidad y sus propias opiniones.[5]

[6] UNICEF. (2 de SEPTIEMBRE de 2011). UNICEF. Obtenido de http://www.unicef.org/ecuador/SOWC-2011-Main-Report_SP_02092011.pdf

La temeridad: un rasgo común de la temprana y mediana adolescencia, cuando los individuos experimentan con el "comportamiento adulto" durante la adolescencia tardía en la medida en que se desarrolla la capacidad de evaluar riesgos y tomar decisiones conscientes. Sin embargo, el fumar cigarrillos y la experimentación con drogas y alcohol frecuentemente se adquiere en esta temprana fase temeraria para prolongarse durante la adolescencia tardía e incluso en la edad adulta. [5]

2.4. Drogas

La OMS define droga como "toda sustancia que introducida en un organismo vivo por cualquier vía (inhalación, ingestión, intramuscular, endovenosa) es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central, provocando una alteración física y/o psicológica, o la experimentación de nuevas sensaciones[6]

2.4.1. Antecedentes históricos sobre el uso de drogas

Se puede señalar que el uso de estas sustancias no es cuestión del presente o tiempos recientes, se encuentran sugerencias de uso desde la prehistoria. En el siglo II D.C, los galenos utilizaban el opio como una manera de calmar el dolor de los enfermos. Es así como algunos siglos antes de la era actual, en China, Siria y la India, eran utilizados como una forma de alcanzar éxtasis o estados subliminales.

Los pontífices decían que, en el siglo XX aparecería la heroína y la cocaína. La heroína es un derivado de la morfina que fue utilizada como calmante, la heroína es más toxica que la morfina produciendo dependencia física. La heroína es la droga que ha causado mayor cantidad de muertes por sobredosis. Respecto a la cocaína fue utilizado por Freud en pequeñas dosis para anestesiar zonas específicas del cuerpo, después llegó a oídos de un oftalmólogo llamado Moler, que probó las cualidades anestésicas de la cocaína en una incisión realizada en el ojo de un animal que resultó un éxito. Es así como se conoce a la cocaína por sus terribles efectos que ocasiona en el adicto y en el entorno de las personas.[7]

Se puede entender en esta cita que el uso de drogas viene desde la prehistoria utilizada como medicina, la heroína fue utilizada muchas veces para calmar las dolencias de los enfermos, la cocaína fue descubierta por un oftalmólogo probando cualidades anestésicas para realizar cualquier tipo de incisión.

[7] Pontifes. (2010). Buenas tareas. Recuperado el 23 de Julio de 2016, de http://www.buenastareas.com/ensayos/Antecedentes-Historicos-De-LasDrogas/132624.html

2.4.2. Epidemiología

Se calcula que 1 de cada 20 adultos, es decir, alrededor de 250 millones de personas de entre 15 y 64 años, consumieron por lo menos una droga en 2014. Cifra equivalente aproximadamente a la suma de la población de Alemania, Francia, Italia y el Reino Unido.

No parece haber aumentado en los últimos cuatro años de manera proporcional a la población mundial. Sin embargo, dado que se calcula que más de 29 millones de personas que consumen drogas sufren trastornos relacionados con ellas, y que 12 millones de esas personas son consumidores de drogas por inyección, de los cuales el 14% viven con el VIH, el impacto del consumo de drogas en lo que respecta a sus consecuencias para la salud sigue siendo devastador. El número de muertes relacionadas con las drogas, que en 2014 se calculó en alrededor de 207.400, es decir, 43,5 muertes por millón de personas de entre 15 y 64 años, a

Permanecido estable en todo el mundo, aunque sigue siendo inaceptable y evitable. Las muertes por sobredosis representan aproximadamente entre un tercio y la mitad de todas las muertes relacionadas con las drogas, que en la mayoría de los casos se deben a los opioides. El período inmediatamente posterior a la excarcelación se asocia con un aumento considerable del riesgo de muerte por causas relacionadas con drogas (principalmente por sobredosis), cuya tasa de mortalidad es mucho mayor que la mortalidad por todas las causas en la población general.

En muchos países las cárceles siguen siendo un entorno de alto riesgo de enfermedades infecciosas, lo que constituye un problema sanitario importante en ese entorno. Varios estudios revelan niveles elevados de consumo de drogas en las cárceles, incluido el consumo de opiáceos y de drogas por inyección. Además, la prevalencia del VIH, la hepatitis y la tuberculosis en los reclusos puede ser considerablemente mayor que en la población general. Sin embargo, pese arriesgarse de un entorno de riesgo alto y a la eficacia científicamente comprobada de algunas intervenciones sanitarias, se observan deficiencias considerables en los servicios de prevención y tratamiento de muchas prisiones del mundo.

Las personas que se inyectan drogas se exponen a algunos de los peores daños para la salud asociados al consumo de drogas sin precaución, así como a un deterioro general de los resultados de salud, lo que incluye un alto riesgo de sobredosis, mortal o no, y a mayores probabilidades de muerte prematura. Una de cada siete personas que se inyectan drogas vive con el VIH, y una de cada dos con la hepatitis C. Esas personas son un grupo importante de la población en riesgo de contraer esas enfermedades: casi un tercio de los nuevos contagiados por el VIH fuera del África subsahariana son consumidores de drogas por inyección. Además, varios

estudios han demostrado que las personas que se inyectan estimulantes incurren con más frecuencia que otras en comportamientos sexuales peligrosos, exponiéndose a un riesgo mayor e contagio por el VIH que las que se inyectan opiáceos.

El cannabis, cuyos consumidores sumaron 183 millones en 2014, sigue siendo la droga de consumo más frecuente en el mundo, seguida de las anfetaminas. El uso indebido de opiáceos y opioides sujetos a prescripción médica, se estima que cuyos consumidores es aproximadamente 33 millones, es menos habitual, pero los opioides siguen siendo sustancias destacables por sus efectos potencialmente nocivos para la salud. El hecho de que se haya registrado un marcado aumento del consumo de heroína en algunos mercados (en particular de América del Norte) en los que anteriormente había disminuido demuestra que esa droga todavía constituye uno de los grandes problemas de salud pública.

A nivel mundial, en los últimos tres años se ha observado una tendencia general a la estabilización del consumo de cannabis. Sin embargo, en algunas sub-regiones, especialmente de América del Norte y Europa occidental y central, ese consumo ha aumentado. Tras un período de estabilidad, desde 2010 también ha ido aumentando el consumo de cocaína, debido principalmente al aumento del consumo de esa sustancia en América del Sur. Por otra parte, el consumo de anfetaminas parece mantenerse estable, pero tal vez esto no sea un fiel reflejo de la situación de algunas de las sub-regiones, concretamente Asia oriental y sub-oriental, donde no se dispone de información reciente sobre el alcance del consumo de drogas.

El panorama mundial del consumo de drogas resulta más difuso porque muchas personas que consumen drogas, sea de manera ocasional o habitual, tienden a ser policonsumidores que utilizan más de una sustancia simultánea o sucesivamente. Por ejemplo, el consumo con fines no médicos de medicamentos sujetos a prescripción médica, estimulantes sintéticos y nuevas sustancias psicoactivas (NSP) en lugar de medicamentos más convencionales, o en combinación con ellos, enturbia la distinción entre los consumidores de una droga determinada, lo que en los últimos años ha configurado un panorama de epidemias cíclicas o interrelacionadas de consumo y consecuencias sanitarias conexas.[8]

En el último decenio el tratamiento relacionado con el consumo de cannabis ha ido en aumento en muchas regiones. En varios países de Europa se ha observado un aumento del número de personas sometidas a tratamiento por ese problema, por eso a disminuido el de consumidores frecuentes (consumo mensual). La proporción de las personas que se someten a

[8] Pontifes. (2010). Buenas tareas. Recuperado el 23 de Julio de 2016, de http://www.buenastareas.com/ensayos/Antecedentes-Historicos-De-LasDrogas/132624.html

tratamiento debido a trastornos relacionados con el consumo de cannabis por primera vez sigue siendo alta en todo el mundo, casi la mitad del total de quienes reciben tratamiento por consumo de cannabis. Los cambios de composición de los grupos de personas que reciben tratamiento por consumo de cannabis pueden atribuirse a varios factores, como las prácticas de remisión del sistema de justicia penal y la mayor cobertura de los servicios que administran ese tratamiento en algunos países. Aunque hay indicios de que en Europa y los Estados Unidos han aumentado la oferta de cannabis de mayor potencia, no se ha determinado con claridad de qué manera esto podría agravar el daño para los consumidores.

En promedio, las personas más jóvenes buscan tratamiento por trastornos debidos con mayor frecuencia al consumo de cannabis y anfetaminas que al de otras drogas. Esto refleja la tendencia ascendente del consumo de cannabis y anfetaminas y el consiguiente aumento de las personas que se someten a tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de dichas sustancias. Las personas en tratamiento por trastornos relacionados con los opioides o la cocaína suelen hallarse en la treintena, lo que en muchas sub-regiones refleja un envejecimiento de la cohorte de consumidores que reciben tratamiento y una disminución general de la demanda de tratamiento.

En general, los hombres tienen una probabilidad de consumir cannabis, cocaína o anfetaminas tres veces mayor que las mujeres, y estas tienden más que los hombres a consumir opioides y tranquilizantes con fines no médicos. Las disparidades de género en el consumo de drogas pueden atribuirse en mayor medida a las oportunidades de consumirlas en un entorno social que a la mayor o menor susceptibilidad o vulnerabilidad de uno de los géneros al consumo de drogas.

Además, si bien la mayoría de los estudios indica que la prevalencia del consumo de drogas es mayor en los jóvenes que en los adultos, las diferencias de género en cuanto al consumo son menores entre los jóvenes que entre los adultos.

2.4.3. Clasificación de las drogas según sus efectos

Según la O.M.S las drogas se clasifican según los efectos que genera sobre el organismo:

1.- Estimulantes.- Acelera la agudeza psicológica y física, utilizadas por los deportistas para soportar el esfuerzo, por los estudiantes para permanecer despiertos y pueden ser de tipo anfetaminas, cocaína y la cafeína.

2.- Depresoras.- Retrasan el funcionamiento del sistema nervioso central (SNC), el uso prolongado de estos depresores pueden causar complicaciones, y pueden ser de tipo alcohol, narcóticos ej.: el opio, la morfina y la heroína, e inhalables ej.: gasolina, acetona, pegantes.

3.- Perturbadoras o alucinógenas.- Distorsión perceptiva de la realidad la mayor parte son de origen vegetal y pueden ser de tipo hongos mágicos, yahé (producto de la mezcla de varias plantas que se encuentra en selvas colombianas), LSD (es la abreviatura de "ácido lisérgico" extraído de un hongo centeno) y Peyote.[9]

Se puede entender que las drogas causan efectos según el tipo de drogas alucinógenas que el consumidor escoja y como resultado ocasiona cambios neurológicos en el sistema humano.

2.4.4. Efectos en el consumidor

Describiremos los efectos que ocasionan las drogas ilegales en el consumidor, las 3 más consumidas en los adolescentes.

Marihuana

La marihuana es una planta y su elaboración es la trituración de flores, hojas y tallos secos del cannabis (planta de la que también se obtiene el hachís). El efecto psicoactivo es debido al tetrahidrocannabinol (THC), uno de los principios activos de la planta. La principal vía de consumo es fumada, lo que permite la absorción rápida por los pulmones y el efecto sobre el Sistema Nervioso Central (SNC) pocos minutos después.[10]

Efectos a medio y largo plazo

- Abandono, depresión, baja autoestima.
- Alteraciones del metabolismo.
- Problemas respiratorios.
- Reducción del sistema inmunitario.
- Dependencia (física y psicológica).
- Problemas cardíacos.[11]

[9] Mitjans, P. r. (2013). Tesis sobre la Prevalencia del Consumo de Sustancias Psicoactivas en Estudiantes Universitarios de la Universidad Tecnológica Intercontinental. Obtenido de http://utic.edu.py /investigacion / attachments / article /119 /Tesis%20Doctoral%20Pat ricia%20Figueredo.pdf

[10] Mitjans, P. r. (2013). Tesis sobre la Prevalencia del Consumo de Sustancias Psicoactivas en Estudiantes Universitarios de la Universidad Tecnológica Intercontinental. Obtenido de http://utic.edu.py /investigacion / attachments / article /119 /Tesis%20Doctoral%20Pat ricia%20Figueredo.pdf

[11] Blanco, M. A. (Junio de 2013). Efectos del Consumo de Drogas sobre la Salud de los Adolescentes. Obtenido de https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/2992/BarrosBlancoM A.pdf?sequence=1

Referente a lo citado se puede entender que la marihuana causa daños en el sistema respiratorio, causando bronquitis pulmonar en el individuo ya que se trata de una droga localizada en las hojas que se mastica o fuma, anteriormente utilizada como medicina natural para calmar el dolor.

Cocaína

Es un polvo blanco de sabor amargo, es un estimulante extremadamente aditivo, que afecta el SNC, por su popularidad ha sido llamada la droga de los 80 y 90 sin embargo no es una droga nueva, Freud extrajo el clorhidrato de cocaína, derivado de la hoja de coca y vio que en dosis mínimas satisfacía algunas expectativas medicinales. Desde entonces se le utiliza para este fin, si bien algunos profesionales le dieron aplicación por ej. Como antidepresivo.[11]

Sus efectos a medio y largo plazo.

- Trastornos psíquicos, esquizofrenia.
- Alteraciones del nivel rítmico circulatorio, respiratorio y neurológico.
- Si la administración es nasal existe: pérdida de olfato, ronquera, perforación nasal y hemorragias nasales.
- Si la administración es intravenosa existe: Reacciones alérgica a la droga, enfermedades infecciosas, Pérdida de peso, dependencia y muerte por sobredosis. [12]

Éxtasis

Es una droga psicoactiva de origen sintético con propiedades estimulantes y empatógenas de sabor amargo. El éxtasis se particulariza por sus efectos ocasionando malestares como: deshidratación, pérdida de peso y de memoria. Esta sustancia ha causado muertes por el consumo incontrolado.[13]

Sus efectos a largo plazo

- Agresividad, ataques de pánico.
- Alucinaciones auditivas y visuales.
- Ansiedad, depresión severa.

[12] Blanco, M. A. (Junio de 2013). Efectos del Consumo de Drogas sobre la Salud de los Adolescentes. Obtenido de https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/2992/BarrosBlancoM A.pdf?sequence=1

[13] Mitjans, P. r. (2013). Tesis sobre la Prevalencia del Consumo de Sustancias Psicoactivas en Estudiantes Universitarios de la Universidad Tecnológica Intercontinental. Obtenido de ttp://utic.edu.py/investigacion/attachments/article/119/Tesis%20Doctoral%20Patricia%20Figueredo.pdf

- Problemas de concentración.
- Pérdida de contacto con la realidad.
- Tolerancia, dependencia.
- Síndrome de abstinencia.
- Trastorno de sueño.[14]

Heroína

La heroína es un derivado de la morfina, generalmente se vende en forma de polvo blanco o marrón; es 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.[15]

Sus efectos a medio y largo plazo

- Pupilas contraídas.
- Párpados perezosos.
- Dificultad visual, adormecimiento.
- Problemas al respirar.
- Resequedad de la piel, infecciones epidérmicas.
- Al inyectarse esta droga existe un enorme riesgo de enfermedades contagiosas a través de jeringas como VIH, hepatitis y demás enfermedades.[16]

Opio

Si bien es posible que los efectos psicológicos del opio ya fueran conocidos por los antiguos sumerios, la primera referencia indudable al jugo de amapola se encuentra en los escritos de Teofrasto en el siglo III a.C. Los médicos árabes eran muy versados en el uso del opio que se disemina por todos los territorios dominados por el Islam en pastillas que a veces llevaban impreso el sello mash Allah (presente de Dios). En Roma el opio fue ampliamente utilizado y era, junto con la harina, un bien de precio controlado con el que no se permitía especular. Los mercaderes árabes introdujeron el compuesto en Oriente donde se utilizó principalmente para el control de la disentería.

---

[14] Blanco, M. A. (Junio de 2013). Efectos del Consumo de Drogas sobre la Salud de los Adolescentes. Obtenido de https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/2992/BarrosBlancoMA.pdf?sequence=1

[15] Mitjans, P. r. (2013). Tesis sobre la Prevalencia del Consumo de Sustancias Psicoactivas en Estudiantes Universitarios de la Universidad Tecnológica Intercontinental. Obtenido de http://utic.edu.py/investigacion/attachments/article/119/Tesis%20Doctoral%20Patricia%20Figueredo.pdf

[16] Salvador, E. s. (2015). Tesis - La comunicación intrafamiliar y su influencia en el consumo de drogas. Obtenido de http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/7960/1/TESIS.pdf.

Se le atribuye a Paracelso haber popularizado nuevamente el empleo del opio en Europa, ya que había caído en desuso debido a su toxicidad. En el siglo XVIII fumar opio se hizo popular en Oriente. En Europa, la fácil disponibilidad del mismo llevó a cierto grado de abuso, pero el problema nunca llegó a ser tan prevaleciente ni tan destructor de la sociedad como el abuso del alcohol.

2.4.5 Potencial de dependencia

El opio provoca tolerancia y dependencia física y psíquica. Un síndrome de abstinencia leve puede surgir hasta con 15 y 30 mg diarios administrados durante dos o tres meses. Sus síntomas se presentan entre las 48 y las 72 horas posteriores al retiro; se caracterizan por ansiedad, inquietud, irritabilidad, lagrimeo, dolores articulares, insomnio, transpiración excesiva, dilatación de pupilas, escalofrío, diarrea y calambres musculares. Estos síntomas se experimentan alrededor de una semana. La Fundación para la Investigación del Alcoholismo y la Drogadicción de Toronto Canadá informa que de cualquier manera, el síndrome de abstinencia provocado por los opiáceos es mucho menos peligroso que el síndrome de abstinencia generado por el alcohol y los barbitúricos.

¿Qué es la drogadicción?

Es una enfermedad crónica del cerebro, a menudo con recaídas, caracterizada por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas a pesar de las consecuencias nocivas para la persona adicta y para los que le rodean. Si bien es cierto que en el caso de la mayoría de personas la decisión inicial de usar drogas es voluntaria, con el tiempo los cambios que ocurren en el cerebro de las personas adictas pueden afectar el autocontrol y obstaculizar su habilidad de resistir los impulsos intensos de consumir drogas.[17]

Uso de drogas

El uso se circunscribe a los actos y motivaciones socio-culturales que un sujeto establece con una droga en un momento determinado.

Hablamos de uso de sustancias psicoactivas, cuando su consumo es ocasional, relacionado con sólo unos pocos acontecimientos, sin llegar a que se produzca dependencia ni habituación a la sustancia ni repercusiones negativas en áreas importantes de la vida de una persona.

[17] Health, U. D. (Diciembre de 2012). National Institute On Drug Abuse. Obtenido de El abuso de drogas y la drogadicción: https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/drugfacts_understanding_addiction_spanish_12.5.12_final_0.pdf

Abuso de drogas

Es el uso repetido de una droga en situaciones que implican riesgos psicofísicos para la persona, que sigue consumiendo a pesar de la potencial afectación.

