

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**“DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS:
CONSUMO DE LOS ESTUDIANTES EN
LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA
UASLP”**



TESIS

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

PRESENTAN

Ma. De Jesús Coronado Hernández

Ma. Del Refugio Martínez Rodríguez

COMITÉ DE TESIS:

**MSP. Ma. Guadalupe Guerrero Rosales
MCE. PhD Candelaria Betancourt Esparza
M.E. Ma. De Lourdes Hernández Blanco**

AGOSTO 2010

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**“DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS:
CONSUMO DE LOS ESTUDIANTES EN
LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA
UASLP”**



TESIS

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

PRESENTAN

Ma. De Jesús Coronado Hernández

Ma. Del Refugio Martínez Rodríguez

COMITÉ DE TESIS:

**MSP. MA. GUADALUPE GUERRERO ROSALES
MCE. PhD CANDELARIA BETANCOURT ESPARZA
M.E. MA. DE LOURDES HERNÁNDEZ BLANCO**

AGOSTO 2010

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA



“DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS: CONSUMO DE LOS
ESTUDIANTES EN LA FACULTAD DE ENFERMERÍA
DE LA UASLP”



TESIS

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

PRESENTAN:

Las Enfermeras Generales
Ma. De Jesús Coronado Hernández
Ma. Del Refugio Martínez Rodríguez

Directora de Tesis:

MCE, PhD Maria Candelaria Betancourt Esparza

AGOSTO 2010

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA**

PROGRAMA DE NIVELACIÓN DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

TESIS:

**“DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS: CONSUMO DE LOS ESTUDIANTES EN LA
FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UASLP”**

ELABORADO POR:

Enfermeras Generales
Ma. De Jesús Coronado Hernández
Ma. Del Refugio Martínez Rodríguez

APROBÓ:
PRESIDENTE DE JURADO

MSP. Ma. Guadalupe Guerrero Rosales

SECRETARIO

MCE, PhD Maria Candelaria Betancourt Esparza

VOCAL

M.E Ma. De Lourdes Hernández Blanco

AGOSTO 2010

Agradecimiento:

Agradecemos al personal docente de la Facultad, quienes durante el trayecto nos compartieron sus conocimientos, proporcionándonos los elementos necesarios para crecer en el ámbito profesional y personal.

Especialmente a nuestra asesora Candelaria Betancourt Esparza, por su gran apoyo y motivación para la elaboración de esta tesis.

**“...El hombre es una realidad sistémica,
fruto de la organización de sus posibilidades
biológicas, psíquicas, culturales y sociales”.**

Paulo Freire

ÍNDICE		Pág.
I	Introducción	1
II	Planteamiento del problema	3
III	Justificación	7
IV	Marco teórico	11
V	Objetivos	47
VI	Metodología	48
VII	Resultados y discusión.	57
VIII	Conclusiones	218
IX	Recomendaciones	221
X	Referencias	222
XI	Apéndices y Anexos	226
XII	Glosario	239

	Índice de tablas	Pág.
Tabla 1	Clasificación de las adicciones.	27
Tabla 2	Clasificación de fármacos legales e ilegales	29
Tabla 3	Clasificación de las drogas.	31
Tabla 4	Consumo de drogas ilícitas de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición.	64
Tabla 5	Consumo de drogas ilícitas de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición.	67
Tabla 6	Consumo de drogas ilícitas de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición.	69
Tabla 7	Frecuencia de consumo de drogas lícitas conforme al género de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición.	72
Tabla 8	Consumo de drogas ilícitas conforme al género de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición.	75
Tabla 9	Consumo de drogas ilícitas conforme al género de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición.	77
Tabla 10	Consumo de drogas ilícitas conforme a género de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición.	79
Tabla 11	Consumo de drogas ilícitas conforme a género de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición.	82
Tabla 12	Consumo de drogas lícitas “alguna vez en la vida” conforme a grupos de edad de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición.	85
Tabla 13	Consumo de drogas ilícitas “alguna vez en la vida” conforme a grupos de edad de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición.	87

Tabla 14	Consumo de drogas ilícitas “alguna vez en la vida” conforme a grupos de edad de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición.	89
Tabla 15	Consumo de drogas ilícitas “alguna vez en la vida” conforme a grupos de edad de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición.	91
Tabla 16	Consumo de drogas ilícitas “alguna vez en la vida” conforme a grupos de edad de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición.	94
Tabla 17	Consumo de drogas ilícitas “alguna vez en la vida” conforme a grupos de edad de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición.	96
Tabla 18	Consumo de drogas lícitas “en los últimos doce meses” conforme a grupos de edad de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición.	98
Tabla 19	Consumo de drogas ilícitas “en los últimos doce meses” conforme a grupos de edad de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición.	100
Tabla 20	Consumo de drogas ilícitas “en los últimos doce meses” conforme a grupos de edad de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición.	102
Tabla 21	Consumo de drogas ilícitas “en los últimos doce meses” conforme a grupos de edad de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición.	104
Tabla 22	Consumo de drogas ilícitas “en los últimos doce meses” conforme a grupos de edad de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición.	106
Tabla 23	Consumo de drogas lícitas según edad inicio de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición.	108

Tabla 24	Consumo de drogas ilícitas según edad inicio de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición.	110
Tabla 25	Consumo de drogas ilícitas según edad inicio de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición.	112
Tabla 26	Consumo de drogas ilícitas según edad inicio de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición.	115
Tabla 27	Consumo de drogas ilícitas según edad inicio de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición.	118
Tabla 28	Consumo de drogas ilícitas según edad de inicio de los estudiantes de Facultad de Enfermería y Nutrición.	124
Tabla 29	Frecuencia con que consumen drogas lícitas los estudiantes de Facultad de Enfermería y Nutrición.	130
Tabla 30	Frecuencia de consumo de drogas ilícitas de los estudiantes de Facultad de Enfermería y Nutrición.	138
Tabla 31	Formas de administración de drogas lícitas de los estudiantes de Lic.de Enfermería y Nutrición.	141
Tabla 32	Formas de administración de drogas ilícitas de los estudiantes de Lic.en Enfermería y Nutrición.	144
Tabla 33	Formas de administración de drogas ilícitas de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición.	146
Tabla 34	Formas de administración de drogas ilícitas de los estudiantes de Lic.de Enfermería y Nutrición.	149
Tabla 35	Formas de administración de drogas ilícitas de los estudiantes de Facultad de Enfermería y Nutrición.	152
Tabla 36	Abstinencia de drogas lícitas según género los estudiantes de Facultad de Enfermería y Nutrición	154
Tabla 37	Abstinencia de drogas ilícitas según género de los estudiantes de Lic.en Enfermería y Nutrición.	161
Tabla 38	Abstinencia de drogas ilícitas según género de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición.	165

Tabla 39	Ocasión de consumo de drogas lícitas de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición.	168
Tabla 40	Ocasión de consumo de drogas ilícitas de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición.	173
Tabla 41	Ocasión de consumo de drogas ilícitas de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición.	176
Tabla 42	Dosis de consumo de drogas lícitas en los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición.	179
Tabla 43	Dosis de consumo de drogas lícitas de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición.	181
Tabla 44	Dosis de consumo de drogas ilícitas de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición.	185
Tabla 45	Dosis de consumo de drogas ilícitas de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición.	188
Tabla 46	Dosis de consumo de drogas ilícitas de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición.	190
Tabla 47	Nivel de dependencia de consumo de tabaco de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición.	191
Tabla 48	Problemas derivados del consumo de alcohol de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición.	203
Tabla 49	Problemas derivados del consumo de alcohol de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición.	204
Tabla 50	Problemas derivados del consumo de alcohol de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición.	205

ÍNDICE DE CUADROS		Pág.
Cuadro 1	Características sociodemográficas de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición.	58
Cuadro 2	Consumo de drogas lícitas de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición.	61
Cuadro 3	Nivel de dependencia de consumo de tabaco de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición.	193
Cuadro 4	Problemas derivados del consumo de alcohol de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición.	202

RESUMEN

En México existen numerosos estudios que identifican la prevalencia de alcohol y tabaco en diferentes grupos de población, sin embargo, son pocos los estudios o artículos en México que se abocan a estudiar el consumo de drogas lícitas e ilícitas en estudiantes universitarios, los que viven en situaciones de riesgo dadas las características que se enfrenta tales como: edad. Por ser un problema de salud pública que se infiltra en todos los niveles socioeconómicos, fue relevante realizar el presente estudio con el objetivo de: Determinar el consumo de drogas lícitas e ilícitas en los estudiantes de 1º a 5º semestre de la Licenciatura en Enfermería y Nutrición de la Facultad de Enfermería de la UASLP, nivel de dependencia a la nicotina y problemas derivados del consumo de alcohol y otras drogas ilícitas. Se trata de una investigación de tipo cuantitativo, descriptivo, prospectivo y transversal. La muestra fue no probabilística por conveniencia, conformada por 581 estudiantes de primero a quinto semestre de las Licenciaturas de Enfermería y Nutrición de la Facultad de Enfermería de la UASLP, previo consentimiento libre e informado. Para la obtención de la información se utilizaron tres instrumentos: el test de sustancias utilizadas alguna vez en la vida y durante los últimos doce meses del Centro de Integración Juvenil, test Fagerström para identificar consumo y nivel de dependencia de tabaco y el test de AUDIT para identificar el consumo de alcohol y problemas derivados de este.

Las drogas lícitas consumidas por los estudiantes son alcohol 75.8% y tabaco 27.8%, con un nivel de dependencia leve (puntuación de 0-2), las mujeres presentaron mayor consumo que los hombres. En el consumo de drogas ilícitas predominó la marihuana con 6.3% seguida por cocaína con 1.8%, y hachís 1.7%, siendo más frecuente en hombres. El grupo etario predominante fue de 17 – 21 años.

Conclusiones: Los estudiantes de licenciatura en Enfermería y Nutrición consumen prioritariamente drogas lícitas como tabaco y alcohol, seguidas de las ilícitas, donde predomina la marihuana.

Descriptor (DECs): Droga, consumo, drogas ilícitas.

ABSTRACT

There are numerous studies that identify the prevalence of alcohol and tobacco in different population groups summary. In Mexico, however, few studies or articles in Mexico leading to study both licit and illicit drugs in college students living in situations of risk given features faces such as: age. Being a problem of public health infiltrated at all socioeconomic levels, it was relevant to the present study with the aim of: determining the consumption of licit and illicit drugs in 1 ° to 5 ° half of the Bachelor in nursing and the UASLP, level of nicotine and problems arising from the consumption of alcohol and other drug dependence nursing school nutrition students. This is a descriptive, prospective and transverse quantitative research. The sample was not probability for convenience, formed by 581 students from first to fifth semester of the degrees of nursing and the UASLP nursing school nutrition free and informed consent. Three instruments were used for obtaining information: substances ever in life and during the last twelve months of the Centre for youth integration, Fagerström to identify consumption and tobacco dependency level test and AUDIT test to identify the consumption of alcohol and problems of this test. Licit drugs consumed by students are alcohol 75.8% and tobacco 27.8%, with a level of mild dependence (0-2 score), women were more consumption than men. In the consumption of illicit drugs predominant marijuana with 6.3% followed by cocaine with 1.8%, and hashish 1.7%, being more common in men. The predominant age group was 17 - 21 years.

Conclusions: Bachelor's degree in nursing and nutrition students consume licit as tobacco and alcohol, followed by the illicit.

Descriptors (DECs): Drugs, consumption, illicit drugs.

ABREVIATURAS

ENA: Encuesta Nacional de Adicciones.

CIJ: Centro de Integración Juvenil.

CECA: Consejo Estatal contra las Adicciones.

CONADIC: Consejo Nacional contra las Adicciones.