Adicción o dependencia

Es un estado de necesidad psicofisiológica que se expresa en el consumo compulsivo de drogas, cuya dependencia produce un deterioro del control del uso y alteración de la cognición. Su reducción o suspensión brusca provoca síndrome de abstinencia.

Se produce como consecuencia de repetidos abusos. Se presenta tolerancia o habituación, es decir, necesidad de aumentar progresivamente las dosis para conseguir los mismos efectos, presencia de síntomas ante la abstinencia y necesidad persistente de consumirla. En la adicción se subordinan los aspectos socioculturales. [18]

2.4.6. Efectos que producen las drogas en el cerebro

Las drogas contienen sustancias químicas que infiltran el sistema de comunicación del cerebro perturbando el envío, la recepción y el procesamiento normal de información entre las células nerviosas. Hay por lo menos dos maneras que las drogas pueden hacer esto: 1) imitando los mensajeros químicos naturales del cerebro y 2) sobre estimulando el "circuito de gratificación" del cerebro. Algunas drogas como la marihuana y la heroína tienen una estructura similar a la de ciertos mensajeros químicos llamados neurotransmisores, que el cerebro produce de manera natural. Esta semejanza permite a las drogas "engañar" a los receptores del cerebro y activar las células nerviosas para que envíen mensajes anormales.

Otras drogas, como la cocaína o la metanfetamina, pueden hacer que las células nerviosas liberen cantidades excesivamente altas de los neurotransmisores naturales (especialmente la dopamina) o pueden bloquear el reciclaje normal de estas sustancias químicas en el cerebro, lo cual es necesario para cortar el envío y la recepción de las señales entre las neuronas. El resultado es que el cerebro queda saturado de dopamina. La dopamina es un neurotransmisor que se encuentra en las regiones del cerebro que controlan el

[18] Carrión, D. G. (2012 - 2013). Consejo nacional de control de sustancias estupefacientes y psicotrópicas. Obtenido de Plan Nacional de Prevención: http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/savia/PDF/2012_plan_prevenci%C3%B3n.pdf

movimiento, las emociones, la motivación y las sensaciones placenteras. Normalmente, el sistema de gratificación responde a los comportamientos naturales relacionados con la sobrevivencia (como comer, pasar tiempo con los seres queridos, etc.), pero cuando es sobre estimulado por las drogas psicoactivas produce efectos eufóricos. Esta reacción inicia un ciclo vicioso de refuerzo que "enseña" a las personas a repetir el comportamiento de abuso de drogas que causó la gratificación.

Cuando una persona continúa abusando de las drogas, el cerebro se adapta a estas oleadas abrumadoras de dopamina produciendo menos dopamina o disminuyendo el número de receptores de dopamina en el circuito de gratificación. El resultado es un menor impacto de la dopamina sobre el circuito de gratificación, lo que limita el placer que el usuario es capaz de derivar no sólo de las drogas, sino también de acontecimientos en su vida que anteriormente le causaban placer. Esta disminución en el placer obliga al drogadicto a continuar abusando de las drogas en un intento de recuperar la función normal de la dopamina. Además, ahora necesita consumir una cantidad mayor de la droga en un intento de elevar la función de la dopamina a su nivel normal inicial. Este efecto se conoce como tolerancia. [19]

El abuso a largo plazo también causa cambios en otros sistemas y circuitos químicos del cerebro. El glutamato es un neurotransmisor que influye sobre el circuito de gratificación y la habilidad para aprender. Cuando el abuso de drogas altera la concentración óptima del glutamato, el cerebro intenta compensar este desequilibrio, lo que puede deteriorar la función cognitiva. Los estudios de imágenes del cerebro de las personas drogadictas muestran cambios en las áreas del cerebro esenciales para el juicio, la toma de decisiones, el aprendizaje, la memoria y el control del comportamiento. En conjunto, todos estos cambios pueden hacer que el toxicómano busque y use las drogas compulsivamente a pesar de conocer las consecuencias adversas, y hasta devastadoras, que conlleva su comportamiento. Ésta es la naturaleza de la adicción.

2.4.7. Factores de riesgo por el consumo de drogas en adolescentes

Los niños y adolescentes pueden estar expuestos a diversos factores de riesgo, cuya interacción influencia el abuso del consumo de drogas, tales como el ambiente familiar, las

[19] Health, U. D. (Diciembre de 2012). National Institute On Drug Abuse. Obtenido de El abuso de drogas y la drogadicción: https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/drugfacts_understanding_addiction_spanish_12.5.12_final_0.pdf

propias características de personalidad, la influencia de los padres y el ambiente social. Sin embargo, también se debe considerar la presencia de factores, en esos mismos dominios, que actúan como protectores, de modo a disminuir la posibilidad de consumo y favorecer el desarrollo y consolidación de estilos de vida saludables.[20]

Se calcula que 1 de cada 5 adolescentes entre los 13 y los 15 años fuma, y aproximadamente la mitad de los que empiezan a fumar en la adolescencia lo siguen haciendo al menos durante 15 años. El otro aspecto del explosivo desarrollo del cerebro que tiene lugar durante la adolescencia es que puede resultar seria y permanentemente afectado por el uso excesivo de drogas y alcohol.[21]

Evidentemente la adolescencia es la etapa más vulnerable para desarrollar una adicción a la droga, pues el período de resolución del proceso de formación es la etapa de la separación del grupo familiar y del enfrentamiento en el mundo externo.[22]

Según estudios realizados desde la perspectiva psicológica, el origen de la drogadicción se debe a la falta de amor y abandono entre otras consecuencias psicológicas.

Entre los factores principales que influyen a los adolescentes a ingresar a este mudo del consumo de drogas tenemos la falta de atención por parte de la familia, la falta de comunicación entre los padres y sus hijos adolescentes, carencia de una estructura y del apoyo familiar en casos de padres migrantes que dejan a sus hijos al cuidado de otros familiares.

Otras de las causas son los padres, el círculo de amigos que frecuentan los adolescentes. Muchos de ellos al sentirse solos dentro de sus hogares empiezan a frecuentar grupos de amigos, en muchos casos, personas adultas quienes ya se encuentran consumiendo drogas tanto licitas como ilícitas y es aquí donde ellos también empiezan el consumo por el simple hecho de la aceptación dentro de ese grupo. Muchos adolescentes ingresan al mundo de las drogas por curiosidad, quieren experimentar esa sensación de bienestar causada por el consumo de drogas, desconociendo los efectos que estas tienen dentro de su organismo.

Factores macro-sociales

Disponibilidad y accesibilidad a las sustancias. En nuestro país el carácter de droga legal convierte al alcohol en un producto disponible de fácil acceso, por los múltiples

[20] Rosa Riofrío Guillén, L. C. (18 de MAYO de 2010). Rev. Latino-Am. Enfermagem. Obtenido de Consumo de drogas en los jóvenes de la ciudad de Guayaquil, Ecuador: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18nspe/a16v18nspe.pdf

[21] UNICEF. (2 de SEPTIEMBRE de 2011). UNICEF. Obtenido de http://www.unicef.org/ecuador/SOWC-2011-Main-Report_SP_02092011.pdf

[22] Flores, C. M. (2010). Contribuciones a las Ciencias Sociales. Obtenido de FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADICCIÓN ADOLESCENTE : http://www.eumed.net/rev/cccss/07/cmnf.pdf

establecimientos donde se puede adquirir, los amplios horarios de venta, el precio asequible de las bebidas y el escaso control de la venta a menores.

Institucionalización y aprobación social de las drogas legales. El alcohol es una droga aceptada socialmente. La televisión, el cine y la prensa muestran imágenes de personajes famosos y personas con prestigio social bebiendo.

Asociación del alcohol y drogas con el ocio. El consumo juvenil de drogas se encuentra ligado al tiempo libre, los fines de semana, a ciertos lugares de oferta como discotecas, bares o pubs, y a la búsqueda de nuevas sensaciones y experiencias. La utilización que se hace del tiempo libre se relaciona con el riesgo de consumo de sustancias, y se asocia con la asistencia a lugares de oferta y con la búsqueda inmediata de sensaciones nuevas y/o placenteras producidas por las drogas. [23]

Factores micro-sociales

Estilos educativos inadecuados. La ambigüedad en las normas familiares, el exceso de protección, la falta de reconocimiento y una organización familiar rígida influyen negativamente en los adolescentes, y pueden desembocar en una personalidad con escasa aserción o en un enfrentamiento con el mundo adulto.

Falta de comunicación y clima familiar conflictivo. La comunicación satisfactoria evita el aislamiento, educa para las relaciones extra-familiares, promueve la expresión de sentimientos, y facilita el desarrollo personal. Por el contrario, la incomunicación y el ambiente familiar enrarecido contribuyen a generar y mantener los déficits y carencias personales, que el adolescente puede intentar compensar recurriendo a las drogas. Numerosos autores destacan la relación entre la vivencia negativa de las relaciones familiares y el uso de drogas.

Influencia del grupo de amigos. La pandilla es el marco de referencia que ayuda a afianzar la identidad del adolescente frente al mundo adulto y satisface el sentimiento de afiliación o pertenencia a un grupo de iguales. La probabilidad de beber aumenta si el adolescente se

[23] H, D. A. (2011). Déficits y problemas del adolescente. Los déficits y problemas personales. REV. MED. CLIN. CONDES, 98-109.

integra en un grupo que consume alcohol, por influencia indirecta del modelado de los compañeros o directa de la presión de grupo al instigar a la bebida mediante invitaciones explícitas.[24]

Factores personales

Desinformación y prejuicios. La falta de conocimiento o la información errónea sobre la naturaleza de las drogas tiene repercusiones negativas a corto y largo plazo, etc., alienta la curiosidad o impide valorar acertadamente los riesgos. Así, una elevada proporción de adolescentes considera que el alcohol no es una droga.[25]

Déficits y problemas del adolescente. Los déficits y problemas personales constituyen factores de riesgo porque el adolescente puede intentar compensarlos o aliviarlos recurriendo al alcohol y otras drogas.

2.4.8. Complicaciones por el consumo de drogas en adolescentes

Al igual que muchas otras enfermedades crónicas con recaídas, como la diabetes, el asma o las enfermedades del corazón, la drogadicción puede tratarse exitosamente. Sin embargo, al igual que otras enfermedades crónicas, también es común que haya recaídas y que el drogadicto retorne al consumo de drogas. Estas recaídas no significan que el tratamiento ha fracasado. Más bien son una señal de que se debe reinstaurar o ajustar el tratamiento o de que es necesario un tratamiento alternativo para que la persona recobre el control y pueda recuperarse.

Los factores genéticos y ambientales interactúan con las etapas críticas del desarrollo humano afectando la susceptibilidad a la adicción. Si bien el consumo de drogas a cualquier edad puede llevar a la adicción, mientras más temprano se comienza a consumir drogas, mayor es la probabilidad de que se progrese al abuso y a la adicción. Lo cierto es que cualquier exposición a las drogas de abuso constituye un reto especial para los adolescentes. Como las áreas del cerebro que gobiernan la toma de decisiones, el juicio y el autocontrol aún se están desarrollando activamente durante la adolescencia, los jóvenes adolescentes pueden

[24] H, D. A. (2011). Déficits y problemas del adolescente. Los déficits y problemas personales. REV. MED. CLIN. CONDES, 98-109.
[25] Haro, J. (2009). Investigación Evaluativa. Aplicaciones e intervenciones sociales y de salud pública. México: El Colegio de Sonora.

ser especialmente propensos a comportamientos de riesgo, los que incluyen la experimentación con las drogas de abuso.[26]

El área del cerebro que continúa madurando a través de la adolescencia es la corteza pre-frontal, la parte del cerebro que nos permite evaluar las situaciones, tomar decisiones juiciosas y mantener nuestras emociones y deseos bajo control. Es por eso que si se introducen drogas al cerebro cuando éste aún está desarrollándose, puede haber consecuencias profundas y de larga duración como las malas decisiones al cometer actos ilícitos y tener conducta antisocial.[27],[28]

Las complicaciones del consumo de drogas abarcan:

- Depresión.
- Excesivo consumo y la dependencia del alcohol.
- Infección por VIH o hepatitis B o C por compartir agujas.
- Pérdida del trabajo.
- Problemas con la memoria y la concentración, por ejemplo, con el consumo de alucinógenos, incluso la marihuana (THC).
- Problemas legales.
- Ruptura de relaciones.
- Prácticas sexuales inseguras, las cuales pueden derivar en embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual.[29]

Síndrome de abstinencia

Conjunto de signos y síntomas que aparecen ante la interrupción brusca de la toma de un medicamento o sustancia tóxica hacia el que se ha desarrollado dependencia. Se caracteriza por ansiedad y diversas manifestaciones del sistema nervioso vegetativo, como sudoraciones y temblores. La intensidad del síndrome depende de diversos factores, entre ellos el tipo de droga que se ha utilizado, el tiempo durante el cual se ha estado consumiendo la sustancia, la tolerancia. [30]

---

[26] Health, U. D. (Diciembre de 2012). National Institute On Drug Abuse. Obtenido de El abuso de drogas y la drogadicción: https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/drugfacts_understanding_addiction_spanish_12.5.12_final_0.pdf

[27] Asucena, L. G. (2011). Desarrollo de las fuciones ejecutivas y de la corteza prefrontal. Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias,, 159-172.

[28] Contreras Martinez, L., Molina Banqueri, V., & Cano Lozano, M. C. (octubre de 2011). Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. Obtenido de Consumo de drogas en adolescentes con conductas infractoras: análisis de variables psicosociales implicadas: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122901005

[29] Fred K. Berger, M. A. (24 de Febrero de 2014). MedlinePlus. Obtenido de MedlinePlus: https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001522.htm

[30] Río, F. P. (FEBRERO de 2012). Publicaciones de la excma. diputación provincial de Burgos. Obtenido de estudios sobre adicciones. perfiles de drogodependientes y eficacia: http://proyectohombre.es/wpcontent/uploads/2012/02/2011-Estudios-sobre-adicciones.pdf

Intoxicación

Es un comportamiento mal adaptativo debido a la ingestión reciente de una droga que lleva a niveles séricos de la misma cercano o superior a los tóxicos con gran peligro para la vida del paciente o gran riesgo de secuelas posteriores. Depende de factores como la dosis, circunstancias que rodean al hecho y personalidad subyacente. Se desarrolla en el curso de minutos a horas y posterior al consumo masivo de la droga o del uso repetido. Las manifestaciones psicológicas más frecuentes son: Trastornos de orientación, conciencia y pensamiento, acompañados de trastornos del afecto, del movimiento, del ciclo sueño-vigilia, trastornos perceptivos y del lenguaje y convulsiones. [31]

El abuso de drogas en adolescentes también suele asociarse a otros problemas de salud mental concurrentes. Entre ellos se incluye el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH), el trastorno de oposición desafiante y problemas de conducta, así como trastornos depresivos y de ansiedad. Este periodo de desarrollo también se ha asociado con el abuso físico o sexual y dificultades académicas.[32]

Suicidio

Es toda conducta consciente que íntegramente está causando la autodestrucción de la propia persona ya sea por omisión o por acción.

El suicidio constituye un importante problema de salud, un verdadero drama existencial del hombre, reconocido desde la antigüedad y recogido en la Biblia y otras obras literarias de entonces.[33]

En el 2012 se registraron en el mundo unas 804 000 muertes por suicidio, lo que representa una tasa anual mundial de suicidio, ajustada según la edad, de 11,4 por 100 000 habitantes (15,0 entre hombres y 8,0 entre mujeres). Sin embargo, como el suicidio es un asunto sensitivo, incluso ilegal en algunos países, muy probablemente exista sub-notificación.[34]

Hablar sobre suicidio en la adolescencia resulta difícil por varias razones; porque se considera un tema trágico, un tabú que preferimos no mencionar, por temor a que se incremente el riesgo en adolescentes que intenten quitarse la vida, por considerar que el suicidio no es tan frecuente en estas edades, pues es una etapa de la vida con muchas

[31] Vila, A. R. (2010). Trastorno por Abuso de Sustancias en la Infancia y la Adolescencia. Obtenido de http://www.paidopsiquiatria.cat/files/trastorno_por_abuso_substancias_infancia_adolescencia.pdf
[32] Proyecto TOI (2012). Building together a basic course for the prevention of drug addiction. TOI project 2011-ES1-LEO05-35848.
[33] Alfaro, M. A. (2013). Conducta suicida adolescencia y riesgo. Revista Cubana de Medicina General Integral., 132-139 .
[34] OMS (2014). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de Prevención del suicidio: http://www.who.int/mental_health/suicideprevention/exe_summary_spanish.pdf?ua=1

potencialidades para desarrollar una existencia creativa y creer que cuando ocurre, puede ser un acto impulsivo, no bien pensado.[35]

Según la OMS, la conducta suicida en sus diferentes formas constituye un serio problema de Salud Pública, ya que se encuentra dentro de las 10 primeras causas de mortalidad general y dentro de las tres primeras causas de muerte entre los adolescentes y adultos jóvenes.[36]

Múltiples estudios de conducta suicida muestran correlaciones significativas entre abuso de sustancias, conductas antisociales e intento de suicidio. Adolescentes con trastorno de conducta que intentaron suicidarse, frecuentemente niegan síntomas depresivos y posteriormente presentan lesiones auto-infligidas. Muchos adolescentes suicidas han tenido problemas legales y los adolescentes encarcelados están en extremo riesgo de suicidio. El intento de suicidio se ha asociado con otras conductas de riesgo como son conducta sexual promiscua, uso de sustancias, falta del uso de medidas de seguridad (por ejemplo, uso de cinturón de seguridad), violencia, inasistencia a clases, participación frecuente en peleas, uso de armas de fuego y enfermedades de transmisión sexual.[37]

2.4.9. Tratamiento

La razón por la cual es difícil que soliciten ayuda los drogadictos es por desconocimiento de que se trata de una enfermedad. Para que un tratamiento tenga éxito lo fundamental es la voluntad y participación del paciente.

Para tratar efectivamente a estos pacientes es necesario un equipo que reúna a profesionales de distintas áreas (psicólogos, médicos, neurólogos, psiquiatras, etc.).Este trastorno es crónico, razón por la cual se habla de rehabilitación y no de cura.

La indicación de un determinado tipo de tratamiento va a depender de: La sustancia que se utilice, la pauta de consumo, las características individuales del paciente, y el sistema de apoyo social con el que cuente.

Los objetivos básicos del tratamiento de todos los trastornos por abuso o dependencia de una sustancia corresponden con: La abstinencia total a la /s sustancia /s, ósea, suprimir el consumo, y obtener un bienestar físico, social y psicológico.