I INTRODUCCION

Las adicciones son un problema de salud a nivel mundial que se ha convertido en una de las causas de morbi-mortalidad en la sociedad actual. México comparte con la mayoría de los países del mundo el fenómeno del abuso de sustancias, sus formas de uso y tendencias, también se observan características derivadas de las condiciones socioculturales locales.

Según la Encuesta Nacional de Adicciones 2008 destaca que el número de personas que probaron alguna vez una droga ilegal creció de 3.5 millones en 2002, a 4.5 millones en 2008. El problema crece a mayor velocidad en las mujeres quienes presentan la mayor incidencia acumulada para todas las drogas, esto sucede en adolescentes de entre 15 y 18 años de edad para adquirir alguna adicción.^{1, 2, 3, 4,5}

Este fenómeno que se comparte con otros países ha permitido que en México se lleven a cabo diversos estudios referente al consumo de drogas, los cuales han utilizado la metodología aplicada internacionalmente permitiendo abordar poblaciones difíciles y dar cuenta del contexto en el que ocurre el consumo y de otros aspectos que en mucho se derivan de la globalización.^{1, 2, 5, 6,7}

Es importante reforzar las variables ambientales que protegen a los adolescentes: aumentar la percepción de riesgo, y reforzar la poca tolerancia social, identificar a los adolescentes que requieren intervenciones más intensivas como aquellos con problemas emocionales, con problemas de adicciones en la familia. Las opciones de tratamiento deben de abrirse a los grupos hasta ahora no atendidos.^{1, 8,9}

Indudablemente, muchos de los factores culturales, económicos y sociales asociados con el uso y abuso de sustancias adictivas y los problemas derivados, están fuera de control de las políticas de salud. Sin embargo los gobiernos tienen la responsabilidad de reducir los problemas de salud y

sociales que aquejan a la población y que representan pérdidas humanas, disminución de la calidad de vida y costos importantes para la sociedad en su conjunto.^{1,2}

El consumo de drogas es una problemática que tiene en alerta a la mayoría de los países en el mundo, por tal razón instituciones nacionales y regionales se han unido para luchar contra el fenómeno de las drogas, tal es el caso CONADIC: (Consejo Nacional contra las Adicciones), Consejo Estatal Contra las Adicciones: CECA, Centro de Integración Juvenil: CIJ y el Instituto Temazcalli, con quienes la Facultad de Enfermería trabaja en forma estrecha pues como entidad formadora de recursos para la salud, comparte la preocupación de estas instituciones para prevenir el consumo de drogas en los jóvenes (en este caso estudiantes), lo que direcciona su actuar hacia la detección, prevención y tratamiento oportuno de adicciones a través de la operacionalización de sus programas dirigidos a abordar esta problemática.

En base a la importancia de conocer el consumo de drogas lícitas e ilícitas en los estudiantes de la Facultad de Enfermería de la UASLP se llevó a cabo una búsqueda de estudios realizados en la Facultad; sin embargo no se encontró ningún estudio acerca de este tema. Por lo tanto este trabajo pretende dar a conocer el consumo de drogas lícitas e ilícitas en los estudiantes de Facultad de Enfermería de la UASLP pues representa un problema grave de salud pública en gran dimensión en países desarrollados y de importancia relevante en nuestro país.

Fue importante la realización de este estudio ya que el consumo de drogas lícitas e ilícitas constituye un problema a nivel mundial de morbi-mortalidad en la sociedad actual, problemas que aquejan a la población y que representan pérdidas humanas, disminución de la calidad de vida y costos importantes para la sociedad en su conjunto.

II PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México es simbólico que al hablar de la etapa de adolescencia se refiera a problemas, ya que en esta etapa se requiere de una atención particular en el área de la salud. Existen diferentes motivos para que este tipo de población sea particularmente importante ya sea por razones sociales, culturales y económicas, pues es sabido que en la adolescencia se presentan cambios físicos, emocionales, en el rol familiar, en el entorno social y en la progresiva adquisición de la autonomía tanto profesional como económica.

Estos cambios implican procesos que dependen de factores macro y microsociales, el adolescente se enfrenta a situaciones nuevas en las cuales no siempre cuenta con elementos sobre conocimientos, actitudes y conductas que le permitan prevenir situaciones de riesgo para la salud.²

Al hablar de adolescencia (que significa adolecer del desarrollo de la conciencia), es importante considerar los factores que ello implica: el miedo a no ser aceptado, la forma de vestir y hablar, el lenguaje corporal, que evidencian al adolescente de manera absoluta, en la sociedad es frecuente que se le trate de acuerdo con sus meritos, el interferir en su conducta no es la solución sino por el contrario se ve obligado a reprimir sus emociones y por lo tanto aumenta su rebeldía. Se debe comprender que a esta edad deja de cumplir correctamente con sus obligaciones, siendo muy difícil que sea aceptado de una manera favorable.^{6,8}

El estudiante de la facultad de enfermería no está ajeno ante la problemática que viven los adolescentes puesto que está viviendo experiencias de esta etapa vital, por lo que, muchas veces dependiendo de las características de su entorno realiza acciones tales como el inicio de consumo de drogas para mostrar su descontento y acentuar la rebeldía, lo que muchas veces le permite sentirse aceptado por los grupos de su misma edad pero incrementa sus factores de riesgo para deterioro de su salud.

Los factores de riesgo que están relacionados con la conducta humana, se presentan de forma voluntaria, con resultados indefinidos, tienen una serie de cambios con repercusión en la salud personal y social. Inevitablemente, cada sociedad establece sus reglas y conductas para normar el uso de drogas, conductas que para un individuo pueden estar permitidas y para otros no.^{2,5}

Es relevante considerar lo anterior puesto que para Enfermería como profesión es una responsabilidad cuidar la salud de sus agremiados, motivándolos a mantenerse libre de adicciones a través de la detección y tratamiento oportunos del consumo de drogas. Así mismo, la enfermería como disciplina debe proporcionar cuidados de calidad a los individuos familia y comunidad por lo que para la Facultad de Enfermería como entidad formadora de recursos para la salud, busca asumir su responsabilidad institucional y trabajar en metas dirigidas a cuidar sus estudiantes, lo que implica conocer las diversas situaciones vitales de los mismos y dentro de ellas la de consumo de drogas con el afán de prevenir complicaciones futuras en su salud física y mental dado que son importantes como personas y como profesionales del futuro.

El adolescente es muy susceptible ante diversas situaciones. Las problemáticas vividas por los estudiantes de Enfermería como población de riesgo al ser adolescentes y tomando en cuenta que el espíritu de curiosidad es algo inherente de la condición humana, la búsqueda de sensaciones placenteras y la influencia que ejercen los demás los enfrentan a buscar soluciones que muchas veces no son idóneas y pueden entrar en el consumo de drogas lícitas, pasando luego a las ilícitas presentando adicción, que es un síndrome constituido por un conjunto de signos y síntomas característicos, siendo de origen multifactorial entre los que se mencionan factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales.^{6, 8, 9, 10}

En otros casos se puede encontrar que el consumo se realiza como estímulo para llevar a cabo tareas difíciles o con objeto de huir de una realidad no

gratificante, incluyendo aquellas drogas que podemos atribuir a costumbres muy arraigadas socialmente, como el consumo de alcohol, o fumar tabaco, el cual en nuestra sociedad sigue siendo propiciado a pesar del conocimiento que desde más de un siglo se tiene de su carácter nocivo.^{2,8}

Cuando el consumo se hace paulatino y crónico, se establecen diferentes complicaciones, todas las drogas que causan dependencia son nocivas para la salud y conducen a trastornos que se manifiestan por dolores internos, pérdida de conocimiento y perturbaciones nerviosas cada vez más graves que terminan en crisis de alucinaciones y delirios. Se habla de una alteración en los niveles de dopamina en determinadas áreas cerebrales como principal causante de adicción. Las drogas pueden cambiar el cerebro de modo fundamental al producir ansia y consumo de drogas en forma compulsiva e incontrolable.^{6, 10,11}

El fenómeno de las adicciones afecta a miles de personas, los motivos de todas las toxicomanías son el miedo al dolor y el ansia de bienestar, para cualquier persona, pero sobre todo para los adolescentes la repercusión del uso y abuso de drogas implica un costo emocional, social y físico muy alto, involucra tanto a nivel personal como familiar.²

El deterioro progresivo de la calidad de vida de la persona se debe a las consecuencias negativas de la práctica de la conducta adictiva y el deterioro personal, este daño es tanto para las personas como para los familiares, está demostrado que existen cambios neuroquímicos involucrados en las personas con desordenes adictivos y que además es posible que exista predisposición biogenética a desarrollar estas enfermedades.^{6, 8, 10, 12}

En la UASLP no se cuenta con suficientes estudios sobre adicciones abocados a su población estudiantil, por lo cual resultó pertinente estudiar cómo se comporta este fenómeno en los estudiantes de la facultad de enfermería, hecho que resulta importante para conocer el consumo de drogas lícitas e ilícitas así como la implicación de problemas derivados del consumo de estas sustancias

como el bajo rendimiento y la deserción escolar, pues el estar alerta ante la problemática de adicciones permite tener elementos para detectar, reconocer factores de consumo y prevenir complicaciones derivadas del mismo ya que varían conforme cada individuo, el tipo de droga y el contexto social.

Con base en lo anterior surgió una inquietud expresada a través de la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el consumo de drogas lícitas e ilícitas de los estudiantes de la Facultad de Enfermería?

III JUSTIFICACION

El consumo de sustancias adictivas legales e ilegales es el resultado de una relación entre el individuo y el medio ambiente que lo rodea. El conocer el uso y los factores que a cada persona conducen a la utilización de estas sustancias y de las situaciones de riesgo a las que se enfrenta, orienta hacia el camino para tomar las estrategias que se aplicaran para prevenir que se consuman estas sustancias adictivas.¹³

Considerando que el consumo de drogas es un problema de proporciones inmensas y se infiltra en todos los niveles socioeconómicos, que se manifiesta de manera distinta en los diferentes grupos de población fue necesario realizar esta investigación que estará encaminada en la detección y prevención de adicciones ya que estas son un problema de salud grave en México, por lo que hablar de consecuencias de drogas tiene una amplia gama, sin embargo no debemos olvidar los problemas de salud mental que se conforman como una de las principales causas de discapacidad en el mundo.

En la última década los estudios de drogas específicas están siendo reemplazadas, poco a poco, se encontró con estudios que resaltan, por una parte, la complejidad del fenómeno de la drogadicción y por otra parte, la dificultad que existe para alcanzar soluciones. A pesar de estas dificultades parece claro que las causas que promueven los primeros consumos y las que determinan el mantenimiento de la administración de la droga, son, en parte distintas, encontrándose que éste no es fenómeno exclusivo de los tiempos modernos.

Estudios realizados en el año 2006-2007 por OEA y ONU publicaron estudios sobre drogas en seis países de Sudamérica, siendo la muestra de 61.607 personas representando a 43 millones de habitantes de los 6 países. El informe destacó el alto consumo de alcohol en todos los países (entre el 30 y 60% de la población consumieron alcohol en el último mes del estudio).

En relación a las drogas ilícitas el mayor índice de consumo se encontró en Argentina, Chile, Uruguay, mientras que los más bajos se encuentran en Ecuador y Perú, Bolivia presento una situación intermedia.¹³

La droga de más uso en todos los países que formaron parte del estudio fue la marihuana fenómeno que se manifestó también en otras partes del mundo. En estos países, el consumo correspondiente al año previo promedió a 4.8% (2.1 millones de personas. A nivel mundial, el promedio de consumo es de 3.9%. La cocaína es la segunda droga de mayor consumo, un 1.4% de la población de los seis países de entre 15 y 64 años reporto el uso de la droga en el año previo.¹³

En 2006 se realizo otro estudio en Buenos aires, Argentina, reportando la prevalencia del consumo de sustancias adictivas por parte de los estudiantes de distintos niveles socioeconómicos.

En México la Secretaría de Salud presentó los resultados de la encuesta nacional de adicciones 2008, el número de personas que probaron alguna vez, alguna droga ilegal aumento de 3.5 millones en 2002 a 4.5 millones en 2008. El problema crece a mayor velocidad en mujeres porque el consumo se duplicó de 0.9 en 2002 a 2 por ciento en 2008.¹³

En 2005 el Instituto Mexicano del Seguro Social, presentó un resumen sobre la demanda de servicios en medicina Familiar, consulta de Especialidades y en Urgencias, por trastornos mentales y del comportamiento provocado por el consumo de alcohol y drogas psicoactivas. Se reconoce que las estadísticas sobre adicciones conllevan un enorme subregistro ya que la población afectada solo acude a los servicios médicos cuando su consumo delata serios problemas de salud.¹⁴

Entre 1991 y 2002 se registraron alrededor de 13 mil consultas anuales por trastornos mentales y del comportamiento provocado por el alcohol, 4 mil en la consulta de especialidades y 20 mil en urgencias.¹³

Según la ENA 2008 SLP el fenómeno del consumo, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas legales o ilegales muestra una preocupante evolución. Sus principales indicadores revelan un incremento de la frecuencia de consumo, así como una disminución en las edades de inicio, principalmente para las drogas introductorias como el tabaco y el alcohol. Se encontró que los fumadores activos, constituían el 18.2% de la población, una situación similar ocurre para las drogas ilegales, en donde el consumo fue de 2.8% en los hombres y 1.6% en las mujeres.¹⁵

En la Facultad de Enfermería de la UASLP no se encontró ningún estudio realizado en adolescentes, de 778 tesis que se ubican en el Centro de Investigación y Ciencias Biomédicas (CICBI) solo se encontraron tres estudios realizados en adolescentes “Adolescencia y Alcoholismo” en 1998, “Tabaquismo en adolescente” en 2002, “Consumo de alcohol en adolescentes de Bachillerato” en 2003. El Programa Institucional de Promoción de la Salud (PIPS) no cuenta con estudios específicos que se hayan realizado en la Facultad de Enfermería sobre el consumo de drogas lícitas e ilícitas en la población estudiantil. Siendo que existe un gran número de jóvenes en grupos de edad de más riesgo para consumir este tipo de sustancias.

El estudiante de la Facultad de Enfermería no está ajeno ante la problemática que viven los adolescentes puesto que está viviendo experiencias de esta etapa vital, por lo que, muchas veces dependiendo de las características de su entorno realiza acciones tales como el inicio de consumo de drogas para mostrar su descontento y acentuar la rebeldía, lo que muchas veces le permite sentirse aceptado por los grupos de su misma edad pero incrementa sus factores de riesgo para deterioro de su salud.

Es relevante considerar lo anterior puesto que para Enfermería como profesión es una responsabilidad cuidar la salud de sus agremiados, motivándolos a mantenerse libre de adicciones a través de la detección y tratamiento oportunos del consumo de drogas. Así mismo, la enfermería como disciplina debe proporcionar cuidados de calidad a los individuos familia y comunidad por lo que para la Facultad de Enfermería como entidad formadora de recursos para la salud, busca asumir su responsabilidad institucional y trabajar en metas dirigidas a cuidar sus estudiantes, lo que implica conocer las diversas situaciones vitales de los mismos y dentro de ellas la de consumo de drogas con el afán de prevenir complicaciones futuras en su salud física y mental dado que son importantes como personas y como profesionales del futuro.

IV MARCO TEÓRICO

4.1 Generalidades de las adicciones

4.1.1 Concepto de droga y adicción

Para el abordaje teórico del presente estudio se rescataron temas generales tales como, concepto de droga, origen de las adicciones, desarrollo de las mismas, factores determinantes de la drogodependencia: individuales, del entorno, ambientales, promotores en la utilización de drogas; clasificación de adicciones, problemas relacionados en el consumo, los modelos básicos para el cuidado en el problema de adicciones y el tratamiento de las mismas.

El concepto de droga está influido por contextos socioculturales. Según la Organización Mundial de la Salud, “Droga es toda sustancia que, introducida en el organismo puede modificar la conducta del sujeto y provocar un impulso irreprimible a tomar la sustancia de forma continuada o periódica, a fin de obtener sus efectos y a veces, a evitar el malestar de su falta”. En sentido amplio, se trata de una sustancia que afecta funciones corporales y la conducta.

Adicción o toxicomanía, según la organización Mundial de la Salud (OMS), es un estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga, que se caracteriza: a) Compulsión: deseo invencible o una necesidad irreprimible de continuar consumiendo la droga y de obtenerla por cualquier medio; b) Tolerancia: tendencia al aumento de la dosis; c) Dependencia, de tipo psíquico y generalmente físico respecto a los efectos de la droga; d) Efectos perjudiciales: puede haber efectos perjudiciales para el sujeto, para la sociedad o para ambos. ^{2,4, 5, 7,11, 12, 16,}

El concepto del término hábito o habituación es poco clara, aunque la OMS señala que dichos estados se caracterizan: a) Deseo, pero no compulsión, de seguir tomando la droga a causa de la sensación de bienestar que produce; b) Tendencia escasa o nula a aumentar las dosis; c) Una cierta dependencia

psíquica respecto a los efectos de la droga, con ausencia de dependencia física y en consecuencia del síndrome de abstinencia; d) Los efectos perjudiciales, en el caso de que existan, se refieren ante todo al individuo.²

La dependencia, está caracterizada por un estado psíquico y a veces físico, resultante de la interacción entre un organismo vivo y una droga, caracterizado por cambios en el comportamiento y otras áreas, que incluyen siempre la compulsión a tomar drogas de forma continuada y periódica, con el fin de experimentar sus efectos psíquicos y en ocasiones de evitar la incomodidad de su ausencia.²

En México la NOM 028 SSA tiene por objeto establecer los procedimientos y criterios para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para los prestadores de servicios de salud del Sistema Nacional de Salud y en los establecimientos de los sectores público, social y privado que realicen actividades preventivas, de tratamiento y de control de las adicciones.¹⁷

4.1.2 Origen de las adicciones

Las drogas existen desde que existe el hombre, le han acompañado siempre en su evolución, lo siguen haciendo y es de temer que en un futuro será igual. La aproximación al estudio de las dependencias pasa por conocer su historia, ya que de esta manera, al conocer su evolución podemos entender el estado actual de las toxicomanías.^{2, 10}

En México están identificadas las sustancias adictivas y las conductas de adicción desde la época prehispánica. En efecto, todas las culturas asentadas en lo que es ahora el territorio mexicano, tanto las desarrolladas en Mesoamérica como los grupos tribales de las regiones periféricas, tenían un

conocimiento exhaustivo del ambiente en el que vivían, incluido un saber preciso acerca de los efectos psicotrópicos de ciertos vegetales y animales.²

La curiosidad caracteriza al ser humano, el cual siempre ha explorado el mundo que le rodea, ha buscado el porqué de lo que en él sucede. Dentro del inmenso contexto de lo investigable, el hombre se incluyó a sí mismo. Primero lo hizo con su cuerpo, cristianamente separado del alma que lo animaba; después dirigió la mirada hacia esta, tratando de describir y explicar su propia humanidad.^{2,18}

Al lado de esta curiosidad lo llevo a probar vegetales, animales, minerales, sustancias y sus derivados, pronto pudo apreciar que algunas de ellas le provocaban efectos y sensaciones placenteras, las cuales le impulsaron a buscar la repetición de la experiencia, porque lo acerca a su propia esencia, aun cuando muchas veces crea que le facilita huir de la otra.²

4.1.3 Desarrollo de las adicciones

Estudios anecdóticos y longitudinales han sugerido que, la edad inicio del consumo regular de marihuana es la primera adolescencia (antes de los 15 años), y que dicho consumo inicial casi siempre está interrelacionado con el consumo de alcohol, después de los quince años, el consumo diario se estabiliza a un nivel aproximado del 2-3%, el consumo semanal a un 3-4% y el consumo mensual aproximadamente el 6-7%, por lo tanto podemos afirmar que la adolescencia es un periodo significativo tanto para el consumo de marihuana como para el alcohol y el consumo inicial para otras sustancias adictivas.⁶

Los factores relacionados que condicionan la capacidad para desarrollar una drogodependencia son: su costo, grado de pureza, potencia farmacológica, y de manera muy importante, las variables farmacocinéticas: capacidad de absorción de la droga según vía de administración, rapidez de inicio de sus efectos,

características de su biotransformación: capacidad de depósito y redistribución en tejido graso, de inducción o inhibición enzimática del retículo sarcoplasmático liso metabolizador de fármacos, interacciones farmacológicas, etc.^{6,8}

La vulnerabilidad de los individuos para desarrollar dependencia a determinadas drogas está relacionada con una serie de factores biológicos y psicológicos, entre los primeros que tenemos el sexo y la carga genética y entre los segundos están sus rasgos de personalidad, su grado de estabilidad emocional y la presencia de psicopatología.^{6, 8, 12, 19, 20}

A nivel epidemiológico los varones parecen ocupar el primer lugar en el consumo de todo tipo de drogas, y las mujeres presentan una menor capacidad por sus características constitucionales inherentes. Como se ha dicho la adolescencia es una edad de riesgo debido a las características del proceso madurativo psicológico de esta etapa de la vida. Es un periodo en que la persona culmina su desarrollo en los planos psicosexual, afectivo, intelectual y socioeconómico, es decir, se finaliza la configuración de los rasgos de personalidad de cada uno.^{3, 6}

Otra variable son los trastornos psiquiátricos para aliviar determinados síntomas de la esfera psíquica como la ansiedad, tristeza, insomnio, etc. o para cambiar determinados estados de la personalidad como baja autoestima o una presencia de impulsos agresivos o un estado de abulia, los efectos son aparentes y transitorios. Además con frecuencia los síntomas psíquicos observados en drogodependientes aparecen después de un periodo de consumo, por tanto más que lidiar una patología psiquiátrica, la ocasiona o la reduce.^{6, 21}

Hoy en día los factores ambientales contribuyen al desarrollo de una drogodependencia, es de gran importancia el entorno familiar, cuando este es disfuncional las probabilidades en el consumo de inicio se disparan. Entre otros

aspectos generales tenemos: la poca comunicación entre los miembros de la familia, el autoritarismo paterno, la falta de límites en la dinámica familiar, la escasa participación de los hijos en las decisiones, etc. También son de riesgo el entorno de una sociedad liberal consumista a la propaganda inductora al consumo de diferentes drogas, la necesidad de reconocimiento dentro de un grupo de compañeros y amigos.^{6, 8, 9, 20}

Cualquier uso de sustancias que alteren la mente se basa en una complicada acción recíproca que incluye tres factores; el usuario, las circunstancias en las cuales se toma la droga y esta última en sí. De este modo, la personalidad del usuario y las circunstancias es posible que tengan fuerte influencia sobre lo que se experimentará.^{6,11}

La actuación repetida de las drogas va produciendo una serie de modificaciones que aparecen reflejadas en diversas actividades tanto metabólicas como funcionales. Todas estas drogas tienen en común su habilidad para controlar el comportamiento de forma similar a los reforzadores positivos naturales como los alimentos y el agua. Estos últimos acceden a los circuitos de recompensa cerebral a través de vías sensoriales, como olfato, el gusto o la vista, mientras que las drogas estimulan directamente estos circuitos, sin tener que utilizar dichas vías.^{6, 11,12}

El sistema dopaminérgico mesolímbico y sus terminales sobre el cerebro anterior forman parte del sistema motivacional que regula la respuesta a los reforzadores naturales. Uno de los mecanismos propuestos para la adicción es que la repetida estimulación de estas neuronas cambia su actividad, de tal forma que se originan marcadas alteraciones en los mecanismos de refuerzos y en el estado emocional del individuo.^{2, 6, 16}