[35] GARDUÑO AMBRIZ ROSALÍA, G. H. (17 de Enero de 2011.). Asociación Mexicana de Tanatología, A.C. Obtenido de SUICIDIO EN ADOLESCENTES: http://www.tanatologiaamtac.com/descargas/tesinas/27%20Suicidio%20en%20adolescentes.pdf
[36] Alfaro, M. A. (2013). Conducta suicida adolescencia y riesgo. Revista Cubana de Medicina General Integral., 132-139 .
[37] GARDUÑO AMBRIZ ROSALÍA, G. H. (17 de Enero de 2011.). Asociación Mexicana de Tanatología, A.C. Obtenido de SUICIDIO EN ADOLESCENTES: http://www.tanatologiaamtac.com/descargas/tesinas/27%20Suicidio%20en%20adolescentes.pdf

En los tratamientos se intenta que el paciente pueda romper con esta auto-destrucción, y se les enseña que pueden tener grupos auto-ayuda que no utilicen drogas como:
Narcóticos Anónimos (N.A). Que generalmente no se ven como una forma de tratamiento, porque no intervienen médicos y los grupos son llevados por ellos mismos, pero son una forma de tratamiento.

También se puede recurrir a las comunidades terapéuticas (conocidas también como "granjas", por las tareas que se realizan ahí dentro), en las que casi no se utiliza medicación. En éstas se trabaja fundamentalmente en grupo con los pacientes, buscando que se contengan, critiquen y vean que su problemática no es única, sino que otras personas que atraviesan por una historia similar. [38]

Lo primordial en el tratamiento es la terapia de grupo; también es de gran importancia la terapia familiar. La terapia de grupo permite además:
Descubrir nuevos modos más propicios de relacionarse, descubrir los recursos con los que cuenta para enfrentar su problemática, aumenta la autoestima y la auto eficacia, mejora la adaptación al medio, estimula la esperanza, Ver la realidad de una manera distinta, obtener apoyo de los compañeros del grupo, permite sentirse acompañado a lo largo del tratamiento, brinda un sentimiento de seguridad, fomenta la capacidad de ayudar y ser ayudado, dentro de estas comunidades se enfatiza, en la etapa final del tratamiento en la reinserción social y laboral de los pacientes.

Otra modalidad de tratamiento son las clínicas especializadas en drogadicción. En un primer momento se trata de ayudar al paciente en forma ambulatoria. Si esto no da resultado se interna al paciente para poder tratarlo.

Otra posibilidad para el tratamiento es el hospital de día, el paciente debe concurrir a la clínica y permanece allí durante 6-8 horas aproximadamente y participar de las actividades que se le proponen (terapia de grupo, rehabilitación social y laboral, terapia ocupacional, etc.). Se reserva para los pacientes más leves, que mantienen un trabajo, buenas relaciones sociales, y un vínculo sano con su familia.

La duración del tratamiento es entre los 3 meses y 1 año. Es importante que la clínica cuente con un apoyo médico, psiquiátrico y psicológico.

[38] OMS (2014). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de Prevención del suicidio: http://www.who.int/mental_health/suicideprevention/exe_summary_spanish.pdf?ua=1

En una primera instancia se debe desintoxicar al paciente, y luego someterlo a un programa de rehabilitación. La desintoxicación permite manejar el síndrome de abstinencia. Debe ser por lo tanto, guiada y controlada por un médico o psiquiatra, y efectuada en una clínica u hospital y no de forma ambulatoria. La abstinencia a las sustancias de consumo es la parte principal para que la psicoterapia sea más efectiva. Además permite conocer al paciente sin los efectos de la sustancia ingerida, inyectada o inhalada.

El segundo paso es la parte de tratamiento psicológico y rehabilitación, que es muy importante. Mucha gente cree que con la desintoxicación basta y esto no es cierto.

Dentro del tratamiento es importante la psicoeducación de la familia y del paciente mismo. Esta consiste en brindar información acerca del trastorno, cuáles son las sustancias que se utilizan, que efectos tienen sobre la persona, que cambios internos y observables se producen, cómo ayudar a la persona drogodependiente, por qué se utiliza un determinado tratamiento, etc. [39]

En algunos casos es necesario el uso terapéutico de alguna sustancia, como la Metadona o el Disulfirán para desalentar al individuo en el consumo de una sustancia.

Por ej. Bloqueando con la Nolaxona, Noltrexona u otra sustancia la acción de la heroína y haciendo que el heroinómano no sienta nada al inyectarse.

Reducir los síntomas del síndrome de abstinencia. Por ejemplo, la Metadona simula la acción en el cerebro de la heroína y tiene menos efectos secundarios.

Tratar los trastornos que se presentan conjuntamente con éste. Por ejemplo utilizar un antidepresivo para tratar una depresión subyacente.

Es de importancia el seguimiento del paciente, durante 5 años aproximadamente. No se le da "el alta" al paciente, sino que éste deberá tener un seguimiento por parte del o los profesionales que lo hayan tratado, para evaluar su recuperación e intervenir ante eventuales recaídas. La inclusión de la familia en el tratamiento es primordial, por las características que ésta presenta.

Un apoyo adecuado por parte de los familiares y amigos es esencial para facilitar los cambios conductuales, necesarios para que un paciente abandone el abuso de estas sustancias.

Suele ser difícil que la persona acepte visitar a un profesional de la salud por lo que está padeciendo. Por tal razón es importante que un familiar o amigo le haga saber que atraviesa por esta situación y que está preocupado por él, haciéndole notar por qué (por ejemplo, porque se ve que ha disminuido su rendimiento, ha cambiado su estado de ánimo, está más irritable, no tolera

[39] OMS (2014). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de Prevención del suicidio: http://www.who.int/mental_health/suicideprevention/exe_summary_spanish.pdf?ua=1

determinadas situaciones que antes toleraba, se le nota más aislado, etc.). Explicándole que no se pierde nada visitando a un profesional de la salud, es de gran ayuda en ciertas ocasiones.

Los mejores programas de tratamiento proveen una combinación de terapias y de otros servicios para satisfacer las necesidades de cada paciente [40]

Tratamientos de drogadicción en los Estados Unidos

La drogadicción es un trastorno complejo que involucra a casi todos los aspectos del funcionamiento de una persona en la familia, en el trabajo, y en la comunidad. Debido a la complejidad y las consecuencias penetrantes de la adicción, el tratamiento de la drogadicción típicamente incluye muchos componentes. Algunos de esos componentes enfocan directamente al uso de drogas, mientras que otros, como el adiestramiento laboral, están dirigidos a reintegrar al individuo adicto para que se convierta en un miembro productivo de la familia y de la sociedad.

El tratamiento para el abuso de drogas y la adicción se desenvuelve en muchos ambientes diferentes, usando una variedad de enfoques relacionados con el comportamiento así como farmacológicos. En los Estados Unidos, más de 11,000 programas especializados en tratamiento de drogas, proveen rehabilitación, terapia de conducta, medicamentos, manejo de casos, y otros tipos de servicios a personas con problemas de uso de drogas.

Ya que el abuso y la adicción a las drogas son problemas que pertenecen al campo de la salud pública, gran parte de los tratamientos para las drogas son financiados por el Gobierno Federal y los gobiernos locales y estatales. A veces, los planes de salud privados o subsidiados por compañías también cubren los costos para los tratamientos de la drogadicción y sus consecuencias médicas.

El abuso y la adicción a las drogas son tratados en instalaciones de tratamiento especializados y clínicas de salud mental por una variedad de proveedores, incluyendo terapeutas certificados especializados en abuso de drogas, médicos, sicólogos, enfermeras, y trabajadores sociales. Los tratamientos se hacen en diversos ambientes fuera del hospital, dentro del hospital y en las clínicas residenciales. Aunque a menudo se asocian ciertos enfoques específicos de tratamiento con ciertos ambientes o lugares de tratamiento, se puede incluir una variedad de intervenciones o servicios terapéuticos en cualquier ambiente dado. [41]

---

[40] OMS (2014). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de Prevención del suicidio: http://www.who.int/mental_health/suicideprevention/exe_summary_spanish.pdf?ua=1

[41] OMS (2014). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de Prevención del suicidio: http://www.who.int/mental_health/suicideprevention/exe_summary_spanish.pdf?ua=1

2.4.10. Enfoques con base científica para los tratamientos de la drogadicción

Esta sección presenta varios ejemplos de diferentes enfoques y componentes de los tratamientos que han sido desarrollados y examinados para medir su eficacia a través de investigaciones apoyadas por el Politécnico Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA). Cada uno de estos enfoques está diseñado para tratar ciertos aspectos de la drogadicción y sus consecuencias para el individuo, la familia, y la sociedad. Estos enfoques deben ser usados para complementar y realzar –no reemplazar– los programas de tratamiento.

La prevención de las recaídas

Es una terapia de comportamiento cognitivo, que fue desarrollada para el tratamiento del alcoholismo y adaptada después para adictos a la cocaína. Las estrategias de comportamiento cognitivo son basadas en la teoría que los procesos de aprendizaje desempeñan un papel esencial en el desarrollo de patrones de comportamiento de inadaptabilidad. Los individuos aprenden a reconocer y corregir los comportamientos problemáticos. La prevención de recaídas abarca varias estrategias de comportamiento cognitivo que facilitan la abstinencia al igual que proveen ayuda para personas que experimentan recaídas.

El enfoque de prevención de recaídas para el tratamiento de la adicción a la cocaína consiste de una serie de estrategias que sirven para realzar el auto control. Entre las técnicas específicas están la exploración de las consecuencias positivas y negativas del uso continuado de la droga, la auto vigilancia para reconocer los deseos por la droga lo más pronto posible y poder identificar las situaciones de alto riesgo causadas por el uso de la droga y el desarrollo de estrategias para que el individuo se pueda enfrentar y evitar las situaciones de alto riesgo, así como el deseo por la droga. Un elemento céntrico de este enfoque es poder anticipar las dificultades que los pacientes puedan encontrar y ayudarles a desarrollar estrategias efectivas para hacerle frente a estos problemas.

Las investigaciones indican que los pacientes logran mantener las habilidades que aprenden a través de la terapia de prevención de recaídas aún después de haber completado el tratamiento. En uno de los estudios, la mayoría de los pacientes que recibieron este método de tratamiento de comportamiento cognitivo mantuvieron los éxitos que habían conseguido en el tratamiento durante el año siguiente al mismo. [42]

[42] OMS (2014). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de Prevención del suicidio: http://www.who.int/mental_health/suicideprevention/exe_summary_spanish.pdf?ua=1

El modelo matriz

Provee un sistema para lograr que los abusadores de estimulantes entren en tratamiento y ayudarlos a lograr la abstinencia. Los pacientes aprenden sobre asuntos críticos de la adicción y de la recaída, reciben dirección y apoyo de un terapeuta entrenado, se familiarizan con los programas de auto ayuda, y son supervisados para controlar el uso de drogas por medio de los análisis de orina. El programa incluye instrucción para los miembros de la familia afectados por la adicción.

El terapeuta funciona simultáneamente como profesor y entrenador, fomentando una relación positiva con el paciente, y empleando esa relación para fortalecer un cambio de comportamiento beneficioso. La interacción entre el terapeuta y el paciente es realista y directa pero sin ser de confrontación ni paternal. Los terapeutas están entrenados para conducir las sesiones de tratamiento de una manera que fomenten el auto-estima del paciente, su dignidad, y su valor. Una relación positiva entre el paciente y el terapeuta es un elemento crítico para la retención del paciente en el programa.

Los materiales del tratamiento se mantienen fuertemente en otros enfoques de tratamiento ya probados. Por lo tanto, este enfoque incluye elementos que pertenecen a las áreas de prevención de recaídas, terapias familiares y de grupo, enseñanza sobre drogas, y participación de auto ayuda. Los manuales detallados del tratamiento contienen hojas de trabajo para las sesiones individuales. Otros componentes incluyen grupos educacionales para la familia, grupos de técnicas de recuperación temprana, grupos de prevención de recaídas, sesiones combinando varios elementos, exámenes de orina, programas de 12 pasos, análisis de recaídas y grupos de apoyo social.

Numerosos proyectos han demostrado que los participantes tratados con el modelo matriz muestran estadísticamente una reducción significante en el uso de drogas y de alcohol, un mejoramiento de los indicadores sicológicos, y un descenso en el comportamiento sexual peligroso relacionado con la transmisión del VIH. Estos informes, conjuntamente con evidencia que sugiere un resultado comparable en los tratamientos para usuarios de metanfetaminas y cocaína, y una eficacia demostrada para mejorar el tratamiento basado en la naltrexona para los adictos a los opiáceos, nos proporcionan una base de apoyo empírico para la aplicación de este modelo. [43]

[43] OMS (2014). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de Prevención del suicidio: http://www.who.int/mental_health/suicideprevention/exe_summary_spanish.pdf?ua=1

La psicoterapia de apoyo y expresiva

Es una psicoterapia dirigida de tiempo limitado que ha sido adaptada para individuos adictos a la heroína y a la cocaína. La terapia tiene dos componentes principales:

Técnicas de apoyo para ayudar a los pacientes a sentirse cómodos cuando hablan de sus experiencias personales y técnicas expresivas para ayudar a los pacientes a identificar y a resolver cuestiones de relaciones interpersonales.

Se le presta atención especial al papel que desempeñan las drogas con relación a los sentimientos y comportamientos problemáticos, y cómo se pueden resolver los problemas sin recurrir a las drogas.

La eficacia de la psicoterapia individual de apoyo y expresiva ha sido examinada en pacientes que estaban recibiendo tratamiento de mantenimiento basado en la metadona y que tenían problemas psiquiátricos. En una comparación con pacientes que recibían solamente terapia para las drogas, los dos grupos tuvieron resultados similares con relación al uso de los opiáceos. Sin embargo, el grupo de psicoterapia de apoyo y expresiva demostró menor uso de la cocaína y necesitó menos metadona. Además, los pacientes que recibieron la psicoterapia de apoyo y expresiva mantuvieron muchos de los éxitos que habían logrado. En un estudio anterior, cuando se agregó la psicoterapia de apoyo y expresiva a la terapia de drogas, mejoraron los resultados de los adictos a los opiáceos con problemas siquiátricas moderadamente severos, que estaban en el tratamiento con base en la metadona.

La terapia individualizada de drogas

Directamente se concentra en reducir o detener el uso de drogas ilícitas. También abarca a las áreas relacionadas a funcionamiento deteriorado –como capacidad de trabajo, actividades ilegales, relaciones familiares y sociales– además de que supervisa el contenido y la estructura del programa de recuperación del paciente. A través de su énfasis en las metas de comportamiento a corto plazo, la terapia individualizada de drogas ayuda al paciente a desarrollar estrategias de enfrentamiento así como medios para abstenerse del uso de drogas y después para conservar esa abstinencia. El consejero alienta al paciente para que participe en el programa de los 12 pasos y lo refiere a servicios complementarios médicos, psiquiátricos, laborales u otros. Se aconseja a los pacientes que asistan a las sesiones de terapia una o dos veces por semana.

En un estudio que comparaba a los adictos de los opiáceos que solamente recibían metadona con otros que recibían metadona conjuntamente con terapia, los individuos que recibían sólo

metadona mostraron un mejoramiento mínimo en la reducción de su uso de opiáceos. Sin embargo, se produjo una mejoría significante al añadirse la terapia de drogas. Cuando se añadieron servicios médicos / psiquiátricos, laborales y para la familia en el mismo sitio del tratamiento, los resultados mejoraron aún más.

En otro estudio con adictos a la cocaína, la terapia individualizada de drogas, combinada con la terapia de drogas en grupo, fue bastante efectiva para reducir el uso de la cocaína. Por eso, parece ser que este enfoque tiene gran utilidad en los tratamientos fuera del hospital con los adictos a ambas, la heroína y la cocaína. [44]

La terapia para realzar la motivación

Es un enfoque de terapia que se centra en el cliente y sirve para iniciar cambios de comportamiento al ayudar al cliente a resolver su ambivalencia sobre si participar en el tratamiento y parar su uso de drogas. Este enfoque emplea estrategias para producir cambios rápidos y de motivación interna en el cliente, en vez de guiarlo por cada paso del proceso de recuperación. Consiste en una sesión inicial en la que se otorga una serie de pruebas de evaluación, seguida por dos a cuatro sesiones individualizadas de tratamiento con el terapeuta. La primera sesión de tratamiento se concentra en suministrar auto-alimentación al paciente sobre la información generada de la serie de evaluaciones iniciales con el fin de estimular una charla referente a su uso personal de drogas y para lograr obtener declaraciones de auto motivación del paciente. Se utilizan principios de entrevistas para fortalecer la motivación del paciente y formular un plan para los cambios que el paciente realizará. Se sugieren estrategias de enfrentamiento para situaciones de alto riesgo y se discuten estas estrategias con el cliente. En las sesiones subsiguientes, el terapeuta vigila los cambios, revisa las estrategias que se están usando para parar el hábito, y continúa alentando al paciente para que se comprometa a cambiar o a mantener su abstinencia. Los clientes a veces son animados para que traigan a las sesiones a su pareja o a alguien especial en sus vidas. Este enfoque ha sido exitoso con los alcohólicos y con individuos con dependencia de marihuana. [45]

---

[44] OMS (2014). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de Prevención del suicidio: http://www.who.int/mental_health/suicideprevention/exe_summary_spanish.pdf?ua=1

[45] OMS (2014). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de Prevención del suicidio: http://www.who.int/mental_health/suicideprevention/exe_summary_spanish.pdf?ua=1

La terapia de comportamiento para adolescentes

Incorpora el principio de que se puede cambiar el comportamiento no deseado mediante una demostración clara del comportamiento que se desea adquirir, conjuntamente con una premiación afín para cada paso adicional que se toma para lograr esta meta. Las actividades terapéuticas incluyen el cumplimiento de tareas específicas, ensayos de los comportamientos deseados, y grabación y revisión del progreso logrado, con elogios y privilegios concedidos cuando se cumplan las metas asignadas. Se recolectan muestras de orina regularmente para supervisar si hay algún uso de drogas. La terapia pretende equipar al paciente para que adquiera tres tipos de control:

El control del estímulo, que ayuda a los pacientes a evitar situaciones asociadas con el uso de drogas y a aprender a pasar más tiempo en actividades incompatibles con el uso de drogas.

El control del impulso, que ayuda a los pacientes a reconocer y a cambiar los pensamientos, los sentimientos y los planes que los llevan al uso de drogas.

El control social, que involucra a miembros de la familia y otras personas que sean importantes para el paciente para que le ayuden a evitar las drogas. Cuando sea posible, uno de los padres o la pareja acompaña al paciente a las sesiones de tratamiento y le asiste con las tareas de terapia y el refuerzo del comportamiento deseado.