No se conoce todavía con exactitud cuáles son los mecanismos implicados, en el desarrollo de la dependencia al consumo de una droga ni en la aparición del síndrome de abstinencia. Una de las hipótesis manejada propone que la toma

de la droga origina en el organismo un proceso adaptativo para rebajar sus efectos o para amoldarse a las consecuencias de su actuación. Estas variaciones serán más pronunciadas cuanto mayor sea el período de consumo y darán lugar a modificaciones que alejarán cada vez más de su funcionalidad normal a los sistemas comprometidos en la reacción frente a la actuación de la droga.⁶

Las sustancias químicas interfieren en el proceso de aprendizaje, al disminuir la capacidad de concentración, de síntesis y organización del material, de aprender conceptos nuevos, de aplicar principios nuevos a problemas específicos, de enjuiciar tareas y situaciones complejas, y a tomar decisiones adecuadas y a tiempo.^{6, 8}

Interfieren en todas las tareas que requieren coordinación psicomotora rápida. La maduración, para convertirse en un adulto requiere que el adolescente aprenda a aceptar responsabilidades y a enfrentar situaciones adversas, el madurar significa poder enfocarse fuera de uno mismo, centrarse en tareas objetivas. El usuario de drogas, por contraste desarrolla una actitud egocéntrica centrada en el presente.^{4, 8, 19, 21}

Las adicciones representan un importante problema de salud pública, su efecto sobre la salud es cada vez más evidente. Los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol y drogas en los servicios de salud están subregistrados. Entre 1991 y 2003 se registraron alrededor de 13 mil consultas anuales provocadas por el consumo de alcohol en los servicios de medicina familiar, cerca de 4 mil en la consulta de especialidades y poco más de 20 mil en urgencias.^{6,9}

Los datos indican que el problema empieza a manifestarse en los menores de 25 años y que su tendencia va en aumento, en la encuesta Nacional de Adicciones destacó que el número de personas que probaron alguna vez una droga ilegal creció de 3.5 millones en 2002 a 4.5 millones en 2008, es decir 28.9

por ciento, el consumo en general sigue siendo mayor en varones, con una proporción de 4.6 hombres por cada mujer.^{6, 8,9}

El problema crece a mayor velocidad en las mujeres, porque el consumo se duplicó de 0.9 en 2002 a 2 por ciento en 2008. Del grupo de 12 a 25 años el consumo de cocaína, crack y metanfetaminas es mayor y creció 6 veces en un lapso de 6 años.⁶

4.2 Factores determinantes en la drogodependencia

Resulta difícil su delimitación dada su multidimensionalidad que clasifican en factores individuales que son propios de la persona, a que pertenezcan mas al entorno próximo del consumidor (factores micro sociales) o a que correspondan mas al medio ambiente socio-cultural donde se desenvuelve (factores macrosociales).^{2, 21}

4.2.1 Factores individuales

a. Factores Evolutivos: durante el periodo de la adolescencia se producen varios cambios, teniendo lugar lo que se denomina “crisis madurativa biopsicologica”. Esta crisis se caracteriza porque se busca la identidad personal (aceptación del físico y características psicosexuales), la independencia (emocional y económica) de los padres y la intimidad con los iguales. El paso al mundo adulto siempre significa, en mayor o menor grado, una fase de opisicionismo etapa de los “noes”, junto con la formulación de muchos valores hasta entonces no cuestionados.^{2, 8, 16}

En la fase de opisicionismo cuando no va paralela a una adecuada formulación de valores se produce un vacio que puede ser facilitador de la conducta de probar, y se orienta al consumo de drogas como respuesta a la curiosidad que puede existir frente a las mismas. Además, la intimidad con el grupo da lugar a un aumento de la influencia de los amigos y compañeros y si en ellos el uso de

drogas es frecuente, esta será la conducta que se adopte por una solidaridad grupal.²

Por otra parte el adolescente tiende a sobreestimar su capacidad de poder evitar patrones de consumo abusivo y así mismo, infravalora las consecuencias autodestructivas a corto, medio y largo plazo del consumo de drogas. Lo habitual es que se piense que en su caso “todo está bajo control”, es decir, cuando quiera podrá dejarlo (“ilusión de control”) y que en su persona no se traducirán los efectos negativos (“ilusión de inmortalidad”).^{2, 21}

b. Factores de personalidad: los rasgos de personalidad que aumentan la vulnerabilidad del individuo para presentar una drogodependencia son innumerables. La drogodependencia se caracteriza por un perfil de rasgos que señalan una inmadurez afectivo-emocional, es decir, presenta unos rasgos que son propios del periodo adolescente como son: dependencia afectiva, labilidad afectiva, baja autoestima, incapacidad de futurizar (no hay un proyecto de vida), agresividad y egocentrismo, permanente temor al abandono, habilidades sociales deficientes (retraimiento social), escasa tolerancia a la frustración, dificultad en las relaciones sociales (fobias sociales) y, a veces, en la identificación de su rol sexual.^{2, 4, 10}

Algunos rasgos de personalidad se han asociado con posibles motivaciones directas del consumo: a) la timidez, la inseguridad y la dependencia afectiva se asocian a sentimientos de pasividad y el consumo se realiza para “pasar el rato” (consumo por sentimientos de aburrimiento); b) la baja tolerancia a la frustración y los sentimientos de culpabilidad e inferioridad dan lugar a un consumo para “huir” (consumo evasivo); c).- la tendencia a actuar impulsivamente, los sentimientos inconformistas y la búsqueda de sensaciones llevan a consumos para “experimentar” (consumo por desafío)²

c. Motivaciones individuales: Según la OMS señala que en el inicio y mantenimiento del consumo de drogas aparecen con frecuencia los siguientes motivos:

- Satisfacer la curiosidad sobre los efectos de las drogas.
- Adquirir la sensación de pertenecer a un grupo, ser aceptado.
- Expresar independencia u hostilidad y rebeldía.
- Tener experiencias emocionantes o peligrosas.
- Adquirir un estado superior de conocimientos o capacidad creadora.
- Conseguir una sensación de bienestar y tranquilidad.
- Escapar de algo, necesidad de evasión.

4.2.2 Factores del entorno próximo (factores microsociales)

Las variables denominadas microsociales (la familia, el grupo de iguales y la escuela) cobran en la actualidad gran importancia en las conductas del consumo de droga, al haberse establecido empíricamente la relación que guardan entre sí sobre todo en la adolescencia.^{2, 21}

a) La familia: en el contexto familiar se pueden dar circunstancias que favorezcan el acercamiento del adolescente al consumo de drogas o por el contrario que las características del contexto le protejan.^{2,4,}

Entre las características que proporcionan un riesgo de consumo de drogas en sus miembros tenemos:^{8, 9}

La desestructuración familiar: no se requiere que exista una ruptura matrimonial, sino que resulta igual o más dañino un nivel interno y soterrado de conflicto en la pareja.

La carencia de disciplina y organización: tanto estilos paternos autoritarios como permisivos son malos. En muchas ocasiones los padres han perdido su rol por completo. Hay una falta de jerarquía y de límites en el funcionamiento en el funcionamiento familiar.

La estructura de comunicación inexistente o deficiente: los padres no hablan con sus hijos, siendo las notas escolares, con frecuencia, la única interconexión padres-hijos. La incomunicación da lugar a que los padres desconozcan lo que sus hijos piensan, cuáles son sus problemas, y estos recurrirán en busca de opinión a otras personas.

La actitud de sobreprotección: estas actitudes crean en el niño y después en el adolescente sentimientos de inseguridad e inferioridad. Dificultan, en definitiva, el proceso madurativo y su capacidad de tomar decisiones de forma autónoma.

Los comportamientos agresivos a nivel físico y psicológico: este tipo de conducta tiene un resultado contraproducente llevando al hijo/ a respuestas en el mismo nivel de agresividad (comportamientos auto agresivos).

Modelos paternos de consumo de drogas legales, a veces, incluso ilegales: el consumo de tabaco, alcohol, fármacos, hachís, etc. Por los padres se aprende como una forma de solución siempre que surge algún tipo de problema (modelo social). Hay pues una identificación con los padres que consumen drogas. A veces, se trata de la transmisión de una actitud positiva hacia las drogas, aunque no sean ellos mismos consumidores.²

Entre las características familiares que protegen del consumo de drogas tenemos:⁹

La percepción afectiva filial adecuada: los hijos sienten el cariño que sus padres les profesan, particularmente por parte de su padre. Esto les permite poder desahogar sus emociones en un contexto en que se

produce una contención idónea. Hay, además, un vínculo de confianza fructífero.

La concordancia entre el ideal filial paterno y la conducta filial real: cuando a los hijos no se les exige por encima de sus posibilidades, estos confían en si mismos y en sus decisiones y pueden hablar de sus problemas más abiertamente con sus padres.

La adecuada fijación de límites y control: significa una ordenación flexible de jerarquías y una educación en la responsabilidad.

La discusión de problemas en la comunidad: requiere que todos los canales de comunicación entre los miembros de la familia estén abiertos y se adopten acuerdos con un nivel de consenso alto. Seguimiento del rendimiento escolar de los hijos pero sin afán amenazante.

La actitud democrática en la toma de decisiones: exige una participación de todos los miembros de la familia en el nivel de responsabilidad correspondiente.²

La capacidad de planear y compartir actividades: supone una estimulación de la unión familiar para mantener otras características positivas, como la comunicación. Implicarse en el tiempo libre de los hijos.

- b) El grupo de iguales o coetáneos:** en la propia naturaleza humana subyace siempre el deseo de integrarse en un grupo a fin, con objeto de obtener un intercambio social. En el desarrollo psicológico normal de cualquier adolescente se dan estos deseos. De forma que si los miembros del grupo al que se une la persona, en este caso el adolescente, consumen drogas, el nuevo integrante tiene un alto riesgo de adoptar la misma conducta.²

El liderazgo y la cohesión grupal son componentes fundamentales. La fuerza del grupo “arrastra” a todos sus miembros, particularmente a aquellos más

débiles, y tienen lugar los fenómenos de imitación, es decir, por un temor al grupo se hace lo que sus otros miembros hacen (“llevar la corriente”). Los intereses y las expectativas de los compañeros del grupo contribuyen a los primeros consumos y más aun si los consumidores son miembros influyentes del mismo.^{2, 8, 10}

La mayoría de jóvenes que se inician, obtienen la droga de personas de su edad (amigos o compañeros) y no de adultos. El grupo proporciona apoyo y seguridad y el deseo de abandono del consumo de la droga, si existiera en algún momento, no suele prosperar porque significaría perder la relación con el grupo y su protección.^{2, 21}

c) Los educadores (maestros y profesores): en el contexto escolar existen una serie de características que actúan desfavorablemente en el desarrollo psicológico del niño y del adolescente, favoreciendo de este modo el que se produzca el consumo de drogas, si estas le son ofertadas. Dichas características son:

Actitudes poco comprensivas y autoritarias por parte de los profesores.

Relación con los alumnos excesivamente fría y racional, mostrando una falta de interés por lo humano.

Despersonalización del alumno, hasta considerarlo un “objeto” que recibe enseñanza. Por tanto existe una falta de comunicación con el alumno que hace que este perciba al profesor como una persona en la que es imposible confiar.

Ausencia de recursos humanos y materiales para el aprendizaje que a veces conlleva la imposibilidad de la adecuación de la enseñanza a las necesidades individuales del alumno dando lugar al fracaso escolar.

Rigidez de las estructuras escolares, lo que provoca el rechazo de la escuela y sus contenidos. Esta actitud se acrecienta si se suma a un contexto competitivo y el alumno vive su fracaso escolar como la primera

experiencia de fracaso social. Todo esto potencia un deterioro de la autoestima y un distanciamiento del mundo de los adultos.