De acuerdo con los estudios de investigación, esta terapia ayuda a los adolescentes a llegar a ser libres de drogas y aumenta su habilidad para mantenerse sin usar drogas una vez que el tratamiento haya terminado. Los adolescentes también demuestran una mejoría en otras áreas Por ej. Al trabajo, escuela, relaciones familiares, depresión, necesidad de ser confinado a una institución, y uso de alcohol. Estos resultados tan favorables se atribuyen en gran parte a la participación de los miembros de la familia en la terapia y a los premios que se otorgan por la abstinencia de drogas, verificada a través de los análisis de orina. [46]

La terapia familiar multidimensional (MDFT)

Para adolescentes es un tratamiento para el abuso de drogas que toma lugar fuera del hospital y está centrado en la familia. La MDFT examina el uso de drogas de los adolescentes en términos de una red de influencias (es decir, del propio individuo, de la familia, de compañeros, de la comunidad) y sugiere que la reducción del comportamiento no deseado y el aumento del

[46] OMS (2014). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de Prevención del suicidio: http://www.who.int/mental_health/suicideprevention/exe_summary_spanish.pdf?ua=1

comportamiento deseado ocurren en múltiples maneras en ambientes diferentes. El tratamiento incluye sesiones individuales y de toda la familia que toman lugar en la clínica, en la casa, o con miembros de la familia en la corte familiar, la escuela u otros lugares comunitarios.

Durante las sesiones individuales, el terapeuta y el adolescente trabajan en tareas importantes de aprendizaje, como saber tomar decisiones, negociar, y desarrollar habilidades para resolver problemas. Los jóvenes adquieren capacidad para comunicar sus pensamientos y sentimientos para poder manejar las presiones de la vida y obtienen destrezas vocacionales. Se realizan sesiones paralelas con miembros de la familia. Los padres examinan su estilo particular de educar a sus hijos, y aprenden a distinguir la diferencia entre influenciar y controlar así como a tener una influencia positiva y apropiada con sus hijos.

La terapia multi-sistemática (MST)

Maneja los factores asociados con comportamientos serios antisociales en niños y adolescentes que abusan de drogas. Estos factores incluyen características del adolescente (por ejemplo, actitudes favorables hacia el uso de drogas), de la familia (mala disciplina, conflictos familiares, abuso de drogas por parte de los padres), de los compañeros (actitudes positivas hacia el uso de drogas), de la escuela (abandono de la escuela, malas calificaciones), y del vecindario (sub-cultura criminal). Cuando participan en tratamientos intensivos en ambientes naturales (en sus casas, escuelas, y la vecindad), la mayoría de los jóvenes y sus familias completan un curso entero de tratamiento. La MST reduce significativamente el uso de drogas en los adolescentes durante el tratamiento y por lo menos hasta seis meses después del mismo. El costo de este servicio se ve recompensado por la reducción en el número de encarcelamientos y de colocaciones de jóvenes en hogares fuera de los suyos y por el hecho de que mantiene baja la carga de casos de los clínicos. [47]

La terapia combinada de comportamiento y reemplazo de la nicotina.

Los casos de adicción a la nicotina consisten básicamente de dos componentes principales:

El parche de nicotina translate, o el chicle de nicotina, que reduce los síntomas de reajuste, produciendo una mejor abstinencia inicial.

[47] OMS (2014). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de Prevención del suicidio: http://www.who.int/mental_health/suicideprevention/exe_summary_spanish.pdf?ua=1

El componente de comportamiento, que concurrentemente suministra apoyo y refuerzo de técnicas de enfrentamiento, produciendo mejores resultados a largo plazo.

A través del entrenamiento en técnicas de comportamiento, los pacientes al principio aprenden a evitar situaciones de alto riesgo de reincidencia en el acto de fumar y después aprenden a planificar estrategias para enfrentarse a esas situaciones. Los pacientes practican sus técnicas en ambientes dentro del tratamiento, sociales y laborales. Se les enseña otras técnicas de enfrentamiento, como técnicas para rechazar el cigarrillo, para ser seguros de sí mismos y para manejar bien su tiempo. El tratamiento combinado está basado en el fundamento que los tratamientos de comportamiento y farmacológicos operan con mecanismos diferentes pero complementarios y tienen el potencial para producir efectos acumulativos.

El enfoque de refuerzo comunitario (CRA) con comprobantes.

Es una terapia intensiva fuera del hospital, con una duración de 24 semanas, que sirve para tratar la adicción a la cocaína. Las metas del tratamiento son dobles:

Lograr abstinencia de la cocaína por suficiente tiempo para que los pacientes aprendan nuevas técnicas de vivir que les ayuden a mantener dicha abstinencia.

Reducir el consumo del alcohol para los pacientes que asocian la bebida con el uso de la cocaína.

Los pacientes concurren a una o dos sesiones semanales de terapia individual, las cuales están orientadas a mejorar sus relaciones familiares, enseñarles una variedad de técnicas para disminuir el uso de drogas, otorgarles asesoramiento vocacional, y ayudarles a desarrollar nuevas actividades recreativas y redes sociales. Aquellos que también abusan el alcohol reciben terapia a base de "disulfiram" (antabuse) con supervisión clínica. Dos o tres veces por semana, los pacientes someten muestras de orina y reciben comprobantes por cada muestra libre de cocaína. El valor de los comprobantes aumenta en proporción al número de muestras limpias consecutivas. Los pacientes pueden cambiar los comprobantes por mercadería que sea consistente con un estilo de vida libre de cocaína.

Este enfoque facilita que el paciente ingrese en el tratamiento y sistemáticamente le ayuda a ganar períodos considerables de abstinencia de la cocaína. El enfoque ha sido probado en áreas urbanas y rurales y ha sido usado con éxito en la desintoxicación fuera del hospital de adultos adictos a los opiáceos así como con pacientes de las áreas pobres de la ciudad que están en mantenimiento a base de metadona y que tienen altos índices de abuso de la cocaína inyectada.

La terapia de refuerzo basada en comprobantes dentro del tratamiento de mantenimiento utilizando metadona.

Ayuda a los pacientes a lograr y mantener abstinencia de las drogas ilegales, entregándoles un boleto cada vez que ellos proporcionan una muestra de orina sin indicios de drogas. El comprobante tiene valor monetario y puede ser cambiado por mercadería y servicios que sean consistentes con las metas del tratamiento. Inicialmente, el valor de los comprobantes es bajo, pero su valor aumenta de acuerdo al número de muestras negativas consecutivas que el paciente entregue. En caso de haber alguna muestra de orina con resultado positivo de cocaína o heroína, el valor de los comprobantes regresa a su precio bajo inicial. La contingencia de acrecentar los incentivos está diseñada específicamente para reforzar períodos sostenidos de abstinencia de drogas.

Los estudios demuestran que los pacientes que recibieron los comprobantes por las muestras de orina sin indicios de drogas lograron un número significativamente más alto de semanas de abstinencia en general así como de semanas de abstinencia sostenida, que aquellos pacientes que recibieron los comprobantes independientemente de los resultados de los análisis de la orina. En otro estudio, los análisis positivos de heroína disminuyeron significantemente cuando el programa de los comprobantes comenzó y volvieron a aumentar significativamente cuando el programa se suspendió.

El tratamiento diurno con contingencias para la abstinencia y con comprobantes

Fue concebido para tratar a los adictos de "crack" que viven en las calles. Durante los primeros dos meses, los participantes tienen la obligación de pasar 5.5 horas diarias dentro del programa, el cual además les provee un almuerzo y transportación de ida y vuelta a los albergues. Entre las intervenciones que forman parte de este tratamiento están incluidos una evaluación individual y el establecimiento de metas, terapia individual y de grupo, grupos múltiples psicoeducacionales (por ejemplo, grupos educacionales sobre recursos comunitarios, vivienda, cocaína, y prevención del VIH / SIDA; el establecimiento y revisión de metas personales de rehabilitación; prevención de recaídas; planificación de los fines de semanas); y reuniones comunitarias gobernadas por los pacientes durante las cuales los pacientes revisan las metas de los contratos y se dan apoyo y estimulación entre ellos. Los pacientes reciben terapia individual una vez a la semana y sesiones de terapia de grupo tres veces a la semana. Después de dos meses de

tratamientos diarios y de por lo menos dos semanas de abstinencia, los participantes se gradúan de esta etapa y continúan con un componente de trabajo de cuatro meses que les paga un salario que puede ser utilizado para alquilar viviendas baratas en un lugar libre de drogas. El sistema de comprobantes también recompensa actividades recreativas y sociales que sean libres de drogas.

Se comparó este tratamiento diurno innovador con un tratamiento que consistía en terapia individual dos veces a la semana y terapia de grupo de 12 pasos, exámenes médicos y tratamiento además de referir a los pacientes a recursos comunitarios de vivienda y servicios vocacionales. El tratamiento diurno innovador seguido por trabajos y viviendas contingentes en la abstinencia de drogas tuvo un efecto más positivo en el uso de alcohol, de la cocaína y en el número de días en que los pacientes pasaron en la calle. [48]

2.4.11. Prevención de Drogodependencias

El término prevención en drogodependencias, hace referencia *"a* un proceso activo de implementación de iniciativas tendentes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta y el consumo de drogas *"*[49]

El fenómeno de las drogodependencias ha sufrido evoluciones progresivas, derivado del hecho que en nuestro país se sostiene culturalmente el consumo de alcohol.

El cambio de percepción de la población en los últimos 20 años ha propiciado la modificación de la idea de enfermedad en las personas que tienen problemas por el alcohol.

García del Castillo et al. (2012), resume la situación vivida en España a raíz del abuso de estas sustancias. La problemática del abuso de estas se fue desarrollando en la década de los 60 hasta consolidarse en los 80 con el consumo principal de heroína. Esta circunstancia causó tanta alarma social por el aumento de los robos con violencia, los asaltos, los delitos vinculados a la obtención de sustancias; hechos que favorecieron desde el gobierno central la creación de una estructura que abordara la problemática de las drogodependencias en nuestro país. El PNSD. Su creación fue en el año 1985, con la principal función de crear dispositivos

[48] OMS (2014). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de Prevención del suicidio: http://www.who.int /mental_health/suicideprevention /exe_summary_spanish.pdf?ua=1

[49] Martín, E. (1995). De los objetivos de la prevención a la "prevención por objetivos". En E. Becoña, A. Rodríguez e I. Salazar (Coords.), Drogodependencias. 4. Prevención (pp. 51-74). Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.

de tratamiento para las personas con problemas de adicción en las Comunidades Autónomas del estado.[50]

El cambio de concepto del fenómeno de las drogodependencias, incluyendo estrategias preventivas se inicia en la década de los 90. Gracias a la creación del PNSD. Para llevar a cabo estas estrategias "se hace necesario actuar desde dos niveles: por un lado, tratando de modificar aquellas condiciones de riesgo de los entornos y, por otro, dotando a las personas de recursos y habilidades que ayuden a reducir sus condiciones de vulnerabilidad".

Las estrategias preventivas pueden agruparse en función del grado de adaptación a los destinatarios, se subdivide en **universal, selectiva e indicada**; o teniendo como criterio el enfoque principal de la intervención, refiriéndose a informativas y de sensibilización, educativas, generación de alternativas, de protección y control, y reducción de riesgos. Todas estas alternativas estratégicas de prevención se aplican conforme a los distintos ámbitos de intervención. Los principales ámbitos de intervención son: prevención escolar, familiar, laboral, desde los medios de comunicación, comunitaria y ambiental.[51]

Esta investigación se centra en la prevención escolar, debido a que el programa que se evalúa pertenece a este ámbito de trabajo. En este capítulo se conceptualiza la prevención de drogodependencias, se presentarán las bases para el diseño e implantación de un programa de prevención, para poder concretar en el programa de prevención escolar *"Entre Todos"*, perteneciente a la Asociación Proyecto Hombre.

La implementación de estas iniciativas persigue mejorar la formación integral de la persona impidiendo, reduciendo o anulando la aparición de conductas relacionadas directa o indirectamente con el consumo, uso y abuso de drogas.

La guía de Prevención y Evaluación de Recursos (2010), elaborada por el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías, define la prevención, como la reducción de la incidencia del trastorno antes que ocurra o la detección temprana en sus estadios iniciales.

Esta definición queda incompleta, por lo que es necesario incluir la definición del término drogodependencia, para completarla.

La OMS (2001) define drogodependencia como "determinadas reacciones comportamentales o de otro tipo, en particular una fuerte compulsión a tomar la

[50] García del Castillo, J. A, López-Sánchez, C. y García del Castillo-López, A. (2012). Aproximación preliminar a la prevención del consumo de drogas. En J. A. García del Castillo y C., López-Sánchez (Coords.), Estrategias de intervención en la prevención de drogodependencias(pp. 21-34). Madrid: Editorial Síntesis.

[51] Moncada, S. (2012). Estrategias en prevención. En M. Isorna y D. Saavedra (Coords.), Prevención de drogodependencias y otras conductas adictivas(pp. 149-164). Madrid: Pirámide.

sustancia en cuestión de manera continuada para experimentar sus efectos psíquicos o para evitar el malestar causado por su carencia".

Por otra parte, Becoña 2002, define drogodependencia como:

El estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintetizada y caracterizada por:

1) Deseo dominante para continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio.
2) Tendencia a incrementar la dosis.
3) Dependencia física y generalmente psíquica, con síndrome de abstinencia por retirada de la droga.
4) Efectos nocivos para el individuo y para la sociedad.

En resumen: **se puede definir la prevención de la drogodependencias**. Como la implementación de actuaciones, puntuales o duraderas en el tiempo, que permitan evitar el inicio y/o la reducción del consumo de sustancias en el ámbito escolar, familiar, laboral, comunitario, etc., para potenciar los factores de protección y minimizar los riesgos.

2.4.12. Programas de Prevención

Prevención es un concepto genérico y amplio; sin embargo, programa de prevención es más sistemático y específico. [52]

Programa de prevención necesita un conjunto coherente de acciones bien construidas y encadenadas a partir de una evaluación de necesidades, y buscando la adaptación de las actividades al cumplimiento de los objetivos realistas trazados para conseguir el fin del programa a implementar. [53]

Los programas de prevención que se diseñan e implementan en España deben cubrir unos principios mínimos recogidos por el Politécnico Nacional de Adicciones de Estados Unidos (NIDA). En estos principios se esbozan claramente los requisitos que debe tener un programa para que se considere preventivo.

El objetivo de estos principios es el de ayudar a las familias, educadores, y líderes comunitarios a ponderar, planificar, e introducir programas de prevención del abuso de drogas con bases científicas a nivel comunitario. Los dieciséis principios que recoge NIDA sobre prevención son:

---

[52] Blanco, M. A. (Junio de 2013). Efectos del Consumo de Drogas sobre la Salud de los Adolescentes. Obtenido de https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/2992/BarrosBlancoMA.pdf?sequence=1

[53] Becoña, E. y Cortés, M. (Coords.). (2011). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en Formación. Recuperado de http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/ManualAdiccionesPires.pdf

Principio 1 - Los programas de prevención deberán mejorar los factores de prevención y revertir o reducir los factores de riesgo.[54]

- El riesgo de convertirse en un abusador de drogas involucra una relación entre el número y el tipo de los factores de riesgo (Ej., actitudes y comportamientos desviados) y los factores de protección (Ej., el apoyo de los padres).[55]
- El impacto potencial de factores específicos de riesgo y de protección cambia con la edad. Por ejemplo, los factores de riesgo dentro de la familia tienen un impacto mayor en un niño más joven, mientras que la asociación con compañeros que abusan de las drogas puede ser un factor de riesgo más importante para un adolescente.[56]
- Una intervención temprana en los factores de riesgo (Ej., conducta agresiva y un auto-control deficiente) a menudo tiene un impacto mayor que una intervención tardía al cambiar la trayectoria de la vida del niño alejándole de los problemas y dirigiéndolo hacia conductas positivas.[57]
- Aunque los factores de riesgo y de protección pueden afectar a personas de todos los grupos, estos factores pueden tener un efecto diferente dependiendo de la edad, sexo, raza, cultura y ambiente de la persona.[58]

Principio 2 – Los programas de prevención deben dirigirse a todas las formas del abuso de drogas, por separado o en conjunto, incluyendo el consumo de drogas legales (Ej., el tabaco o el alcohol) por menores; el uso de drogas ilegales (Ej., la marihuana o la heroína); y el uso inapropiado de sustancias obtenidas legalmente (Ej., los inhalantes), los medicamentos de prescripción, o aquellos que no necesitan prescripción.[59]

Principio 3 - Los programas de prevención deben dirigirse al tipo de problema de abuso de drogas en la comunidad local, escoger los factores de riesgo que se pueden modificar, y fortalecer los factores de protección que se conocen.[60] **Principio 4** - Los programas de prevención deben ser diseñados para tratar riesgos específicos a las características de la

[54] Hawkins, J. D., Catalano, R. F. y Arthur, M. (2002). Promoting science-based prevention in communities. Addictive Behaviors, 90(5), 1–26.
[55] Wills, T., McNamara, G., Vaccaro, D. y Hirky, A. (1996). Escalated substance use: A longitudinal grouping analysis from early to middle adolescence. Journal of Abnormal Psychology, 105, 166-180.
[56] Gerstein, D. R. y Green, L. W. (1993). Preventing Drug Abuse: What Do We Know? Washington, DC: National Academy Press.
[57] Hawkins, J. D., Kosterman, R., Catalano, R., Hill, K. G. y Abbott, R. D. (2008). Effects of social development intervention in childhood 15 years later. Arch Pediatr AdolescMed, 162(12), 1133-1141.
[58] Beauvais, F., Chavez, E., Oetting, E., Deffenbacher, J. y Cornell, G. (1996). Drug use, violence, and victimization among White American, Mexican American, and American Indian dropouts, students with academic problems, and students in good academic standing. Journal of Counseling Psychology, 43, 292-299.
[59] Johnston, L. D., O'Malley, P. M. y Bachman, J. G. (2002). Monitoring the Future National Survey. Results on Drug Use (vol. 1, secondary school students, 1975-2002). Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse
[60] Hawkins, J. D., Catalano, R. F. y Arthur, M. (2002). Promoting science-based prevention in communities. Addictive Behaviors, 90(5), 1–26.

población o de la audiencia, tales como la edad, el sexo, y la cultura, para mejorar la eficacia del programa [61]

Principio 5 - Los programas de prevención para las familias deben mejorar la compenetración y las relaciones familiares e incluir habilidades para ser mejores padres; entrenamiento para desarrollar, discutir y reforzar la política de la familia con relación al abuso desustancias; y la información y educación sobre las drogas.[62]

La compenetración familiar constituye el cimiento de la relación entre los padres y los hijos. Se puede fortalecer esta compenetración a través de un entrenamiento para mejorar la capacidad de apoyo de los padres a los hijos, la comunicación entre padres e hijos, y la participación de los padres con los hijos.[63]

Principio 6 - Se pueden diseñar los programas de prevención para una intervención tan temprana como en los años preescolares que enfoquen a los factores de riesgo para el abuso de drogas tales como el comportamiento agresivo, conducta social negativa, y dificultades académicas.[64]

Principio 7 - Los programas de prevención para los niños de la primaria deben ser dirigidos al mejoramiento del aprendizaje académico y socio- emotivo para tratar factores de riesgo para el abuso de drogas como la agresión temprana, el fracaso académico, y la deserción de los estudios. La educación debe enfocarse en las siguientes habilidades:[65]

- Auto-control
- Conciencia emocional
- Comunicación
- Solución de los problemas sociales
- Apoyo académico, especialmente en la lectura.

Principio 8 - Los programas de prevención para los estudiantes de la escuela media y de la secundaria deben aumentar la competencia académica y social con las siguientes habilidades:[66]

- Hábitos de estudio y apoyo académico

---

[61] Oetting, E. R. y donnermeyer, J. F. (1998). Primary socialization theory: The etiology of drug use and deviance I. Substance Use and Misuse, 33, 995-1026.

[62] Ashery, R. S., Robertson, E. B. y Kumpfer, K. L. (eds). (1998). Drug Abuse Prevention Through Family Interventions. Recuperado de http://archives.drugabuse.gov/pdf/monographs/monograph177/monograph177.pdf

[63] Kosterman, R., Hawkins, J. D., Spoth, R., Haggerty, K. P. y Zhu, K. (1997). Effects of a preventive parent-training intervention on observed family interactions: Proximal outcomes from Preparing for the Drug Free Years. Journal of Community Psychology, 25(4), 337-352.

[64] Webster-Stratton, C. (1998). Preventing conduct problems in Head Start children: Strengthening parenting competencies. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66, 715-730.

[65] Conduct Problems Prevention Research Group (2002). Predictor variables associated with positive Fast Track outcomes at the end of third grade. Journal of Abnormal Child Psychology 30(1), 37-52.

[66] Botvin, G. J. (1995). Entrenamiento en habilidades para la vida y prevención del consumo de drogas en adolescentes: consideraciones teóricas y hallazgos empíricos. Psicología conductual, 3(3). Recuperado de http://www.med.cornell.edu/ipr/pdf/botvin-1995-psicologia.pdf

- Comunicación
- Relaciones con los compañeros
- Auto-eficacia y reafirmación personal
- Habilidades para resistir las drogas
- Refuerzo de las actitudes anti-drogas
- Fortalecimiento del compromiso personal contra el abuso de las drogas.

Principio 9 - Los programas de prevención dirigidos a las poblaciones en general en puntos de transición claves, como la transición a la escuela media, pueden producir efectos beneficiosos aún entre las familias y los niños que tienen un alto riesgo. Tales intervenciones no se dirigen a las poblaciones en riesgo en particular, y por lo tanto, reducen el encasillamiento y promueven los lazos fuertes con la escuela y con la comunidad.[67]

Principio 10 - Los programas de prevención comunitarios que combinan dos o más programas eficaces, como los basados en las familias y los basados en las escuelas, pueden ser más eficientes que un programa individual.[68]

Principio 11 - Los programas de prevención comunitarios dirigidos a las poblaciones en varios ambientes–por ejemplo, en las escuelas, los clubes, las organizaciones religiosas, y los medios de comunicación son más eficaces cuando se presentan a través de mensajes consistentes en cada uno de los ambientes a lo largo de toda la comunidad.[69]

Principio 12 - Cuando las comunidades adaptan los programas a sus necesidades, normas comunitarias, o diferentes requerimientos culturales, deben mantener los elementos básicos de la intervención original basada en la investigación que incluye:[70]

- La estructura (cómo está organizado y compuesto el programa)
- El contenido (la información, las habilidades, y las estrategias del programa)
- La introducción (cómo se adapta, implementa y evalúa el programa).

Principio 13 - Los programas de prevención deben ser a largo plazo con intervenciones repetidas (es decir, programas de refuerzo) para fortalecer las metas originales de la prevención. Las investigaciones demuestran que los beneficios de los programas de

[67] Botvin, G. J. (2000). Preventing drug abuse in schools: social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiologic factors. Addictive behaviors, 25(6), 887-897.
[68] Botvin, G. J. (2000). Preventing drug abuse in schools: social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiologic factors. Addictive behaviors, 25(6), 887-897.
[69] Chou, C., Montgomery, S., Pentz, M., Rohrbach, L., Johnson, C., Flay, B. y Mackinnon, D. (1998). Effects of a community-based prevention program in decreasing drug use in high-risk adolescents. American Journal of Public Health, 88, 944-948.
[70] Spoth, R. L.; Redmond, D., Trudeau, L. y Shin, C. (2002). Longitudinal substance initiation outcomes for a universal preventive intervention combining family and school programs. Psychology of Addictive Behaviors, 16(2), 129-134.

prevención en la escuela media disminuyen si no hay programas de seguimiento en la secundaria.[71],

Principio 14 - Los programas de prevención deben incluir entrenamiento a los profesores en la administración positiva de la clase, como la recompensa por la buena conducta del estudiante. Estas técnicas ayudan a fomentar la conducta positiva, el rendimiento escolar, la motivación académica, y la formación de lazos fuertes con la escuela.[72]

Principio 15 - Los programas de prevención son más eficaces cuando emplean técnicas interactivas, como discusiones entre grupos de la misma edad y jugando a desempeñar el papel de los padres, lo que permite una participación activa en el aprendizaje sobre el abuso de drogas y en el refuerzo de habilidades.

Principio 16 - Los programas de prevención con bases científicas pueden ser costo-eficientes. Al igual que las investigaciones anteriores, la investigación reciente muestra que por cada dólar invertido en la prevención, se puede obtener un ahorro hasta de $10 en tratamientos para el abuso del alcohol u otras sustancias. [73]

2.4.13. Ámbitos de prevención

Las actuaciones en el campo de la prevención de drogodependencias se desarrollan en tres ámbitos principalmente **escolar, familiar y comunitario**. Actualmente se cuenta con programas preventivos en el ámbito laboral. Se persigue que en cada ámbito de trabajo exista personal técnico especializado encargado de implementar las acciones que se diseñen al efecto.

La familia

La familia constituye primer nivel de socialización del individuo, debido a que, es el núcleo en el que crece y se desarrolla. El papel de la familia en la educación y en la transmisión de valores a los y las menores es fundamental para la maduración personal. La familia constituye el referente en la conducta para los y las menores. Por este motivo, la familia debe implicarse en los programas preventivos dirigidos a los y las menores; ya que, "juegan un papel primordial en la inicio y el mantenimiento en la conducta de uso de drogas"[74] Además su colaboración, ayudará a conseguir los objetivos del programa, madurarán como

[71] Scheier, L., Botvin, G., Diaz, T. y Griffin, K. (1999). Social skills, competence, and drug refusal efficacy as predictors of adolescent alcohol use. Journal of Drug Education, 29(3), 251-278.
[72] Ialongo, N., Poduska, J., Werthamer, L. y Kellam, S. (2001). The distal impact of two first-grade preventive interventions on conduct problems and disorder in early adolescence. Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 9, 146-160.
[73] Moncada, S. (2012). Estrategias en prevención. En M. Isorna y D. Saavedra (Coords.), Prevención de drogodependencias y otras conductas adictivas(pp. 149-164). Madrid: Pirámide.
[74] Carballo, J. L., García, O., Secades, R., Fernández, J. R., García, E., Errasti, J. M y AlHalabi S. (2004). Construcción y validación de un cuestionario de factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en la adolescencia. Psicothema, 16(4), 674-679.

familia y finalmente se convertirán en agentes preventivos que fomentan el crecimiento personal y social de sus hijos e hijas.

Los objetivos que persigue la prevención familiar son "el desarrollo habilidades de educación de los padres y la mejora de la comunicación entre padres e hijos con el fin de reducir la probabilidad del consumo de sustancias".[75]

El centro educativo

Los centros educativos se convierten en el escenario perfecto para llevar a cabo las actuaciones preventivas derivadas de un programa, ya que el propio centro asume el papel de intervenir en la educación para la salud y la promoción de hábitos saludables. Además cuenta con un equipo de profesionales en el terreno educativo que facilita el acompañamiento del alumnado en la tarea de la madurez personal, tanto a nivel de capacidades, expectativas, valores, etc.

En la puesta en funcionamiento de los programas preventivos en los centros educativos, el profesorado se convierte en agente preventivo, debido a su condición de referente en el aula donde se llevan a cabo las actividades diseñadas en el programa de prevención. Por este motivo, muchos programas de prevención destinan tiempo y recursos a la formación de estos profesionales. Es decir, realizan una doble función con el alumnado les educan y les forman habilidades para el afrontamiento del consumo de drogas en su entorno.

La comunidad

El ámbito comunitario está constituido por las estructuras, agentes, entidades, asociaciones, etc., existentes en una organización social de una población, de un barrio, etc. Es decir, pueden formar el ámbito comunitario las administraciones públicas locales; agentes sociales, sanitarios, laborales; asociaciones de cualquier índole; policía; docentes; familias; etc. Cada elemento que compone la comunidad puede ejercer influencia en las actuaciones preventivas que se lleven a cabo, a través de un trabajo de coordinación y de optimización de recursos para desarrollar el programa preventivo diseñado al efecto, considerando las necesidades de la propia comunidad y utilizando sus recursos para abordar la prevención.

[75] García del Castillo, J. A., López-Sánchez, C., Carballo, J. L. y García, A. (2012). Técnicas aplicadas a la prevención de las drogodependencias. En J. A. García del Castillo y C., López-Sánchez (Coords.), Estrategias de intervención en la prevención de drogodependencias(pp. 109-133). Madrid: Editorial Síntesis.

Medios de comunicación

La reflexión sobre los medios de comunicación debe abordarse desde la perspectiva de la influencia en la adolescencia y juventud, con sus cánones sociales. Es decir, la reflexión sobre los medios de comunicación ayuda a generar pensamiento autónomos sobre la influencia de los mismos, el poder que como medio se le otorga en esta sociedad y como tecnología que puede generar nuevas adicciones (este caso sin drogas).

Es una herramienta fundamental para generar debate y opinión sobre los y las menores, generando valores al respecto; ya que se analizará este medio con respecto al consumo de drogas. En definitiva, se busca que los y las menores "se entrenen en técnicas de toma de decisiones planificada y responsable, evitando decisiones impulsivas y el desarrollo de un pensamiento crítico e independiente"[76]

Presión de grupo

El grupo de iguales es considerado como el según pilar de socialización de la adolescencia, después de la familia. En esta etapa evolutiva el grupo de iguales ocupa en muchas ocasiones parcelas del crecimiento personal de los y la adolescentes destinados a la familia, en un primer momento. El grupo de iguales genera más confianza, seguridad, pero en determinadas ocasiones la mala elección del grupo de amigos y amigas puede derivar en la realización de actividades relacionadas o cercanas al consumo provocado por una presión propia del grupo de iguales, con la idea de que si no realizan la actividad en cuestión se quedará solo. Ante este hecho la persona accede por el miedo a que ocurra dicha situación.

Por lo tanto, debe trabajarse pormenorizadamente la personalidad de los y las adolescentes para que sean capaces de forjar su propia identidad personal, y sean conscientes de la necesidad de negarse a actividades que no desean realizar sin ningún tipo de miedo. Es decir, en este apartado se relaciona la presión de grupo y el desarrollo de las habilidades sociales para conseguir en los y las menores y jóvenes una personalidad propia, segura y saludable.

[76] García del Castillo, J. A., López-Sánchez, C., Carballo, J. L. y García, A. (2012). Técnicas aplicadas a la prevención de las drogodependencias. En J. A. García del Castillo y C., López-Sánchez (Coords.), Estrategias de intervención en la prevención de drogodependencias(pp. 109-133). Madrid: Editorial Síntesis.

Integración, tolerancia y cooperación

Con la gran diversidad cultural existente en nuestra sociedad se estima necesario abordar trabajos relacionados con la integración, la tolerancia y la cooperación; debido a que, los y las menores deben aceptar a cualquier persona, junto a las ideas, opiniones y formas de pensar distintas de la propia.

Al vivir en una sociedad plural y diversa, se hace necesario fomentar en el alumnado valores de respeto y tolerancia hacia las demás personas. Además de enseñarles a trabajar en equipo.

Violencia

La violencia es un área de trabajo esencial no solo en las conductas de consumo de drogas, sino en la convivencia general en la sociedad en la que vivimos.

La violencia está muy presente actualmente, convirtiéndose en un fenómeno social y psicológico; ya que, repercute negativamente en las relaciones humanas y afecta a las personas que se encuentran involucradas en situaciones violentas.

La violencia se encuentra de manera transversal en cada una de las áreas comentadas anteriormente.

Prevención escolar

De los ámbitos comentados donde se puede realizar prevención, el interés se centra en el ámbito escolar, debido a que es el más indicado para la investigación, Moncada 2012 afirma que:

´´La escuela ha sido desde los orígenes de la prevención considerada un lugar idóneo para el desarrollo de acciones preventivas: por una parte, en ella podemos encontrar agrupada a la principal población objetivo de la prevención, que son los menores y jóvenes; por otra, siempre se ha entendido que la prevención tenía un fuerte componente educativo y que, el entorno escolar era un espacio natural para su aplicación.´´

Por lo que, la prevención escolar facilita el poder trabajar con los y las adolescentes escolarizados; población vulnerable para el inicio en el consumo de drogas, aprovechando la estructura organizativa del propio centro y los agentes preventivos de referencia con los que cuenta. [77]

[77] Botvin, G. J. (2000). Preventing drug abuse in schools: social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiologic factors. Addictive behaviors, 25(6), 887-897.

CAPITULO 3

III.1. VARIABLES

- Conocimiento
- Edad
- Sexo
- Persona con quién vive
- Drogas conocidas
- Uso de drogas
- Medio de información
- Consecuencias sobre las drogas
- Conocimiento sobre prevención

III.3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Concepto	Indicador	Escala
Conocimiento	Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, o atreves de introspección sobre hiperplasia prostática benigna.	Mucho Poco Ningunos	Nominal
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la realización del estudio.	Años cumplidos	Ordinal
Sexo	Fenotipoque diferencia el varón de la hembra	Masculino Femenino	Nominal
Persona con quién vive	Persona encargada de salvaguardar la integridad del adolescente	Padres Abuelos Hermanos Tíos Otros	Nominal
Drogas ilegales	Substancias psicoactivas que por su perjucio al sistema nervioso central han sido consideradas como nocivas y dañinas y reguladas por la ley.	Marihuana Cocaína Heroína Crack Extasis Opio Otras	Nominal
Medio de información	Forma en que la entrevistada obtuvo los conocimientos sobre métodos anticonceptivos.	Acceso a la información	Internet Amigo-a Padres Escuela Hospital Radio Televisión Periódico Revista
Consecuencias	Efectos adversos producidos por el uso y abuso de substancias psicoadictivas ilegales	Dependenica Violencia Irritabilidad Pérdida de conocimiento SIDA Prisión Otros	Nominal
Conocimiento sobre prevención	Prácticas, medida o disposición que se toma de manera anticipada para evitar que suceda una cosa considerada negativa.	Estabilidad familiar Estabilidad escolar Nivel autoestima Educación	Nominal

3.3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.3.1 Tipo de estudio

Es un trabajo es descriptivo, prospectivo y de corte transversal que nos permite establecer el nivel de conocimiento sobre drogas ilegales que tienen los adolescentes del Politécnico Cambita Garabito, período escolar 2018.

3.3.2 Demarcación Geográfica

Se realizó en el Politécnico Cambita Garabito, ubicado en la calle Trinitaria No. 52 del Municipio de Cambita Garabito, Provincia San Cristóbal.

3.3.3 Tiempo de realización

La investigación se realizó en un periodo de un año escolar, 2018.

3.3.4 Población

La población de estudio estuvo conformada por 302 estudiantes que asistieron al Politécnico Cambita Garabito de San Cristóbal.

3.3.5 Muestra

La muestra estuvo conformada por 200 adolescentes que cursan en el periodo de estudio con edades de 10 a 19 años y que se encontraban presentes durante la investigación.

3.3.6 Criterios de Inclusión

Estudiantes que deseen participar

Estudiantes que estén presentes el día de la investigación.

3.3.7 Criterios de exclusión

Estudiantes que no deseen participar.

Estudiantes que no asistan al área de estudio.

3.3.8 Método de Técnica y Procedimiento

Se aplicó un instrumento de recolección de datos (cuestionario) elaborado por la investigadora, donde se incluyen preguntas sobre las variables en estudio, **S**e elaboró un formulario en formato 8.5 x 11 el cual contó con 9 preguntas donde 8 son cerradas y 1 abierta para medir los datos sociodemográfico y el medio de obtención de información, y otra parte en donde se redactaron 8

preguntas cerradas y 4 abierta para medir el nivel de conocimiento sobre drogas ilícitas. Se calificaron las preguntas de nivel de conocimiento a partir de una regla de tres, es decir 12 preguntas correctas equivalentes al 100% de las respuestas, asignándose la siguiente categorización de acuerdo a la puntuación de cada uno, 69% de las respuestas correctas o menos, conocimiento bajo; 70-85% de las respuestas correctas conocimiento medio, y 86-100% de las respuestas correctas, conocimiento alto.

3.3.9 Procesamiento y análisis de la información

Los datos levantados se procesaran en Microsoft Office Excel, y Epio-Info, y se analizará la información, presentándose posteriormente en tablas graficas para su mayor comprensión.

3.3.10 Aspectos éticos

El presente estudio será ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki[23] y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).[24]

El estudio implica el manejo de datos identificatorios ofrecidos estudiantes que asisten al centro de estudio. Los mismos serán manejados con suma cautela, e introducidos en las bases de datos creadas con esta información y protegidas por clave asignada y manejada únicamente por la investigadora. Todos los informantes identificados durante esta etapa serán abordados de manera personal con el fin de obtener su permiso para ser contactadas en las etapas subsecuentes del estudio.

Todos los datos recopilados en este estudio serán manejados con el estricto apego a la confidencialidad. A la vez, la identidad será protegida en todo momento, manejándose los datos que potencialmente puedan identificar a cada persona de manera desvinculada del resto de la información proporcionada contenida en el instrumento.

Finalmente, toda información incluida en el texto del presente anteproyecto, tomada en otros autores, será justificada por su cita correspondiente.

CAPÍTULO IV.