Escasa preparación de los maestros y profesores, los cuales están poco preparados para abordar la problemática de la drogodependencia en sus aulas.²

4.2.3 Factores ambientales (factores macrosociales)

Son muchos los factores socioculturales que influyen en el consumo de drogas. Por una parte, tenemos la disponibilidad y accesibilidad a la droga, por lo que es una premisa básica para que se dé su consumo. En algunas culturas el acceso ciertas drogas se encuentra facilitado, por ejemplo en la nuestra lo está el alcohol desde tiempos inmemorables, en la actualidad el “progreso” en las vías de comunicación hace que el acceso a otras drogas tampoco resulte difícil, por tanto, la disponibilidad de drogas es muy amplia.^{2,10}

Tenemos que el camino técnico de la sociedad ha hecho que el ser humano adquiera una serie de capacidades que, le sumergen en un mundo de ilusión de omnipotencia y de poder (viajes, internet), de “todo fácil y rápido”, de la no existencia del dolor y el sufrimiento (“culto al fármaco” y medicalización de los problemas”), etc. Características que no concuerdan con aspectos de la realidad cercana: el paro laboral, el alto número de horas de trabajo, escaso tiempo libre, el aislamiento social, etc. En definitiva una calidad de vida baja.²

4.2.4 Factores promotores en la utilización de las drogas

La oferta y la disponibilidad de cualquier tipo de droga: antes cada comunidad tenía acceso fácil a las drogas que ellos mismos producían y su consumo estaba moldeado por sus normas culturales.

Los anuncios publicitarios de las drogas institucionalizadas (alcohol y tabaco): la propaganda de bebidas y cigarrillos no supone solo una competencia entre marcas, sino que significa una incitación a su consumo. La simbología que nos ha dejado huella a asociar: tabaco-amistad y alcohol-virilidad, ambos productos se asocian a la capacidad de mejorar una relación o superar agradablemente la obligada sociedad.

Ausencia de información veraz: los datos que se suministran sobre las drogas son frecuentemente parciales y muchas veces contradictorias. Los mitos sobre el alcohol, la imprecisa información sobre las características del tabaco que se fuma y sus efectos nocivos, la confusa división entre drogas “duras” y “blandas”, con la supuesta inocuidad del hachís, se encuentran entre los elementos que impiden una decisión libre al no estar cimentada sobre una información correcta.

Presión de los modelos sociales: muchos de los personajes públicos, artistas, políticos, etc. Consumen drogas. Por otra parte, en la televisión y en el cine se muestran escenas de consumo de drogas (legales e ilegales) y “no pasa nada”. También están los maestros y los médicos, figuras que más que ser un ejemplo se muestran como contraejemplos.^{2, 5,10}

Dificultades para el uso sano y formativo del tiempo libre: hay escasos espacios verdes y áreas de ocio alternativos a los propios bares y discotecas.

Valores transmitidos por los sistemas educativos: los valores imperantes en nuestra sociedad fomentan:

- a. **El hedonismo:** “vive ahora”, donde prevalece el máximo placer con el mínimo esfuerzo.
- b. **La evasión:** huir de los problemas antes que enfrentarse a ellos.
- c. **La satisfacción inmediata:** lo que conlleva dificultad ante la espera produciendo niveles altos de frustración.
- d. **El consumismo:** lo que supone que todo debe ser comprado y probado.
- e. **La doble moral entre los adultos:** actitudes críticas con comportamientos personales autocomplacientes (crisis de valores).

Condiciones laborales: algunas profesiones favorecen ciertos consumos. También la carencia de empleo y la expectativa de no encontrarlo en un futuro próximo puede abocar a un consumo de drogas.

Ejemplo de los padres: los datos empíricos muestran que los padres que consumen drogas tienen hijos que también las consumen.

Problemas de convivencia familiar: unas relaciones satisfactorias padres-hijos contribuyen a un consumo menor de drogas por parte de los hijos.

Factores y problemas escolares: en la escuela se dan muchos factores, por ejemplo una actitud ambivalente en los educadores, el fracaso escolar, la oferta de droga por parte de compañeros, etc.²

La presión grupal: puede ser directa (abierta) o indirecta (subrepticia). En muchas ocasiones la sensación de pertenecer a un grupo solo se logra mimetizando la conducta de los otros miembros y si ésta es drogarse, entonces, este será el comportamiento que se adopte. El propio grupo ejerce posteriormente influencia para que no se abandone la droga.

Trastornos previos de la personalidad: los rasgos de personalidad más frecuentemente citados como de riesgo son: problemas de socialización, baja tolerancia a la frustración, requerimiento de satisfacción inmediata, pocos recursos de afrontamiento, dependencia afectiva, bajo nivel de autoestima, etc. ^{2, 5,8}

4.3 Clasificación de las adicciones

Existe una clasificación por régimen internacional por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la cual se distinguen cuatro grupos ¹⁰

Tabla 1 Clasificación de las adicciones

a) Grupo I	c) Grupo III
Estupefacientes: Ópio Morfina Heroína Codeína Metadona Buprenorfina	Estimulantes Cocaína Anfetaminas Derivados anfetamínicos d) Grupo IV Alucinógenos LSD PCP Feniciclidina (polvo de ángel) Mezcalina Psilicibina Marihuana Tetrahidrocannabinoles (marihuana, hachís, grifa, etc.)
b) Grupo II Sustancias psicotrópicas Depresores: Alcohol Barbitúricos Tranquilizantes Psicofármacos varios	

Fuente: Nato, 2001.

4.3.1 Tipos, efectos y consecuencias de la drogadicción

Los fármacos adictivos pueden clasificarse de diferente manera. Desde el punto de vista epidemiológico, se distinguen tres grandes grupos: alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas. Esto no significa que el alcohol y el tabaco no sean sustancias psicoactivas. Esta clasificación es similar a la que utiliza el National Institute of Drug Abuse (NIDA) de EUA y divide a los fármacos en cuatro grupos:

Depresores del SNC

Estimulantes del SNC

Opiáceos

Alucinógenos y drogas diversas.

Tabla 2 Clasificación de fármacos legales e ilegales

Drogas de Abuso				
SUSTANCIA	EFFECTOS	USOS MÉDICOS	TOLERANCIA	DEPENDENCIA
DEPRESORES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL				
Alcohol	Depresión generalizada, menor coordinación motora, letargo y labilidad emocional.	Intoxicación por metanol	Metabólica y farmacodinámica.	Variable, puede ser muy fuerte.
Disolventes inhalables	Depresión generalizada, menor coordinación motora, letargo y labilidad emocional.	Ninguno	Metabólica y farmacodinámica	No se sabe.
Barbitúricos	Sueño, sedación.	Hipnóticos, anti convulsionantes y anestésicos	metabólica	Sí, se requiere retiro gradual.
Benzodiacepinas	Ansiólisis y sedación	Anti convulsionantes y ansiolíticos	Variable, tolerancia cruzada.	Sí, se requiere retiro gradual.
ESTIMULANTES DEL SNC				
Cocaína	Mayor energía, menor sueño, aumento de presión arterial y frecuencia cardiaca.	Anestésico local.	A ciertos defectos.	Dependencia física leve.
Anfetaminas	Similares a cocaína, disminución del apetito.	Para control de obesidad y narcolepsia.	Si.	Deben retirarse gradualmente, su suspensión produce sueño y hambre.
Metanfetaminas	Similares a anfetaminas con alucinaciones.	Para control de obesidad y narcolepsia.	Si.	Deben retirarse gradualmente, su suspensión produce sueño y hambre.
Nicotina	Similares a cocaína pero en menor grado.	Para tratamiento de la dependencia a nicotina.	A ciertos efectos.	Sí, en grado variable.
OPIÁCEOS				

Morfina	Euforia, relajación, miosis, depresión respiratoria.	Analgésico.	Si, importante. Tolerancia cruzada con otros opiáceos.	Severa. Su suspensión desencadena un síndrome de abstinencia fuerte con sudación, pilo erección, diarrea, vomito y pérdida de peso.
Heroína	Similar a morfina pero más potente.	Ninguno.	Si, importante tolerancia cruzada con otros opiáceos	Severa. Su suspensión desencadena un síndrome de abstinencia fuerte con sudación, pilo erección, diarrea, vomito y pérdida de peso.
Codeína	Quita la tos.	Antitusivo.		Severa. Su suspensión desencadena un síndrome de abstinencia fuerte con sudación, pilo erección, diarrea, vomito y pérdida de peso.
Metadona	Analgésia.	Para tratamiento de la dependencia o morfina.	Tolerancia cruzada con otros opiáceos. Tolerancia cruzada con otros opiáceos	Si, bastante menor a la de heroína.
Alucinógenos				
LSD, mezcalina, y psicocibina	Alucinaciones.	Ninguna.	Poca.	No se describe dependencia física.
Cannabinoides	Distorsión espacio-tiempo euforia, a veces paranoia.	Un derivado se usa como antiemético.	Variable.	No se describe dependencia física.
Feniclidina (PCP)	Alucinaciones y efectos impredecibles.	Anestésico veterinario.	Poca.	Si.

Fuente: Tapia Conyer, 2001

Tabla 3 Clasificación de las drogas

Drogas Legales:	Tipos	Efectos	Consecuencias
Alcohol		Depresor del Sistema Nervioso Centra	Perdida de la concentración, somnolencia
Tabaco			
Drogas Ilegales:			
Estupefacientes	Opio, morfina heroína, codeína Metadona	Depresores del Sistema Nervioso Central	Disminuye el latido del corazón, respiración lenta
Psicotrópicas Depresores	Alcohol, barbitúricos, tranquilizantes, psicofármacos.	Actúan en el sistema nervioso central como estimulantes o depresores,	Disminuyen la agudeza mental y provocan labilidad emocional.
Estimulantes	Cocaína, anfetaminas.	Sustancias psicoactivas que aceleran el funcionamiento del SNC.	Aumentan la contracción cardiaca, presión arterial y vasoconstricción.
Alucinógenos	LSD, PCP, Feniclidina (polvo de ángel), mezcalina, marihuana,	Alucinaciones, distorsión espacio-tiempo, euforia.	Deterioro de los procesos de memoria y aprendizaje, deterioro de la concentración.

Fuente: Tapia Conyer, 2001

4.4 Problemas relacionados con el consumo

La mayor parte de los efectos que ocasiona el consumo de sustancias psicotrópicas pasan, por lo general inadvertidos por el consumidor, el grado de intoxicación puede variar desde un leve estado de euforia, hasta el estupor. El consumo de sustancias modifica las capacidades físicas, mentales y conductuales, independientemente de su grado de intoxicación; sin embargo, el tipo y magnitud de intoxicación de sus efectos son el resultado de sistemas causales relativamente complejos, dependen de la interacción entre el individuo, la droga y el ambiente en que ocurre el consumo.^{8, 18}

A pesar que las características farmacológicas de las drogas son importantes el consumo de grandes cantidades, independientemente de la presencia de otros factores, puede causar estados de coma y aun la muerte; estas no son las únicas que determinan sus efectos. El estado emocional del individuo en el momento del consumo, las diferencias en su susceptibilidad; factores como género, peso, talla, edad del consumidor, la frecuencia, las ocasiones y circunstancias en las que tiene lugar el consumo así como las expectativas de los individuos que lo rodean cuando ocurre la ingesta, desempeñan una función importante para que los efectos de las drogas sean positivos o negativos.¹⁸

El abuso crónico de alcohol y tabaco constituyen factores de riesgo para enfermedades con elevada tasa de mortalidad, contribuyendo de manera importante a la mortalidad prematura y afectando también la calidad de vida de las personas que enferman.^{5,18}

4.5 Modelos básicos para el cuidado de personas con problemas de adicciones

Puede aceptarse como definición de modelo la ofrecida por la OMS (1983):

“Conjunto de relaciones entre elementos claves en una estructura o un proceso que se pueden generalizar y aplicar a otras muchas situaciones y procesos similares”.