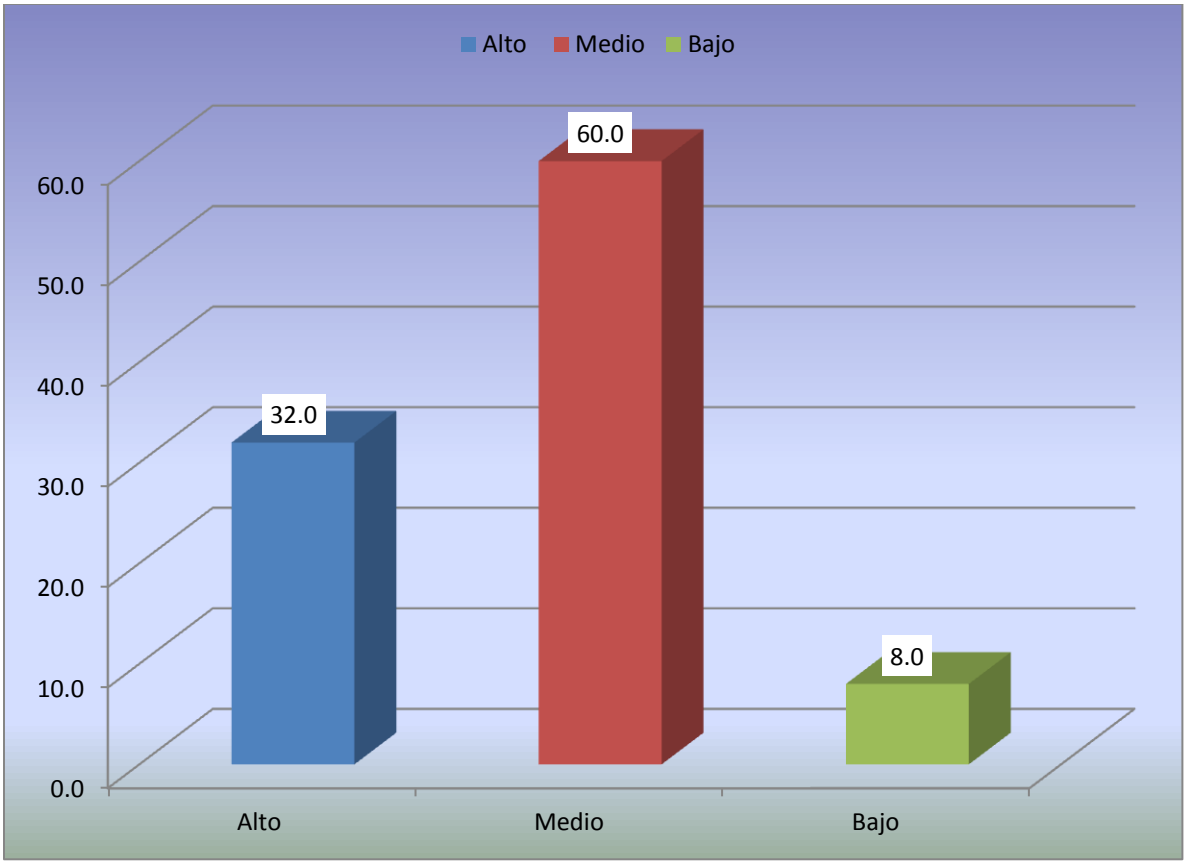
4.1.- PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1.- Conocimiento sobre drogas ilegales que tienen los adolescentes del Politécnico Cambita Garabito de San Cristóbal, período escolar 2018.

Nivel de Conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Alto	64	32.0
Medio	120	60.0
Bajo	16	8.0
Total	**200**	**100.0**

Fuente: Entrevista directa realizada a los adolescentes

Gráfico 1.- Conocimiento sobre drogas ilegales que tienen los adolescentes del Politécnico Cambita Garabito de San Cristóbal, período escolar 2018.



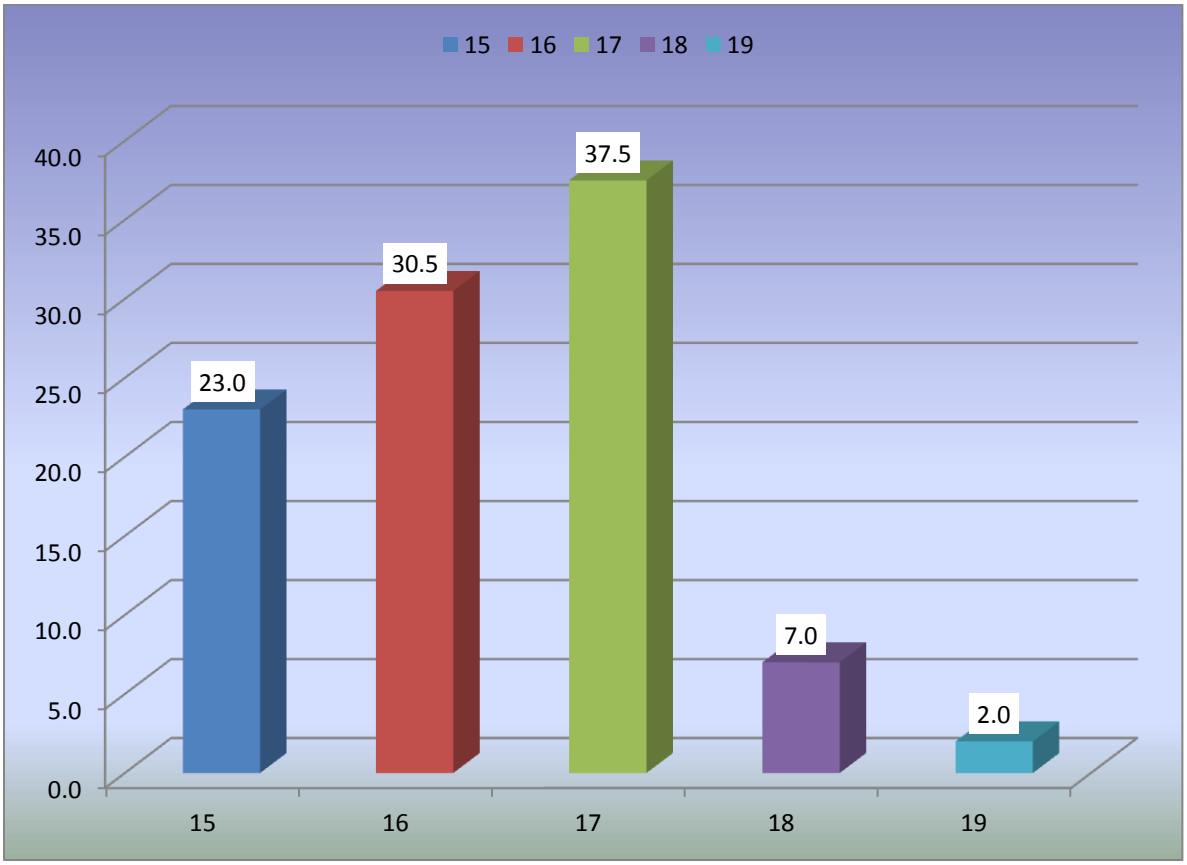
Fuente: Tabla 1

Tabla 2.- Conocimiento sobre drogas ilegales que tienen los adolescentes del Politécnico Cambita Garabito de San Cristóbal, período escolar 2018, según edad.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
15	46	23.0
16	61	30.5
17	75	37.5
18	14	7.0
19	4	2.0
Total	**200**	**100.0**

Fuente: Entrevista directa realizada a los adolescentes

Gráfico 2.- Conocimiento sobre drogas ilegales que tienen los adolescentes del Politécnico Cambita Garabito de San Cristóbal, período escolar 2018, según edad



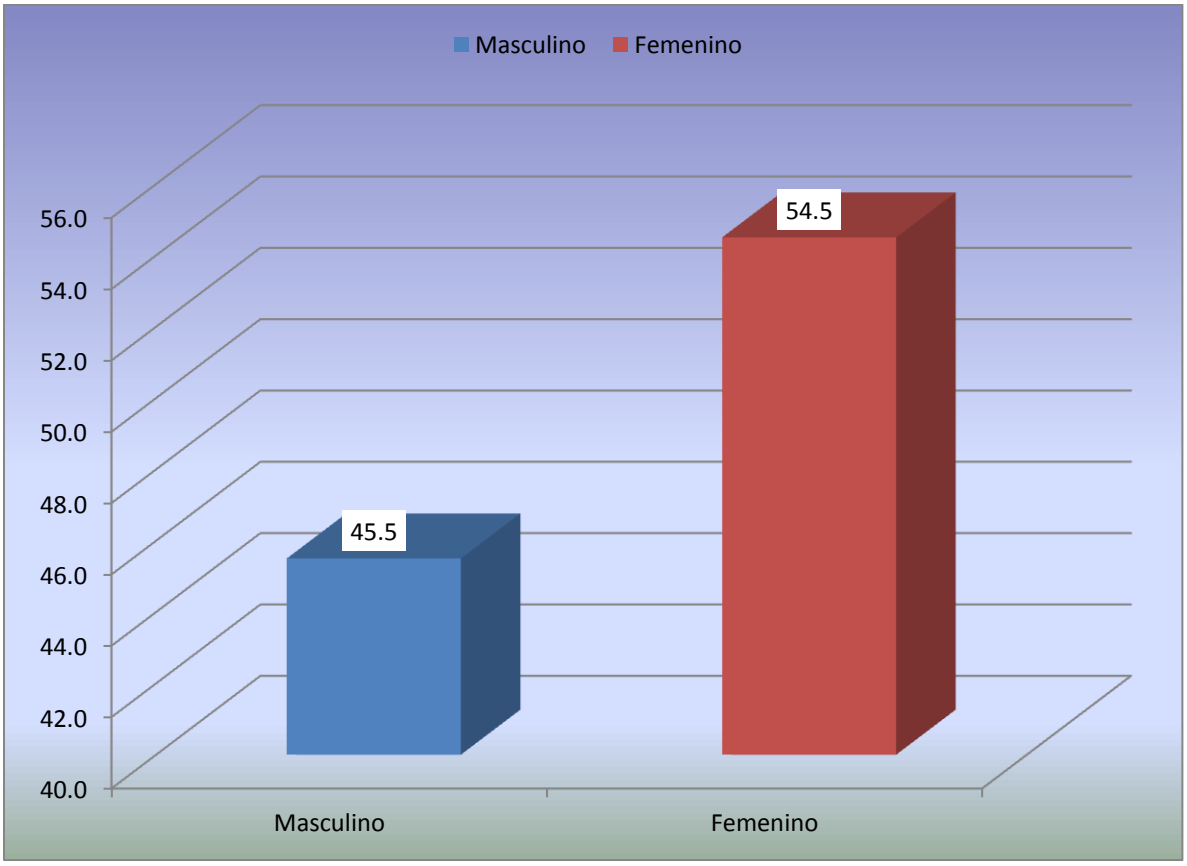
Fuente: Tabla 2

Tabla 3.- Conocimiento sobre drogas ilegales que tienen los adolescentes del Politécnico Cambita Garabito de San Cristóbal, período escolar 2018, según sexo.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	91	45.5
Femenino	109	54.5
Total	**200**	**100.0**

Fuente: Entrevista directa realizada a los adolescentes

Gráfico 3.- Conocimiento sobre drogas ilegales que tienen los adolescentes del Politécnico Cambita Garabito de San Cristóbal, período escolar 2018, según sexo.



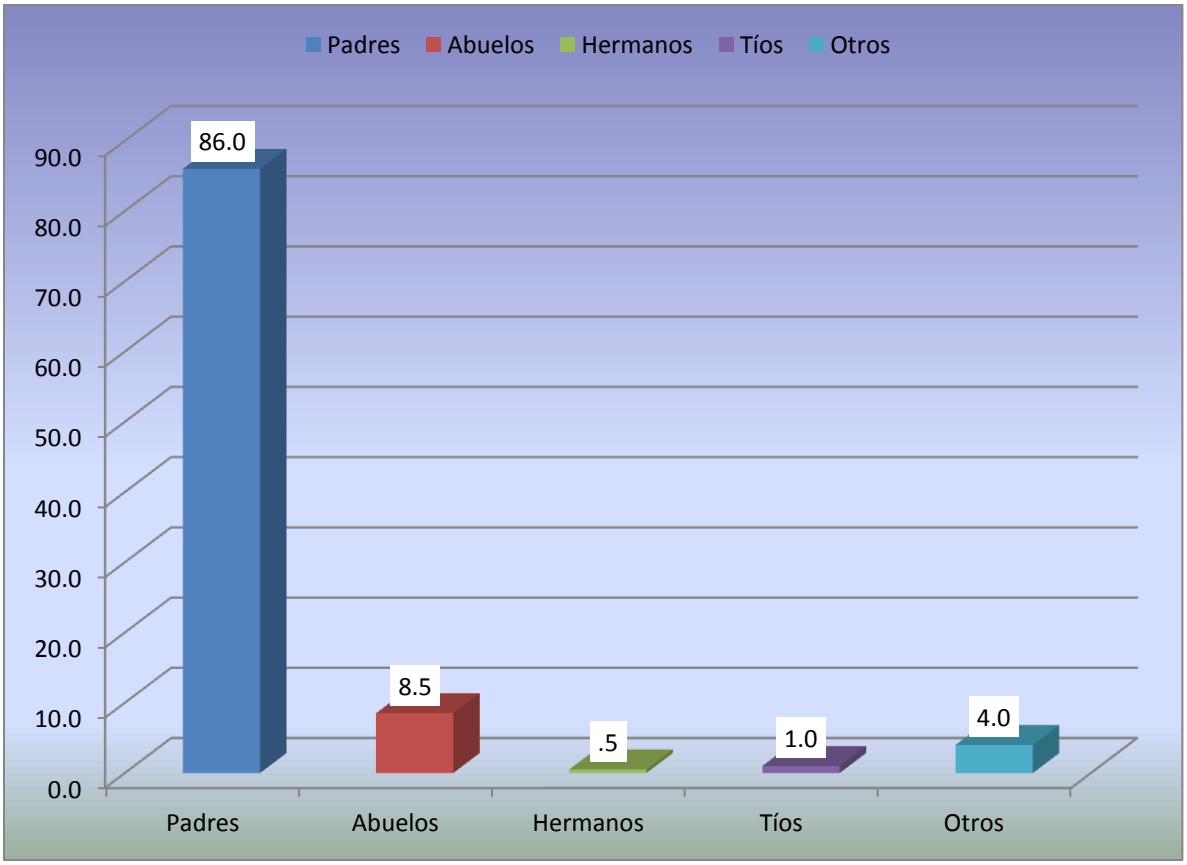
Fuente: Tabla 3

Tabla 4.- Conocimiento sobre drogas ilegales que tienen los adolescentes del Politécnico Cambita Garabito de San Cristóbal, período escolar 2018, según persona con quien vive.

Persona con quién Vive	Frecuencia	Porcentaje
Padres	172	86.0
Abuelos	17	8.5
Hermanos	1	.5
Tíos	2	1.0
Otros	8	4.0
Total	**200**	**100.0**

Fuente: Entrevista directa realizada a los adolescentes

Gráfico 4.- Conocimiento sobre drogas ilegales que tienen los adolescentes del Politécnico Cambita Garabito de San Cristóbal, período escolar 2018, según persona con quien vive.



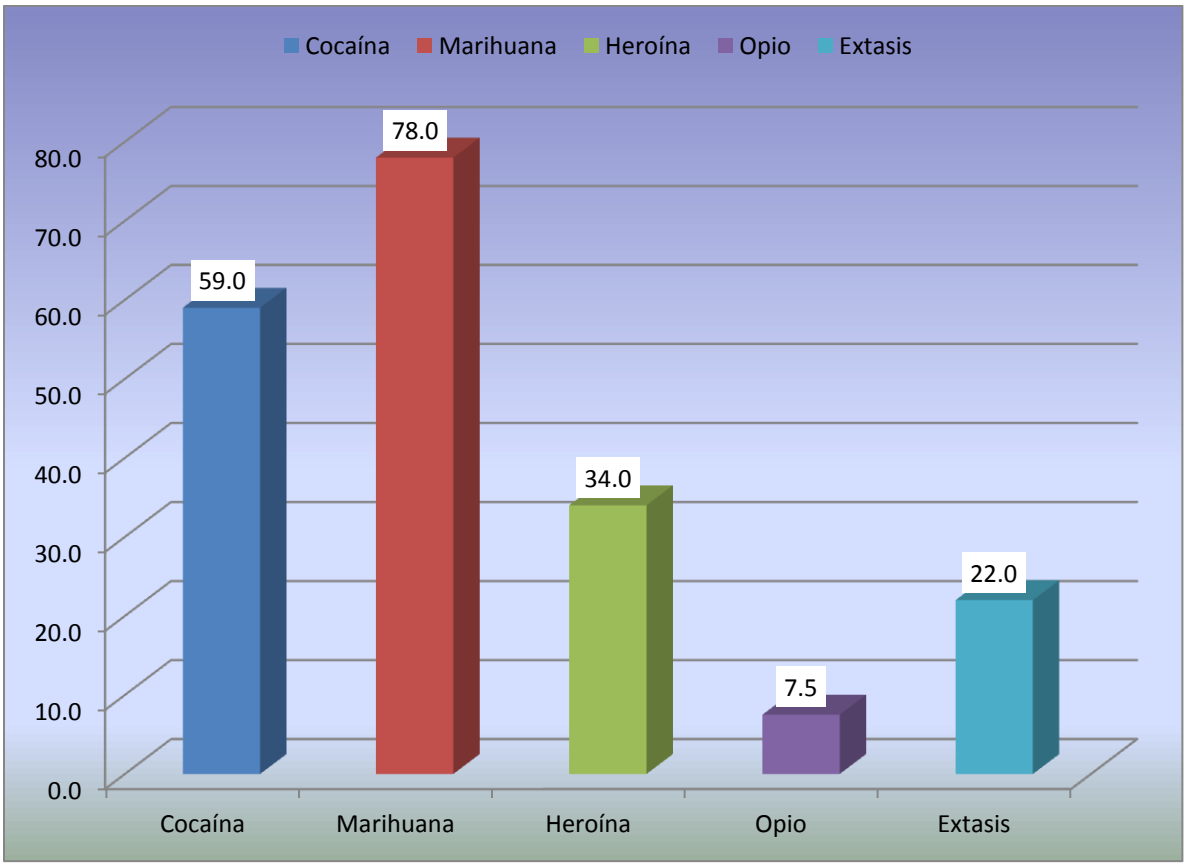
Fuente: Tabla 4

Tabla 5.- Conocimiento sobre drogas ilegales que tienen los adolescentes del Politécnico Cambita Garabito de San Cristóbal, período escolar 2018, según drogas conocidas

Tipo de drogas conocidas	Frecuencia	Porcentaje
Cocaína	118	59.0
Marihuana	156	78.0
Heroína	68	34.0
Opio	15	7.5
Extasis	44	22.0

Fuente: Entrevista directa realizada a los adolescentes

Gráfico 5.- Conocimiento sobre drogas ilegales que tienen los adolescentes del Politécnico Cambita Garabito de San Cristóbal, período escolar 2018, según drogas conocidas.



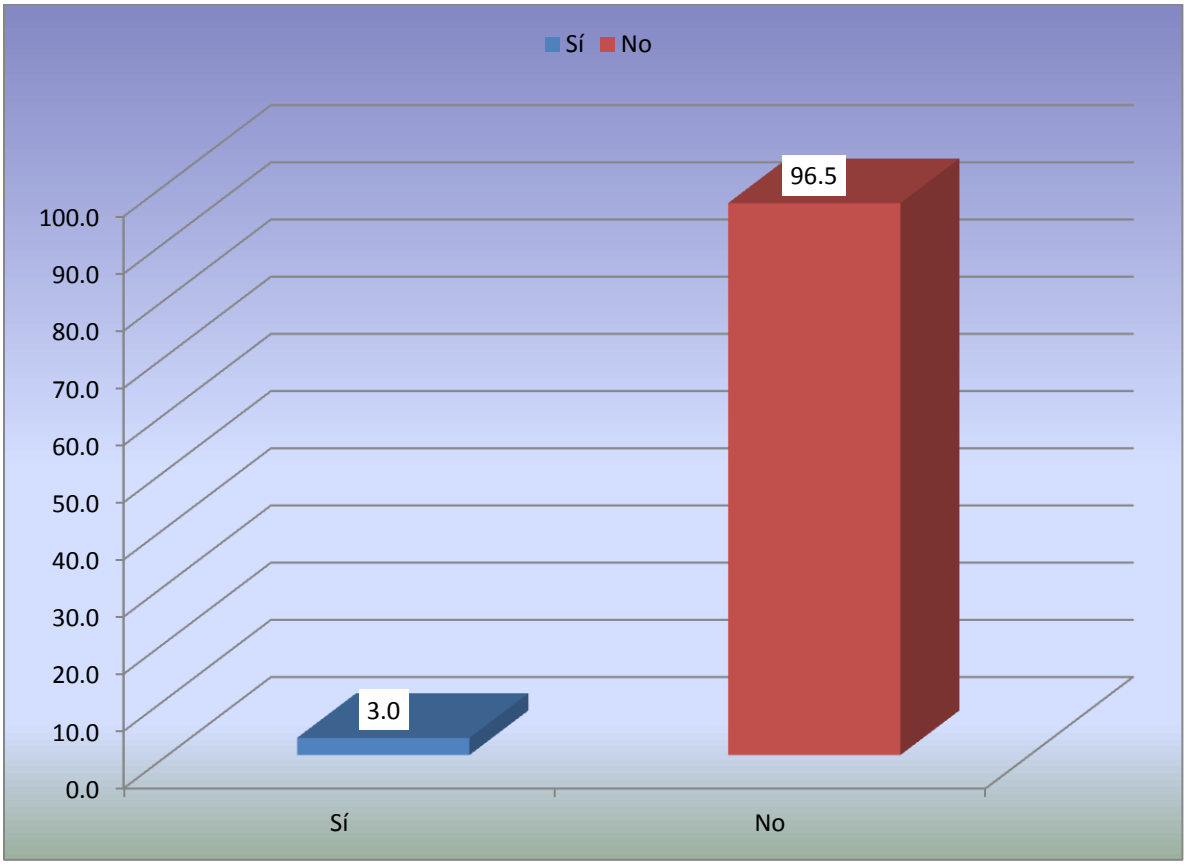
Fuente: Tabla 5

Tabla 6.- Conocimiento sobre drogas ilegales que tienen los adolescentes del Politécnico Cambita Garabito de San Cristóbal, período escolar 2018, según uso de drogas.

Consumo de Drogas	Frecuencia	Porcentaje
Sí	6	3.0
No	194	96.5
Total	**200**	**100.0**

Fuente: Entrevista directa realizada a los adolescentes

Gráfico 6.- Conocimiento sobre drogas ilegales que tienen los adolescentes del Politécnico Cambita Garabito de San Cristóbal, período escolar 2018, según uso de drogas.



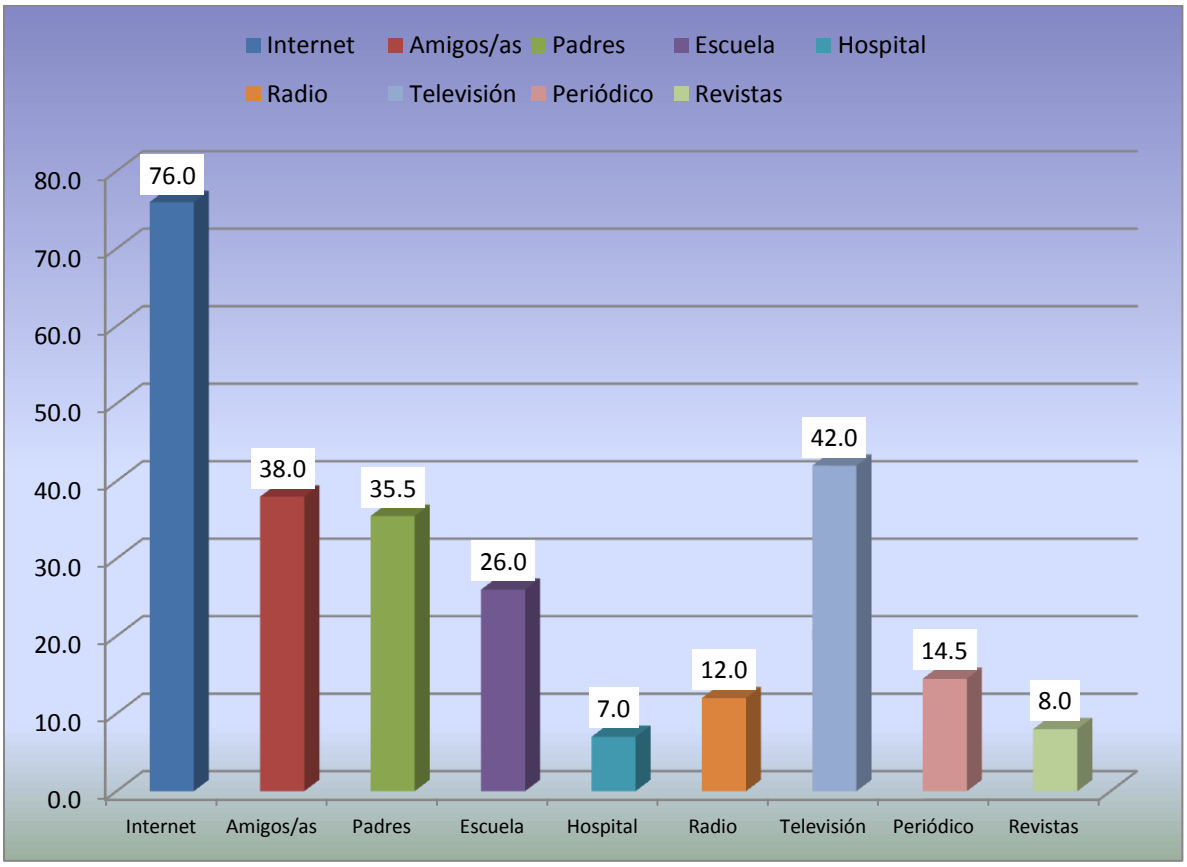
Fuente: Tabla 6

Tabla 7.- Conocimiento sobre drogas ilegales que tienen los adolescentes del Politécnico Cambita Garabito de San Cristóbal, período escolar 2018, según medios de información.

Medio de información	Frecuencia	Porcentaje
Internet	152	76.0
Amigos/as	76	38.0
Padres	71	35.5
Escuela	52	26.0
Hospital	14	7.0
Radio	24	12.0
Televisión	84	42.0
Periódico	29	14.5
Revistas	16	8.0

Fuente: Entrevista directa realizada a los adolescentes

Gráfico 7.- Conocimiento sobre drogas ilegales que tienen los adolescentes del Politécnico Cambita Garabito de San Cristóbal, período escolar 2018, según medios de información.



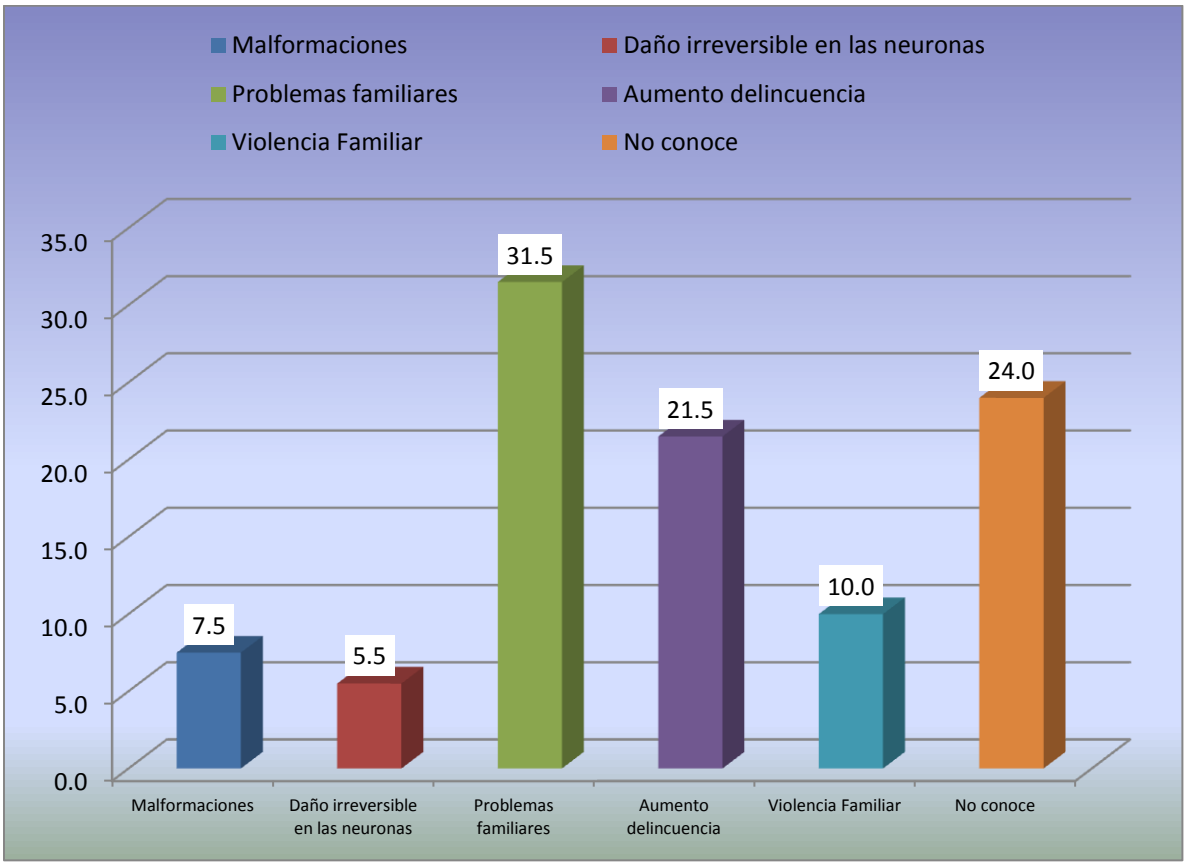
Fuente: Tabla 7

Tabla 8.- Conocimiento sobre drogas ilegales que tienen los adolescentes del Politécnico Cambita Garabito de San Cristóbal, período escolar 2018, según conocimiento consecuencias

Conocimiento consecuencias	Frecuencia	Porcentaje
Malformaciones	15	7.5
Daño irreversible en las neuronas	11	5.5
Problemas familiares	63	31.5
Aumento delincuencia	43	21.5
Violencia Familiar	20	10.0
No conoce	48	24.0
Total	**200**	**100.0**

Fuente: Entrevista directa realizada a los adolescentes

Gráfico 8.- Conocimiento sobre drogas ilegales que tienen los adolescentes del Politécnico Cambita Garabito de San Cristóbal, período escolar 2018, según conocimientos de consecuencias



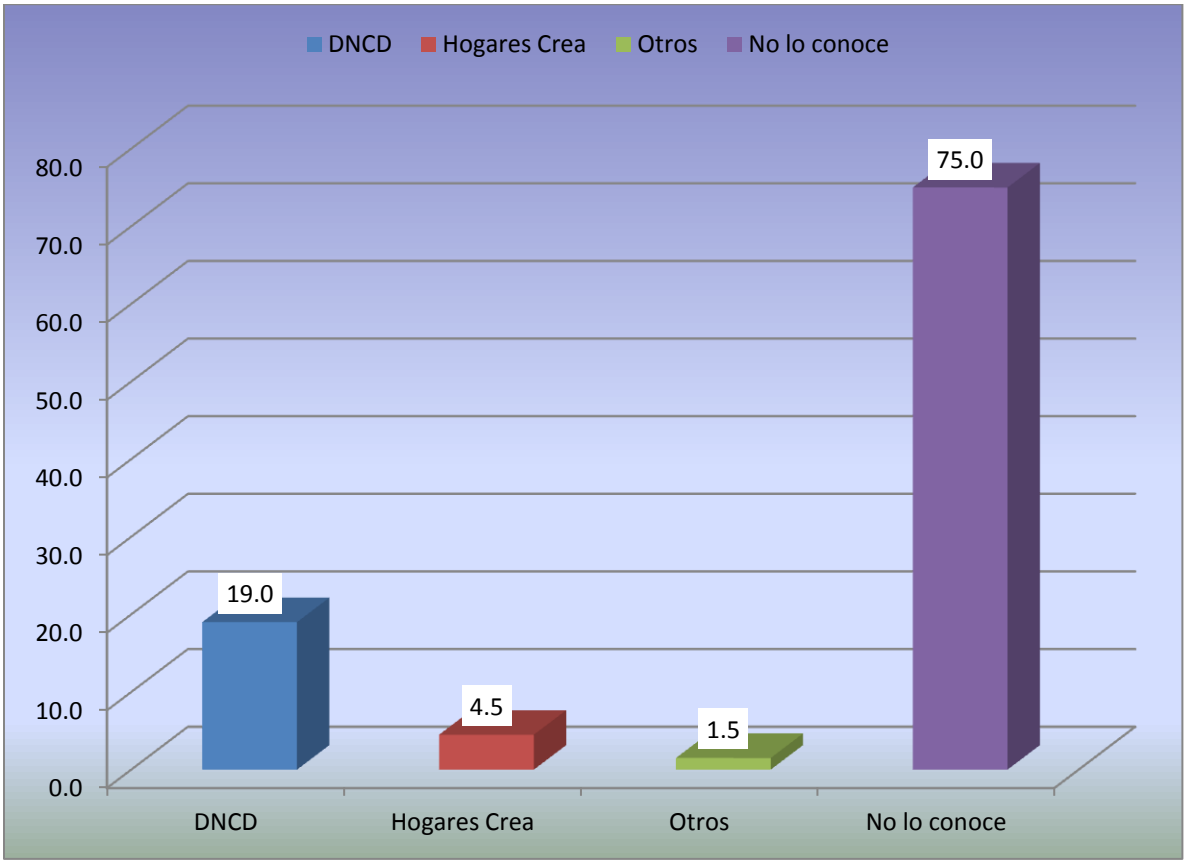
Fuente: Tabla 8

Tabla 9.- Conocimiento sobre drogas ilegales que tienen los adolescentes del Politécnico Cambita Garabito de San Cristóbal, período escolar 2018, según conocimiento sobre organismos de prevención.

Organismo de prevención	Frecuencia	Porcentaje
DNCD	38	19.0
Hogares Crea	9	4.5
Otros	3	1.5
No lo conoce	150	75.0
Total	**200**	**100.0**

Fuente: Entrevista directa realizada a los adolescentes

Gráfico 9.- Conocimiento sobre drogas ilegales que tienen los adolescentes del Politécnico Cambita Garabito de San Cristóbal, período escolar 2018, según conocimientos sobre organismos de prevención



Fuente: Tabla 9

4.2.- DISCUSIÓN

En este estudio se determinó que el nivel de conocimiento sobre las drogas ilegales de los adolescentes del politécnico de Cambita Garabito en el periodo de estudio escolar 2018 es **medio** en el 60 por ciento de los casos, **alto** con un 32 por ciento, y **bajo** 8 por ciento. Datos similares se obtuvieron en la investigación realizada en el año 2016, por parte de L. Pérez el cual realizo un estudio a 228 alumnos de la Escuelas Segundaria Básica Urbana Martin Klein, Varadero, Municipio de cadera Matanza, donde mostro que los estudiantes tienen un mediano conocimiento con 148 estudiantes para 64 por ciento.

Estudio realizado sobre el Conocimiento y consumo de drogas ilegales en estudiantes de un colegio público, Claudia Carolina Centurión Vivero y María Isabel Rodríguez en San Lorenzo, Paraguay en la que Participaron 222 estudiantes, de los cuales el 55,4% (123) era del sexo femenino. La edad estuvo comprendida entre 14 y 19 años con una media de 17 años. Referente a este estudio la edad más frecuente fue de 17 años con 37.5 por ciento seguido de 16 años con 30.5 por ciento y 15 años con 23.0 por ciento, y sexo más frecuente fue femenino con 54.5 por ciento y restante fue 45.5 por ciento para sexo masculino.[78]

En relación con quien viven los estudiantes, un estudio que se realizó Lima y Callao sobre Drogas ilegales en escolares y factores familiares asociados a su consumo , César Gutiérrez1,2, Hans Contreras3 , Delia Trujillo4 , Eduardo Haro4 y José Ramos-Castillo5 demostraron que el 65,3 por ciento refirió vivir con ambos padres, 28 por ciento vivía solamente con uno de ellos y 6,7 por ciento no vivía con ninguno de ellos, resultado similares tuvimos en nuestro estudio con un 86,0 por ciento de los estudiantes que vive con sus padres, 8,5 por ciento con los abuelos y 4,0 por ciento con otros familiares.[79]

Con respecto a las drogas que más conocen, la marihuana obtuvo un 78.0 por ciento seguido de la cocaína con 59.0 por ciento y la heroína con 34.0 por ciento. Datos similares se obtuvieron en la investigación realizada en el año 2016, por L. Pérez, donde la mayoría, igual a 98,2 por ciento designan la marihuana como la droga más conocida.

En 2012 se realizó una encuesta nacional sobre el consumo de drogas en poblaciones de educación secundaria en Costa Rica, Se obtuvieron como resultado el consumo de marihuana alguna vez en la vida un 27,4 por ciento y el consumo frecuente un 66,6 por ciento. De esta forma la marihuana se podría considerar como la tercera droga de mayor consumo entre los y las

[78] Centurión Viveros C, Rodríguez- RiverosMI. Conocimiento y consumo de drogas ilegales en estudiantes de un colegio público.Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. 2017;15(2): 14-2, Disponible en: http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v15n2/1812-9528-iics-15-02-00014.pdf

[79] Gutierrez, C.; Contreras, H.; Trujillo, D.; Haro, E. Ramos, J.Drogas ilegales en escolares de Lima y Callao: factores familiares asociados a su consumo. An Fac med. 2009;70(4):247-54. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v70n4/a04v70n4.pdf

estudiantes de secundaria ubicándose en niveles de consumo muy cercanos a los del tabaco y el alcohol, **Mientras que este estudio revela que en los estudiante del Politécnico de Cambita Garabito san Cristóbal Rep. Dom. Se identificó que 96,5 por ciento de los adolescentes no han consumido drogas y solo un 3,5 por ciento si han consumido alguna vez**. [80]

En cuanto a la información que reciben los adolescentes acerca de las drogas ilícitas, la investigación que realizó Ferreyra Carlos Damián, Lucero Juan Edolver y Valdez Juan José en 2011, los jóvenes siguen escuchando a sus familiares un 53 por ciento y a sus docentes el 51 por ciento, la televisión 58 por ciento que todavía sigue siendo el principal medio de transmisión de información para los adolescentes, por encima de la radio con 15 por ciento y la prensa gráfica un 8 por ciento e incluso la Internet con un 15 por ciento.

A diferencia de este estudio el porcentaje más alto es la red internet con 76.6 por ciento, seguido de la televisión con 42.0 por ciento y los padres 35.5 por ciento, la escuela 26 por ciento, los amigos 38 por ciento, la radio 12 por ciento y los periódicos con 14.5 por ciento, se pudo comprobar en esta investigación que la internet ha sido el medio de transmisión de información de mayor relevancia para los y las adolescentes de los últimos tiempos. [81]

La consecuencia que más reconocen los y las estudiantes son los problemas familiares con el 31.5 por ciento, seguido del aumento de la delincuencia con el 21.5 por ciento y 10.0 por ciento la violencia intrafamiliar.