Cada modelo se corresponde con una estrategia de intervención y con la misma organización de redes asistenciales; sin embargo, cuestiones como las suscitadas por las derivaciones profesionales suelen combinar elementos propios de distintos modelos, siendo difícil encontrar modelos puros o intervenciones unívocas en tales modelos de actuación profesional. Los modelos que se han ido desarrollando para hacer frente al consumo de drogas son básicamente los siguientes:

Los Modelos y las teorías contribuyen a ordenar los conceptos y las ideas sobre una determinada área de la ciencia. Estos modelos pueden ser simples o complejos según su capacidad explicativa, en el área de las adicciones han surgido diferentes modelos y teorías que explican las adicciones, todas ellas se han utilizado en la investigación y formación del personal, y escasamente en la práctica clínica.

Diferentes modelos han intentado explicar porque las personas consumen drogas. Estas teorías aportan datos sobre el inicio de drogas y los procesos involucrados en la adicción.⁷

Los modelos en los que se han basado los programas preventivos más importantes, por su generalizada aplicación, en materia de consumo de drogas y adicciones son los siguientes:

4.5.1 El modelo psicosocial

Concibe a las adicciones como un problema de personas que no cuentan con las capacidades individuales y sociales para enfrentarlo. Así, considera a la familia o al grupo de compañeros como agentes básicos que de alguna manera pueden influir en el desarrollo y en la prevención de las adicciones. La adicción se presenta como consecuencia de trastornos de la conducta, como una forma de satisfacer alguna necesidad del individuo o de resolver un conflicto.

No distingue entre tipos de drogas, puesto que lo importante es la relación que el individuo establece con la sustancia y ésta puede ser experimental, ocasional o controlada; se habla de adicción cuando hay abuso y/o dependencia.

Se centra en la formación de actitudes de autocuidado y comportamientos que lleven a un mejoramiento de las relaciones interpersonales, mediante programas alternativos de actividades para la salud integral y el desarrollo humano y personal.

Busca promover patrones o estilos de vida sanos y valores de autocuidado que eviten el consumo de sustancias.⁷

4.5.2 El modelo médico-sanitario

Entiende la dependencia como una enfermedad crónica y progresiva, resultando de alteraciones genéticas que se expresan a través de alteraciones biológicas que modulan el metabolismo del alcohol, la neurotransmisión neuronal implicada en los mecanismos de recompensa o en las características de la personalidad.⁷

El Modelo médico-sanitario, desde el concepto naturalizado de enfermedad, considera a los fármacos como si fueran "gérmenes" o "virus" (agentes

patológicos) que infectan el cuerpo (agente huésped). Así, la prevención se entiende como una defensa ante la amenaza externa que significa la droga, a semejanza de la prevención que suministra la vacunación en las enfermedades infectocontagiosas.^{7, 9, 20}

El énfasis está puesto en que los que promocionan la salud conozcan la bioquímica y la neurofisiología de las sustancias (se privilegia la exhaustiva descripción de los efectos de cada sustancia en el organismo), las consecuencias para la salud (detallada enumeración de los trastornos asociados con su consumo, haciendo énfasis en aquellos de carácter crónico, irreversible, incapacitante y letal).^{7, 10}

Desde la perspectiva epidemiológica, las distribuciones del consumo, el perfil de los usuarios, las repercusiones en morbilidad y mortalidad. Gran parte de la acción preventiva para padres y madres consiste en brindarles información sobre los síntomas que delaten la “infección”.²²

El Modelo plantea que la causa del problema de las adicciones son las sustancias. Se trata de un modelo lineal donde se plantea que, a tal enfermedad, hay una causa que la produce. A diferencia del Modelo Ético que pone el acento en la sustancia como causa de la problemática adictiva, hace más referencia a la toxicidad de la sustancia, a los efectos negativos que tiene el consumo de sustancias y a todo lo que uno puede observar en relación a síntomas y signos provocados por este consumo. La publicidad remarca todas las consecuencias negativas, sobre todo, en la parte orgánica.²²

Entiende la dependencia como una enfermedad crónica y progresiva, resultando de alteraciones genéticas que se expresan a través de alteraciones biológicas que modulan el metabolismo del alcohol, la neurotransmisión neuronal implicada en los mecanismos de recompensa o en las características de la personalidad.⁷

También otorga el papel más importante a la droga, en tanto la caracteriza como un agente infeccioso al cual hay que controlar. Este modelo abarca entre las drogas a la nicotina, la cafeína y muy especialmente al alcohol. Hace una extrapolación de las categorías aplicadas a las enfermedades infecciosas. Los usuarios deben tratarse como un problema médico y la farmacodependencia como un problema de salud pública. Su estrategia de prevención parte del supuesto de que la mayoría de los seres humanos desean conservar su salud y de que la información incide sobre su conducta.²³

Los tres elementos que conforman este modelo son los siguientes:

- Evitación de un acto, suceso o hecho que se interpreta como nocivo para la salud de los sujetos. Normalmente la estrategia que se ha utilizado ha sido la de informar, orientar y capacitar a la población sobre el mal que se quiere prevenir. Las técnicas más comunes son las pláticas, los cursos y los mensajes a través de los medios de comunicación, entre otros. Se le denomina prevención primaria.²³
- La detección o el impedimento para que alguna enfermedad que se ha manifestado en las personas, sea detenida o controlada antes de que llegue a tener un alcance maligno o mortal. La estrategia clásica es la atención médica mediante el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado, consiguiendo con ello evitar la gravedad de la enfermedad y, a su vez, reducir el daño causado o bien evitarlo totalmente. A este elemento se le llama prevención secundaria.²³
- Una vez instalada la enfermedad, se trata de minimizar los daños ocasionados y rehabilitar al sujeto para funcionar en la vida, recuperando sus habilidades y capacidades, que fueron afectadas por la enfermedad. En este caso, se trabaja con la hospitalización psiquiátrica, la

laborterapia, el entrenamiento de habilidades y la educación, la psicoterapia intensiva y el uso de psicofármacos. Nos referimos a la prevención terciaria.^{4,23}

Cabe mencionar que también:

Se basa por completo en la disuasión; es decir, en dar razones para desistir de un propósito, por analogía podría ser la seducción del terror como instrumento más eficaz para la prevención: “La droga o la vida”, “Vivir sin drogas es vivir”, “Di no las drogas, di sí a la vida” son lemas que pudieran ser utilizados en este sentido.²³

4.5.3 El modelo sociocultural

- Enfoca su atención en el contexto ampliado de los individuos (comunidad, nación), bajo la premisa de que las condiciones socioeconómicas (pobreza, hacinamiento, migración, urbanización, industrialización, desempleo, etc.) y socioculturales (malestar, movimientos culturales e identidades juveniles) son las variables importantes que influyen en la aparición de las adicciones, más que en las categorías individuales.²³
- Centra su estrategia de intervención en la promoción del desarrollo comunitario; es decir, la realización de actividades que mejoren la infraestructura de servicio público, oportunidades de estudio y empleo, participación comunitaria, cambio en las estructuras y relaciones sociales, etc. El mejoramiento general de las condiciones de vida y la justicia social son los elementos clave de la prevención.²³

4.5.4 El modelo ético-jurídico

Está centrado en la definición, clasificación y regulación legal de las drogas y todas las actividades con ellas relacionadas: producción, distribución, consumo, etcétera.

Divide a las drogas en lícitas e ilícitas y, de acuerdo con esto, están controladas legalmente de manera diferente; siendo el consumo de drogas ilícitas el objeto de sanción como defensa del orden social.²³

Determina que el consumidor es una víctima, un enfermo que se debe referir a las instituciones pertinentes para su tratamiento; los delincuentes, victimarios, son los que producen y trafican con las drogas.

Centrado en los aspectos legales y de control social, enfoca las actividades de prevención en el acatamiento irrestricto a las leyes, así como en el combate y castigo al narcotráfico; la fiscalización de la producción y la distribución; la determinación de las penas por la producción, venta y consumo de drogas ilícitas y en el establecimiento de convenios y acuerdos internacionales de lucha contra las drogas.²³

4.5.5 Modelo de prevención de farmacodependencia

Al hablar de modelos nos referimos a esquemas que sirven para ordenar, en forma sintética y abstracta, elementos de la realidad. Los supuestos básicos que sustentan a los principales modelos de prevención y tratamiento de las farmacodependencias se orientan en gran medida según:¹⁰

- La concepción que se tiene de la droga: sustancia mágica, contaminante, sociocultural etc.

- La concepción que se tiene de la farmacodependencia: enfermedad, vicio, problema de salud pública, problema social, político, construcción socio-cultural, etc.
- La concepción que se tiene del farmacodependiente: vicioso, criminal, enfermo, ser humano que sufre, etc.
- La concepción que se tiene de la misión: reprimir, castigar, excluir, curar, rehabilitar, reintegrar, etc.²³
- La concepción que se tiene del nivel en el que se tiene que actuar: individual, grupal, familiar, comunitario, masivo, estructural.

4.6 Tratamiento de las adicciones

Un tratamiento debe incidir sobre aspectos complejos y variados. En muchos casos se utiliza la terapia familiar, de pareja, de grupo o individual, según la valoración que se haga de la adicción y de la capacidad profesional que se tenga para poder utilizar estas técnicas. Es necesario tener certeza acerca de para qué fines utiliza el sujeto a la droga.

Para el tratamiento de las toxicomanías, a diferencia de otras patologías mentales, no siempre alcanza con la terapia individual; a veces es necesario recurrir a un espacio de contención grupal que le sirva al adicto en el duro intento de romper con la compulsión por la sustancia.¹⁰

4.6.1 Modalidades del tratamiento

4.6.1.1 Tratamiento residencial

Incluye la etapa de Comunidad Terapéutica y la Reinserción Social.

- Centros de Integración Juvenil

Es una asociación civil no lucrativa, incorporada al Sector Salud. Las actividades que realiza están encaminadas a la prevención, tratamiento y rehabilitación e investigación científica sobre el consumo de drogas en México.

- Patronato de Centros de Integración Juvenil, A.C.

Objetivo.

Contribuir en la disminución de la demanda de drogas legales e ilegales o la reducción de la edad del primer contacto con las drogas, mejorando al mismo tiempo la sensibilidad y el conocimiento de la sociedad potosina respecto a este problema de salud pública.⁶

- Modelo de Abordaje Institucional.
- Programa de Prevención de Adicciones
- Programa de Tratamiento y Rehabilitación
- Programa de Investigación y Enseñanza
- Movilización Social
- Promoción Institucional.
- Modelo Preventivo “Para Vivir sin Adicciones”

Objetivo.

Editar y/o retardar el inicio del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

Fortalecer factores de protección para evitar el uso y abuso de sustancias adictivas

Fortalecer y/o desarrollar estilos de vida saludables que eviten el consumo de drogas.

Características del Modelo de Prevención

- El modelo médico sanitario con un enfoque de salud pública.
- Se privilegia la movilización social.
- Se sustenta en bases científicas.
- Tiene un corte humanista, las acciones se dirigen al bienestar de los individuos, la familia y la sociedad.
- Se orienta con una perspectiva de género.
- Énfasis en el desarrollo de programas con un matiz cultural y regional.

Incorpora la prevención universal, selectiva e indicada como los fundamentos del programa.

Programa Preventivo CIJ

- Tiene como línea estratégica la Educación para la Salud.
- Promoción de estilos de vida saludables
- Identificación de Factores de Riesgo
- Promoción de mecanismos que neutralicen o disminuyan los FR: Factores Protectores.
- Se denomina: Para vivir sin adicciones
- Es un programa científicamente validado.

Los programas de prevención funcionan reforzando los factores de protección y eliminando o reduciendo los factores de riesgo para el consumo de drogas. Los programas están diseñados para diferentes edades y pueden ser específicamente diseñados tanto para personas o grupos particulares, como para las escuelas o el hogar. Hay tres tipos de programas: ⁶

- Los programas universales que tratan los factores de riesgo y de protección que todos los niños en un ambiente dado tienen en común, como por ejemplo, en la escuela o en la comunidad.
- Los programas selectivos que se dirigen a grupos de niños y adolescentes que tienen factores que aumentan aún más el riesgo para el abuso de drogas.
- Los programas indicados están diseñados para los jóvenes que ya han comenzado a abusar de las drogas.