En cuanto al conocimiento de las consecuencias que arrastra el uso de las drogas, que suelen traducirse en limitaciones permanentes e incluso la muerte. Sólo el 41% de los encuestados considera que si, el 38% consideran que no y el 21% respondió que no sabía, esta investigación fue realizada por Ferreyra Carlos Damián, Lucero Juan Edolver, y Valdez Juan José en el año 2011.

En este estudio también se comprobó el nivel de conocimiento sobre el organismo de prevención denominado cono Dirección Nacional de Control de Drogas. D.N.C.D. Donde el 75.0 por ciento indicó que no los conoce. A diferencia del 19.0 por ciento que si los conoce.

[80] Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Población de Educaciòn Secundaria. costa Rica 2012. Disponible en: http://www.bvs.sa.cr/tabaquismo/encuestaescolares.pdf

[81] Ferreyra, C.; Lucero, J. Valdez, J. Nivel de Conocimiento de los Adolescentes Marplatenses sobre las consecuencias del uso de drogas. Universidad Fasta. Disponible en: http://redi.ufasta.edu.ar:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/1373/2011_SC_004.pdf?sequence=1

4.3.- CONCLUSIÓN

El nivel de conocimiento sobre drogas ilegales de los adolescentes del Politécnico Cambita Garabito. **Es medio**.

En cuanto a la edad. **La más frecuente fue de 17 años**.

En cuanto al sexo. **El más frecuente fue el femenino**.

La gran mayoría de los y las adolescentes. **Vive con sus padres**.

La droga que más conocen. **Es la marihuana.**

Se identificó que la gran mayoría de estos adolescentes. **No ha consumido drogas**.

El medio de información por el que adquieren más conocimientos. **Es por la red internet**.

Se pudo comprobar que la mayoría de los y las adolescentes. **Saben de las consecuencias del uso de drogas ilegales.**

Se comprobó que la mayoría de los y las adolescentes. **No conocen cuál es el organismo de prevención de las drogas.**

4.4.- RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Educación

Realizar campañas preventivas contra el consumo de drogas en adolescentes.

Incluir en el programa escolar de los centros educativos. Talleres, Charlas, conferencias entre otros incluyendo a los padres, para aumentar el conocimiento acerca de los efectos y consecuencias del uso las drogas, fomentando así la comunicación entre padres e hijos, aumentando consigo el afecto familiar.

A La Dirección Nacional de Control de Drogas

Aumentar la seguridad en las entradas y salidas de los centros educativos ya que estas son las áreas más vulnerables para el traspaso de estas sustancias ilegales donde esperan a los adolescentes para ofrecerles o motivarlos al consumo y o venta de las mismas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abnormal Child Psychology 30(1), 37-52.
- Alfaro, M. A. (2013). Conducta suicida adolescencia y riesgo. Revista Cubana de Medicina General Integral., 132-139 .
- Ashery, R. S., Robertson, E. B. y Kumpfer, K. L. (eds). (1998). Drug Abuse Prevention Through Family Interventions. Recuperado de http://archives.drugabuse.gov/pdf/monographs/monograph177/monograph177.pdf
- Asucena, L. G. (2011). Desarrollo de las fuciones ejecutivas y de la corteza prefrontal. Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias,, 159-172.
- Beauvais, F., Chavez, E., Oetting, E., Deffenbacher, J. y Cornell, G. (1996). Drug use, violence, and victimization among White American, Mexican American, and American Indian dropouts, students with academic problems, and students in good academic standing. Journal of Counseling Psychology, 43, 292-299.
- Becoña, E. y Cortés, M. (Coords.). (2011). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en Formación. Recuperado de
- Blanco, M. A. (Junio de 2013). Efectos del Consumo de Drogas sobre la Salud de los Adolescentes. Obtenido de https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/2992/BarrosBlancoMA.pdf?sequence=1
- Blanco, M. A. (Junio de 2013). Efectos del Consumo de Drogas sobre la Salud de los Adolescentes. Obtenido de https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/2992/BarrosBlancoMA.pdf?sequence=1
- Botvin, G. J. (1995). Entrenamiento en habilidades para la vida y prevención del consumo de drogas en adolescentes: consideraciones teóricas y hallazgos empíricos. Psicología conductual, 3(3). Recuperado de http://www.med.cornell.edu/ipr/pdf/botvin-1995-psicologia.pdf
- Botvin, G. J. (2000). Preventing drug abuse in schools: social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiologic factors. Addictive behaviors, 25(6), 887-897.
- Carballo, J. L., García, O., Secades, R., Fernández, J. R., García, E., Errasti, J. M y AlHalabi S. (2004). Construcción y validación de un cuestionario de factores de
- Carrión, D. G. (2012 - 2013). Consejo nacional de control de sustancias estupefacientes y psicotrópicas. Obtenido de Plan Nacional de Prevención: http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/savia/PDF/2012_plan_prevenci%C3%B3n.pdf
- Centurión Viveros C, Rodríguez- RiverosMI. Conocimiento y consumo de drogas ilegales en estudiantes de un colegio público.Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. 2017;15(2): 14-2, Disponible en: http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v15n2/1812-9528-iics-15-02-00014.pdf
- Chou, C., Montgomery, S., Pentz, M., Rohrbach, L., Johnson, C., Flay, B. y Mackinnon, D. (1998). Effects of a community-based prevention program in decreasing drug use in high-risk adolescents. American Journal of Public Health, 88, 944-948.
- Conduct Problems Prevention Research Group (2002). Predictor variables associated with positive Fast Track outcomes at the end of third grade. Journal of

- Contreras Martinez, L., Molina Banqueri, V., & Cano Lozano, M. C. (octubre de 2011). Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. Obtenido de Consumo de drogas en adolescentes con conductas infractoras: análisis de variables psicosociales implicadas: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122901005
- Dirección Nacional de Control de Drogas (D.N.C.D.). Portal de Transparencia. Estadísticas Institucionales 2017. Disponible en:http://www.dncd.gob.do/transparencia/estadisticas-institucionales/
- Ferreyra, C.; Lucero, J. Valdez, J. Nivel de Conocimiento de los Adolescentes Marplatenses sobre las consecuencias del uso de drogas. Universidad Fasta. Disponible en: http://redi.ufasta.edu.ar:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/1373/2011_SC_004.pdf?sequence=1
- Flores, C. M. (2010). Contribuciones a las Ciencias Sociales. Obtenido de FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADICCIÓN ADOLESCENTE : http://www.eumed.net/rev/cccss/07/cmnf.pdf
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (United Nations Children´s Fund) (UNICEF, 2011). http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/ManualAdiccionesPires.pdf
- Fred K. Berger, M. A. (24 de Febrero de 2014). MedlinePlus. Obtenido de MedlinePlus: https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001522.htm
- García del Castillo, J. A, López-Sánchez, C. y García del Castillo-López, A. (2012). Aproximación preliminar a la prevención del consumo de drogas. En J. A. García del Castillo y C., López-Sánchez (Coords.), Estrategias de intervención en la prevención de drogodependencias(pp. 21-34; 109-133). Madrid: Editorial Síntesis.
- GARDUÑO AMBRIZ ROSALÍA, G. H. (17 de Enero de 2011.). Asociación Mexicana de Tanatología, A.C. Obtenido de SUICIDIO EN ADOLESCENTES: http://www.tanatologiaamtac.com/descargas/tesinas/27%20Suicidio%20en%20adolescentes.pdf
- Gerstein, D. R. y Green, L. W. (1993). Preventing Drug Abuse: What Do We Know? Washington, DC: National Academy Press.
- Gutierrez, C.; Contreras, H.; Trujillo, D.; Haro, E. Ramos, J.Drogas ilegales en escolares de Lima y Callao: factores familiares asociados a su consumo. An Fac med. 2009;70(4):247-54. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v70n4/a04v70n4.pdf
- H, D. A. (2011). Déficits y problemas del adolescente. Los déficits y problemas personales. REV. MED. CLIN. CONDES, 98-109.
- Haro, J. (2009). Investigación Evaluativa. Aplicaciones e intervenciones sociales y de salud pública. México: El Colegio de Sonora.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. y Arthur, M. (2002). Promoting science-based prevention in communities. Addictive Behaviors, 90(5), 1–26.
- Hawkins, J. D., Kosterman, R., Catalano, R., Hill, K. G. y Abbott, R. D. (2008). Effects of social development intervention in childhood 15 years later. Arch Pediatr AdolescMed, 162(12), 1133-1141.
- Health, U. D. (Diciembre de 2012). National Institute On Drug Abuse. Obtenido de El abuso de drogas y la drogadicción: https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/drugfacts_understanding_addiction_spanish_12.5.12_final_0.pdf
- Health, U. D. (Diciembre de 2012). National Institute On Drug Abuse. Obtenido de El abuso de drogas y la drogadicción:

https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/drugfacts_understanding_addiction_spanish_12.5.12_final_0.pdf

- Ialongo, N., Poduska, J., Werthamer, L. y Kellam, S. (2001). The distal impact of two first-grade preventive interventions on conduct problems and disorder in early adolescence. Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 9, 146-160.
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Población de Educaciòn Secundaria. costa Rica 2012. Disponible en: http://www.bvs.sa.cr/tabaquismo/encuestaescolares.pdf
- Johnston, L. D., O'Malley, P. M. y Bachman, J. G. (2002). Monitoring the Future National Survey. Results on Drug Use (vol. 1, secondary school students, 1975-2002). Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse
- Josephy Hernández Sylvia, Mora Mathus Rebeca, Ramos Castro Ricardo, Sequeira Solís Alejandra, Vázquez Vargas Marcela, Zumbado Campos Daniel. Evaluando el conocimiento de menores de edad sobre drogas y alcohol, abuso sexual infantil, violencia intrafamiliar e infecciones de transmisión sexual: el caso de la Escuela Estados Unidos de América. Med. leg. Costa Rica [Internet]. 2010 Sep [cited 2018 Feb 03] ; 27(2): 27-33. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152010000200003&lng=en.
- Kosterman, R., Hawkins, J. D., Spoth, R., Haggerty, K. P. y Zhu, K. (1997). Effects of a preventive parent-training intervention on observed family interactions: Proximal outcomes from Preparing for the Drug Free Years. Journal of Community Psychology, 25(4), 337-352.
- Martín, E. (1995). De los objetivos de la prevención a la "prevención por objetivos". En E. Becoña, A. Rodríguez e I. Salazar (Coords.), Drogodependencias. 4. Prevención (pp. 51-74). Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.
- Mitjans, P. r. (2013). Tesis sobre la Prevalencia del Consumo de Sustancias Psicoactivas en Estudiantes Universitarios de la Universidad Tecnológica Intercontinental. Obtenido de http://utic.edu.py /investigacion / attachments / article /119 /Tesis%20Doctoral%20Patricia%20Figueredo.pdf
- Moncada, S. (2012). Estrategias en prevención. En M. Isorna y D. Saavedra (Coords.), Prevención de drogodependencias y otras conductas adictivas(pp. 149-164). Madrid: Pirámide.
- Oetting, E. R. y donnermeyer, J. F. (1998). Primary socialization theory: The etiology of drug use and deviance I. Substance Use and Misuse, 33, 995-1026.
- Oliva, A; Rodriguez, K. "Comunicación entre padres e hijos adolescentes y consumo de drogas, Institución Educativa San Nicolas. Huamachuco. 2016". Perú. Disponible en: http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/8612
- OMS (2014). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de Prevención del suicidio: http://www.who.int/mental_health/suicideprevention/exe_summary_spanish.pdf?ua=1
- Pérez, L. Nivel de conocimiento sobre los daños del consumo de drogas en adolescentes, Escuela Secundaria Básica Urbana Martín Klein, Matanzas. 2014-2015. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. 2016. Disponible en: Nivel de conocimiento sobre los daños del consumo de drogas en adolescentes, Escuela Secundaria Básica Urbana Martín Klein, Matanzas. 2014-2015.
- Pontifes. (2010). Buenas tareas. Recuperado el 23 de Julio de 2016, de http://www.buenastareas.com/ensayos/Antecedentes-Historicos-De-

LasDrogas/132624.htmlriesgo interpersonales para el consumo de drogas en la adolescencia. Psicothema, 16(4), 674-679.

- Proyecto TOI (2012). Building together a basic course for the prevention of drug addiction. TOI project 2011-ES1-LEO05-35848.
- Río, F. P. (FEBRERO de 2012). Publicaciones de la excma. diputación provincial de Burgos. Obtenido de estudios sobre adicciones. perfiles de drogodependientes y eficacia: http://proyectohombre.es/wpcontent/uploads/2012/02/2011-Estudios-sobre-adicciones.pdf
- Rosa Riofrío Guillén, L. C. (18 de MAYO de 2010). Rev. Latino-Am. Enfermagem. Obtenido de Consumo de drogas en los jóvenes de la ciudad de Guayaquil, Ecuador: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18nspe/a16v18nspe.pdf
- Salvador, E. s. (2015). Tesis - La comunicación intrafamiliar y su influencia en el consumo de drogas. Obtenido de http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/7960/1/TESIS.pdf.
- Scheier, L., Botvin, G., Diaz, T. y Griffin, K. (1999). Social skills, competence, and drug refusal efficacy as predictors of adolescent alcohol use. Journal of Drug Education, 29(3), 251-278.
- Spoth, R. L.; Redmond, D., Trudeau, L. y Shin, C. (2002). Longitudinal substance initiation outcomes for a universal preventive intervention combining family and school programs. Psychology of Addictive Behaviors, 16(2), 129-134.
- UNICEF. (2 de SEPTIEMBRE de 2011). UNICEF. Obtenido de http://www.unicef.org/ecuador/SOWC-2011-Main-Report_SP_02092011.pdf
- UNICEF. (2 de SEPTIEMBRE de 2011). UNICEF. Obtenido de http://www.unicef.org/ecuador/SOWC-2011-Main-Report_SP_02092011.pdf
- Vila, A. R. (2010). Trastorno por Abuso de Sustancias en la Infancia y la Adolescencia. Obtenido de http://www.paidopsiquiatria.cat/files/trastorno_por_abuso_substancias_infancia_adolescencia.pdf
- Webster-Stratton, C. (1998). Preventing conduct problems in Head Start children: Strengthening parenting competencies. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66, 715-730.
- Wills, T., McNamara, G., Vaccaro, D. y Hirky, A. (1996). Escalated substance use: A longitudinal grouping analysis from early to middle adolescence. Journal of Abnormal Psychology, 105, 166-180.

ANEXOS

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henriquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina
Hospital Juan Pablo Pina
Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria

Instrumento de recolección de datos

1.-Conocimiento
Mucho ( )
Poco ( )
Ninguno ( )

2.- Edad_____

3.- Sexo
Masculino ( )
Femenino ( )

4.- Estado civil
Casada ( )
Soltera ( )
Unión libre ( )
Viuda ( )
Divorciada ( )

6.- Persona con quien vive
Padres ( )
Abuelos ( )
Hermanos ( )
Tíos ( )
Otros ( )

7.- Medio de información
Internet ( )
Amigo-a ( )
Padres ( )
Escuela ( )
Hospital ( )
Radio ( )
Televisión ( )
Periódico ( )
Revista ( )

8.- Tipo de droga que conoce
Cocaína ( )
Marihuana ( )
Heroína( )
Opio ( )
Extasis ( )

9.- Ha consumido algún tipo de drogas
Si ( )
No ( )

10.- Conoce las consecuencias
Si ( )
No ( )

PREGUNTAS DE CONOCIMIENTO

11.- Define con tus palabras el término droga.

_____

_____

_____ _____

12.- Menciona las drogas que conoces e indica si generan o no adicción. Generan adicción (indica con una cruz)

Ord.	Droga	si	no
1			
2			
3			
4			
5			
6			

13.- Que es drogadicción?

_____

_____ _____

14.- ¿Qué son las neuronas y para que sirven? (Señala con una cruz la respuesta correcta)

[ ] Son células sanguíneas, portadoras de oxígeno a las células y tejidos del cuerpo.

[ ] Son células nerviosas que envían y reciben información conectando todas las partes del cuerpo humano.

[ ] Son células sanguíneas, responsables de la defensa del organismo contra los agentes y los microbios extraños.

[ ]Son divertículos terminales en los que se produce el intercambio gaseoso entre el aire inspirado y la sangre.

15.- Cómo afecta el consumo de drogas al Sistema Nervioso Central?

[ ] Lo estimula (acelera la actividad neurológica).
[ ] Lo deprime (disminuye la actividad mental).
[ ] Llega a provocar daños irreversibles en las neuronas.
[ ] Lo altera sin provocar daños.

16.- Señale con una cruz aquellos síntomas que provoca el consumo de marihuana.

[ ] Alucinaciones.
[ ] Pérdida de memoria de corto plazo.
[ ] Falta de apetito.
[ ] Todas.

17- ¿Cuales de las actividades que a continuación se detallan se esarrollan con dificultad a causa del consumo reciente de marihuana? (Señala con una cruz la respuesta correcta)

[ ] Estudiar.
[ ] Expresarse coherentemente.
[ ] Memorizar
[ ] Conducir un vehículo.
[ ] Todas

18. -¿Cuales de las siguientes drogas pueden provocar malformaciones en la descendencia al ser consumida abusivamente por una madre embarazada? (Señala con una cruz la respuesta correcta)

[ ] Marihuana
[ ] Éxtasis
[ ] Alcohol
[ ] Cocaína
[ ] Todas

19.- ¿Cuáles de las siguientes sustancias son de venta legal?

[ ] Nicotina
[ ] Alcohol
[ ] Marihuana
[ ] Cocaína

20.- ¿Por qué motivos cree que una persona puede iniciarse en el consumo de drogas?

_____
_____

_____ _____

21.- ¿Qué problemas crees que surgen en la SOCIEDAD a raíz del consumo de drogas ilícitas?
[ ] Aumento de delincuencia
[ ] Incremento de enfermedades sexuales
[ ] Violencia familiar
[ ] No surgen problemas.
[ ] Otros. ¿Cuáles? _____

22.- -¿Cuáles de las siguientes opciones corresponden a organizaciones de Prevención de las Adicciones?
[ ] D.N.C.D.
[ ] Hogares Crea
[ ] OTRA:_____

MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACION.

Sustentante

_____
Dra. Bernardina Acevedo

Asesores

_____ _____
Dra. Claridania Rodríguez Dra. Concepción Aurora Sierra

_____
Dr. Ervin David Jiménez

Jurado:

_____ _____
Dra. María Altagracia Ortiz Dra. Iris Paula

Autoridades:

_____ _____
Dr. Ervin David Jiménez Dra. Concepción Aurora Sierra
Coordinador Residencia Gerente de enseñanza

_____ _____
Dr. Eduardo García Dr. William Duke
Director de la Escuela de Medicina Decano de la Facultad

Fecha presentación 19 de abril 2018

Calificación: _____