El uso y abuso de sustancias psicoactivas presentan implicaciones a nivel social y medico que afectan al desempeño de la persona en diferentes ámbitos, las consecuencias que estos ejercen son perjudiciales pues constituyen un riesgo hacia la dependencia, así como problemas de salud físicos y psíquicos. En el consumo de tabaco y alcohol ha aumentado el número de consumidores, cada vez es menor la edad que se presenta y mayor frecuencia lo cual es un factor de mayor vulnerabilidad. ⁶

El uso de alcohol y tabaco son aceptados en la sociedad y esto se vuelve un hábito o rutina, estos aspectos del uso y abuso de drogas legales representan un problema de salud a nivel mundial, capaz de producir importantes alteraciones a la salud, además de problemas emocionales y sociales; la OMS afirma que el uso de estas sustancias es la causa evitable de morbimortalidad a nivel mundial. ⁶

1 Comunidad Terapéutica

Es una micro sociedad en la cual la vida y las consiguientes dinámicas de grupo son utilizadas para un análisis del comportamiento individual y para la concreción de un trabajo basado en la fuerza del grupo que propone modificar el comportamiento. ⁶

La comunidad terapéutica pone el acento en el problema del hombre, no solo en el plano psicológico sino también en el existencial, y apunta a la búsqueda de respuesta y al conocimiento de sí mismo. El tratamiento terapéutico busca fundamentalmente fomentar la autoestima de las personas en tratamiento. Esto se plasma, por un lado, a través de la entrada en un sistema donde se cumple un rol con una función definida y, por otro, se entra en un sistema que permite percibirse y ser percibido a través de nuevos modos de relación. Dentro de los nuevos roles que el paciente debe asumir surge el de ser responsable de un área laboral en la cual sienta que tiene un objetivo y que éste es importante para el bienestar comunitario. ⁶

Paralelamente a esta revalorización por medio de las actividades, es imprescindible el tratamiento terapéutico grupal e individual, mediante el cual se elabora el proceso histórico de cada persona. El tratamiento se apoya en tres vértices:

- El trabajo sobre el comportamiento (mediante un sistema de reglas claras y obligaciones diarias en la comunidad donde se encuentre internado).
- El trabajo de elaboración a través de la terapia grupal y/o individual.
- El trabajo cognitivo, mediante seminarios y talleres.

El objetivo del tratamiento en esta etapa es que el paciente deje de recluirse en la distancia emocional o en su encapsulamiento, que salga de su “fortaleza-prisión”, encuentre las condiciones necesarias para iniciar el reconocimiento de sí mismo, y pueda expresarse y focalizar el trabajo en la elevación de su autoestima y en el desarrollo de su identidad. Durante todo el periodo de permanencia en la Comunidad Terapéutica se efectúa una labor intensa con la familia para facilitar el dialogo y la interacción. ⁶

2 Reinserción Social

Finalizando el periodo de internación, continúa la etapa de Reinserción Social, que consiste en un proceso orientado a reingresar al paciente a una sociedad que no ha tenido variaciones básicas en los aspectos que contribuyeron a generar, en parte, la conducta adictiva. Se intenta que el paciente canalice sus potencialidades y lo aprendido durante el tratamiento, como agente de cambio social, para, de este modo, poder aceptar la realidad en la que va a vivir y al mismo tiempo operar en su transformación. ⁶

El proceso es gradual, comienza durante el proceso de internación y apunta a romper con el aislamiento, para no sentir la internación como una “burbuja”. Por ello son importantes las salidas de fin de semana y el contacto social mientras está internado, para poder encontrar y sostener vínculos sanos en el afuera y elaborar su situación familiar- social. En esta etapa se debe hablar de determinados agentes que no se circunscriben únicamente a la Reinserción Social, sino que se definen en términos globales. Estos son: la familia, el grupo de pares y el ambiente laboral y/o escolar, que son decisivos en la búsqueda, comprensión y trazado de nuevas relaciones en él significativas. ⁶

El proceso de replantearse las relaciones familiares es una de las aristas más importantes. En cuanto a las amistades, es difícil establecer nuevos contactos, ya que en ocasiones el paciente tiene que armar completamente su universo social porque ha roto con sus relaciones anteriores. Aquí se trabaja

desarrollando lazos que lo pueden sostener y apoyar en situaciones de crisis. El mundo laboral se aborda con todo lo que el paciente trae consigo como material a los grupos, pues estos espacios son privilegiados para absorber temores y ansiedades.⁶

El objetivo es que el paciente consiga su ubicación en el contexto social, construyendo una red vincular que lo ayude a sostenerse, logre un medio de vida acorde con sus principios y reformule sus relaciones familiares.⁶

4.6.2 Centro de día

Se define como un ámbito interdisciplinario con una estructura específica para el tratamiento de pacientes drogodependientes. Este tipo de tratamiento consiste en una “internación parcial”, que aúna las ventajas del tratamiento ambulatorio y la mayor parte de los recursos terapéuticos de una internación total, y permite, al mismo tiempo, que los pacientes mantengan sus vínculos familiares y sociales mientras realizan un tratamiento con mayor frecuencia y contención.¹⁰

La asistencia psicológica familiar, las actividades recreativas y deportivas, y las terapias especiales como musicoterapia, taller de teatro y seminarios, entre otras, son algunas de las tareas en las que se basa este tipo de tratamiento. La mayor cantidad de terapias y el enfoque de distintos espacios ayudan al paciente a reconocer sus capacidades y a fomentar la potenciación de los efectos esperables en un tratamiento individual.^{6,10}

El emprendimiento terapéutico suele realizarse de la siguiente manera:

- Individual: a través de terapia.

- Grupal: a través de asambleas comunitarias, grupos terapéuticos, musicoterapia, seminarios, talleres, actividades de esparcimiento y recreativas, culturales y deportivas.

- Familiar: según se especifica en el punto “Asistencia familiar”. Existen variaciones dentro de esta modalidad de tratamiento, que dependen de las horas y del momento del día en que el paciente concurre al sitio de la terapia.

4.6.3 Tratamiento ambulatorio

Requiere partir de algunos presupuestos básicos:

- Existencia de un núcleo familiar y/o referente que brinde contención.
- Posibilidad real y concreta de un trabajo y/o estudio que permita programar las actividades diarias.⁶

Presencia de un núcleo de relaciones vinculares incompatibles con el uso de drogas, que permita organizar el tiempo libre y de recreación.¹⁰

Este tratamiento está dirigido a aquellas personas que han podido conservar un trabajo o un estudio en un entorno sano, con una adecuada contención familiar, y en particular a aquellos que presente una estructura de personalidad que resista las presiones sociales y que sigan un tratamiento de rehabilitación simultáneamente.^{6,10}

4.6.4 Consultorios externos (terapia individual): aquellas personas que no reúnen las características de personalidad y entorno socio familiar, realizan su tratamiento de rehabilitación a través de terapia individual.¹⁰

V OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

Determinar el consumo de drogas lícitas e ilícitas de los estudiantes de 1º a 5º semestre de las Licenciaturas en Enfermería y Nutrición de la Facultad de Enfermería de la UASLP.

5.1.1 Objetivos específicos

- 1 Identificar el tipo de droga que consumen los estudiantes de la Facultad de Enfermería de la UASLP.
- 2 Identificar el nivel de dependencia de consumo de tabaco en estudiantes de la Facultad de Enfermería de la UASLP.
- 3 Identificar problemas derivados del consumo de alcohol en estudiantes de la Facultad de Enfermería de la UASLP.
- 4 Identificar problemas derivados del consumo de drogas ilícitas (marihuana, cocaína, pegamentos, esmaltes, estimulantes, anfetaminas, extásis u otros) en estudiantes de la Facultad de Enfermería de la UASLP.

VI METODOLOGÍA

6.1 Diseño metodológico

El presente estudio fue de índole cuantitativa, descriptiva, prospectiva y transversal.²⁴

Los datos encontrados se presentaran en el siguiente orden:

Para este estudio se tomo en cuenta la información personal de los participantes con las variables sociodemográficas: edad, género y nivel de estudios.

Teniendo en cuenta la problemática, para el presente trabajo se realizó un estudio sobre el consumo de sustancia lícitas e ilícitas en los estudiantes de la Facultad de Enfermería y Nutrición, nivel de dependencia a la nicotina y problemas derivados del consumo de alcohol y de drogas ilícitas.

Para el análisis de la información se cotejaron las variables sociodemográficas y su comportamiento según el consumo de alcohol, tabaco y sustancias utilizadas alguna vez en la vida, una vez analizados los lineamientos de los instrumentos se obtuvo la información requerida, se organizo el programa estadístico SPSS versión 15.

6.2 Lugar y período

Se llevó a cabo en el período de septiembre a diciembre de 2009 en la Facultad de enfermería de la UASLP.

6.3 Recursos

6.3.1 Humanos:

Se contó con un asesor metodológico, un asesor estadístico y asesoría de personal experto en la temática de adicciones del Centro de Integración Juvenil.

6.3.2 Recursos materiales:

Los recursos materiales necesarios para la implementación del presente estudio fueron cubiertos por las estudiantes del mismo, con recursos económicos derivados de una beca subsidiada por Gobierno del Estado y la UASLP con 50% cada uno.

6.4 Universo

Constituido por una población 780 estudiantes de la Facultad de Enfermería de la UASLP de las Licenciaturas de Enfermería (420) y Nutrición (161) de 1º, 3º, y 5º semestre.

6.5 Muestra

La muestra fue de tipo no probabilística por conveniencia, quedo conformada por 581 estudiantes de primero a quinto semestre de las Licenciaturas de Enfermería y Nutrición de la facultad de Enfermería de la UASLP, los cuales aceptaron participar libre y voluntariamente conforme a carta de consentimiento informado. (Ver Apéndice A.)

6.6 Criterios

6.6.1 De inclusión

780 estudiantes de 1º 3º y 5º semestre de las licenciaturas en Enfermería y Nutrición de la Facultad de Enfermería de la UASLP

Estudiantes de 17 a 40 años.

6.6.2 De exclusión

Estudiantes de 7^o semestre.

18 estudiantes que no se encontraron en el momento de la recolección de datos.

6.6.3 De eliminación

Quienes no desearon participar.

6.7 Variables de estudio e instrumentos de recolección de datos

Para el presente estudio se consideró como variable de investigación: El consumo de drogas lícitas e ilícitas de los estudiantes de la Facultad de Enfermería de la UASLP. (Para operacionalización de las variables ver apéndice B)

6.7.1 Descripción e interpretación de los instrumentos de recolección de datos

Cuestionario AUDIT (Alcohol Use Disorder Identificación Test). Es un instrumento de tamizaje en una versión breve para identificar personas cuyo consumo y dependencia al alcohol se haya convertido en problema de salud (son 10 preguntas) cuyas opciones de respuesta se refieren a la cantidad o frecuencia relativas a ciertas situaciones de consumo y cantidad del mismo durante el último año. Tiene una escala de puntuación que representa un grado bajo, medio y alto de dependencia al alcohol.

Este cuestionario es estructurado y auto aplicable permite la identificación del consumo excesivo de alcohol como causa de enfermedad. Una puntuación de 0 a 7 indica consumo de bajo riesgo o abstemios, entre 8 y 15 puntos indica

consumo de riesgo y/o dependencia media y puntaje mayor de 16 indica un grado de dependencia alta.

El cuestionario FARGESTROM creado por Fagerström K.O. en 1978 es de los más utilizados para medir dependencia a la nicotina. Se trata de un cuestionario auto administrado, diseñado para la evaluación de la dependencia nicotínica relacionada con el consumo de cigarrillos.²⁵

La versión original, Fagerström Tolerance Questionnaire (FTQ), fue publicada en 1978 y contenía 8 ítems. Con posterioridad, en 1991, Heatherton et al. Propusieron la supresión de 2 ítems (cantidad de nicotina que contiene sus cigarrillos y si el paciente se traga o no el humo) ya que no encontraron una relación adecuada con las medidas bioquímicas y contribuían a las deficientes propiedades psicométricas del cuestionario. De este modo, nació el Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND), cuestionario de 6 ítems que analiza la cantidad de cigarrillos consumidos por el paciente, la compulsión por fumar y la dependencia nicotínica.²⁵

Los ítems se contestan de dos modos diferentes: 4 de ellos son de respuesta dicotómica (si o no) y los otros 2 se responden según una escala tipo Likert de 4 puntos (0 a 3 puntos). La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones obtenidas en cada ítem y oscila de 0 a 10 puntos. E. Becona y F.L. Vázquez han validado este instrumento en España.²⁵

Actualmente este instrumento se encuentra validado internacionalmente por la OMS, cuya aplicación ha sido muy barata y no requiere mayor entrenamiento, implicando un desarrollo de políticas y estrategias orientadas a enfrentar trastornos de dependencia a la nicotina.

6.7.2 Interpretación del instrumento Fagerström

Es un cuestionario muy breve y fácil de aplicar, esto lo convierte en un buen dispositivo de screening y una guía útil para planificar la estrategia de

tratamiento y su intensidad. En el trabajo original, los autores no proponen puntos de corte. Diferentes estudios indican que los fumadores que puntúan alto en el FTND se beneficiarán del uso alternativo de chicles o spray nasal de nicotina incluso a dosis altas. La escala de corrección que suele aplicar es la siguiente:

0-2: No dependencia

3-4: dependencia débil

5-6: dependencia moderada

7-8: fuerte dependencia

9-10: dependencia muy fuerte

6.7.3 Interpretación del instrumento AUDIT y uso de sustancias alguna vez en la vida y en los últimos doce meses (CIJ)

AUDIT, es el Test de Identificación de los Trastornos debidos al Alcohol, y describe cómo utilizarlo para identificar a las personas con un patrón de consumo perjudicial o de riesgo de alcohol. El AUDIT fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve. Puede ayudar en la identificación del consumo excesivo de alcohol como causa de la enfermedad presente.²⁶

También proporciona un marco de trabajo en la intervención para ayudar a los bebedores con consumo perjudicial o de riesgo a reducir o cesar el consumo de alcohol y con ello puedan evitar las consecuencias perjudiciales de su consumo. La primera edición de este manual fue publicada en 1989 (Documento N°. WHO/MNH/89.4) y fue actualizada en 1992 (WHO/PSA/92.4).

Desde ese momento su utilización se ha extendido tanto entre el personal sanitario como entre los investigadores del alcohol. Con el creciente uso del

screening de alcohol y la popularidad internacional del AUDIT, surgió la necesidad de revisar este manual para incorporar los avances en la investigación y la experiencia clínica.

Sus principales ventajas son la brevedad (1-2 minutos), sencillez y alta sensibilidad (80%) y especificidad (90%).

6.8 Prueba piloto

Se utilizó para la recolección de datos tres instrumentos específicos para identificar consumo de alcohol (AUDIT) (ver anexo C). Instrumento Fagerström (anexo B) para medir índice de nicotina e instrumento de sustancias utilizadas alguna vez en la vida y durante los últimos doce meses (CIJ) (anexo A).

Instrumentos validados internacionalmente por la OMS. La prueba fue realizada en 40 estudiantes de características semejantes a la muestra, se aplicó a estudiantes de séptimo semestre de la Licenciatura de Enfermería de la UASLP del 11 al 17 de septiembre de 2009 con el fin de conocer el tiempo en el cual se contestaría el cuestionario y verificando que preguntas generaban confusión para clarificarlas.

Se contestó en un tiempo de 15 minutos.

Los Test, Audit y Fagerström no tenía instrucciones. Referente al cuestionario de Sustancias utilizadas alguna vez en la vida y durante los últimos doce meses, refirieron no entender bien en donde se debía marcar la respuesta ya que cuenta con dos columnas para respuestas, por lo que se les clarificaron dudas.

6.9 Resultados del alfa de Cronbach

A cada alumno se le entregó la carta de consentimiento informado. Una vez aplicados los instrumentos, se corroboró el alfa de cronbach de cada instrumento, encontrándose:

Audit: con -0.798

Fagerström: con 0.850

Sustancias utilizadas alguna vez en la vida y durante los últimos doce meses: Cada ítem, se encuentra dividido en 2 partes, encontrándose un resultado de 0.903

6.10 Procedimientos y técnica

Previa gestión de las investigadoras con las autoridades correspondientes, se procedió a realizar la prueba piloto en los estudiantes del 7º semestre de la facultad de Enfermería y Nutrición de la UASLP con los instrumentos seleccionados para el estudio, con duración de 10 a 15 minutos.

Concluida esta fase se sometió a la revisión del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería, una vez obtenida la aprobación, se llevo a cabo la fase de recolección de datos del 27 de octubre al 10 de noviembre del 2009 de 8:00 a 20:00 hrs. se utilizo una entrevista estructurada con el instrumento mencionado el cual fue auto aplicado.

Se solicito el permiso a las autoridades correspondientes, así como a profesores asignados en el momento de aplicar este instrumento. Se realizo previa entrega de la carta de consentimiento informado a todas aquellas personas que decidieron participar, se les explico el contenido de las preguntas, el motivo de realizarlas y la necesidad de responderlas. Se asistieron durante todo el proceso aclarando dudas respecto a los instrumentos.

A cada estudiante se le entrego la carta de consentimiento informado donde autorizaron usar los datos recolectados exclusivamente con fines académicos, el cuestionario AUDIT, cuestionario Fagerström y cuestionario de Uso de

sustancias utilizadas alguna vez en la vida, durante los últimos doce meses, garantizando a los estudiantes la confidencialidad de sus respuestas.

Para identificar problemas del consumo de drogas ilícitas se dio la indicación verbal de anotar al reverso de la hoja que tipo de problema surgió a raíz del consumo.

6.11 Procesamiento y análisis de los datos

Se procesaron mediante el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales SPSS 15 (Statistical Package for the Social Sciences) y para el análisis se utilizaron medidas de tendencia central: moda, mediana y media. Medidas de variabilidad con desviación estándar.

6.12 Aspectos ético-legales

El estudio se realizó en base al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la Salud, Capítulo 1 título Segundo Artículo 13 De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos.

Artículo 13.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

El estudio no constituyó ningún riesgo o peligro a la salud de los participantes ya que según la Ley General de salud el riesgo mínimo lo constituyen aquellos estudios en los que solo se realicen encuestas y toma de muestras básicas. Para respetar el derecho de cada individuo a su privacidad en este estudio, los datos obtenidos por medio de las encuestas fueron manejados con absoluta confidencialidad, garantizando el anonimato de los estudiantes encuestados y de la institución participante. Así mismo para respetar su derecho a participar sin sanciones se utilizó carta de consentimiento libre e informado.

I. Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta;

V. Se conto con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala.

VII RESULTADOS Y DISCUSION

Los resultados corresponden a una población de 780 sujetos de estudio que representaron el 100% de los estudiantes de las carreras de Licenciatura en Enfermería y Nutrición, de los 780 sujetos participaron 581 dado que 18 personas no se encontraron en el momento del estudio y una persona decidió no participar.

El cuadro 1 presenta la caracterización de la muestra de estudio. Con respecto a los datos sociodemográficos se obtuvo que el predominio fue de género femenino con un 80% y el 20% para el masculino, el rango de edad fue entre 17 a 21 años que corresponde al 85.6%, mientras que el segundo lugar lo ocupó el grupo de 22 a 26, con un 13.4%, la media fue de 26.05 y una desviación estándar de 6.062.

En la distribución por carrera, se observó que el 72.3% pertenecen a la licenciatura en Enfermería y el 27.7% a la de Nutrición. Ambos grupos se encuentran en edad crítica, dado que aún cursan la adolescencia siendo esto relevante pues en ellos se da el inicio y experimentación en el consumo de sustancias adictivas, que se asocia a un mayor número de factores de riesgo, tales como comunicación deficiente, conflictos frecuentes, etc. la predisposición es mayor.

Es importante destacar que para los adolescentes es muy importante pertenecer a un grupo y realizar actividades que los hagan sentirse aceptados, hasta donde se conoce, el consumo de drogas empieza en donde se conocen nuevos amigos y se vuelven más vulnerables a la presión de los pares, entre más temprano se comience a consumir una droga más probable es que se consuma con frecuencia y mayor es la tendencia a que se abuse de ella.^{27,28}

Cuadro 1

Características sociodemográficas de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición. Facultad de Enfermería de la UASLP. Período octubre-noviembre 2009.

n= 581

CARACTERISTICAS	Fr	%
Género		
Femenino	465	80%
Masculino	116	20%
Total	581	100%
Edad		
17 – 21	498	85.6%
22 –26	78	13.4%
27 – 31	2	0.34%
32 – 36	2	0.34%
36 - 40	1	0.17%
Total	581	100%
Media 26.05 y DE 6.062		
Distribución por carrera		
Licenciatura – Enfermería	420	72.3%
Licenciatura – Nutrición	161	27.7%
Total	581	100%

Fuente: Directa

En el cuadro 2, se observó que los estudiantes de la Facultad de Enfermería consumen en mayor porcentaje drogas lícitas como alcohol y tabaco. El consumo de alcohol “alguna vez en la vida” se registró más alto en la Lic. de Nutrición con un 77% y Enfermería un 58%.

El adolescente es muy susceptible ante diversas situaciones. La problemática vivida por los estudiantes de la Facultad de Enfermería como población de riesgo al ser adolescentes y tomando en cuenta que el espíritu de curiosidad es algo inherente de la condición humana, la búsqueda de sensaciones placenteras y la influencia que ejercen los demás los enfrentan a buscar soluciones que muchas veces no son idóneas y pueden incursionar en el consumo de drogas lícitas, pasando luego a las ilícitas incursionando en las adicciones que son un síndrome constituido por un conjunto de signos y síntomas característicos, siendo de origen multifactorial entre los que se mencionan factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales.^{6, 9,10}

De quienes refirieron haber consumido alcohol “Hace más de un año” en la Lic de Enfermería se registró más alto el consumo un 26.7% y la Lic. en Nutrición solo un 12%. Estos datos mostraron un aumento significativo, “Durante los últimos doce meses” la Lic. en Enfermería aumentó a un 73.5% y en Nutrición a 82.6%.

En México, las Encuestas Nacionales de Adicciones (ENA) dieron a conocer que el tabaco y el alcohol constituyen las principales sustancias cuyo consumo es objeto de abuso entre la población.²⁹

En cuanto al consumo de tabaco los resultados mostraron que el porcentaje más alto se presentó en la Lic. en Nutrición, el 37.3% y el 25.2% para quienes refirieron haberlo consumido “alguna vez en la vida”. La Lic. en Enfermería con 11.2% y 3.7% de la Lic. en Nutrición refirieron haberlo consumido “Hace más de un año”. Al preguntarles si habían consumido tabaco “Durante los

últimos doce meses” los datos mostraron el mayor porcentaje en la Lic. en Nutrición con 37.9% y en la Lic. en Enfermería un 23.8%.

Cuadro 2

Consumo de drogas lícitas de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición. Facultad de Enfermería de la UASLP.
Período octubre-noviembre 2009.

n= 581

DROGAS LICITAS		ALGUNA VEZ EN LA VIDA				HACE MÁS DE UN AÑO				DURANTE LOS ÚLTIMOS DOCE MESES						
		Enfría		Nutrición		Total	Enfría		Nutrición		Total	Enfría		Nutrición		Total
		Sí	No	Sí	No		Sí	No	Sí	No		Sí	No	Sí	No	
Alcohol	fr	243	177	124	37		112	308	19	142		309	111	133	28	
	%	58	42	77	23		26.7	73.3	12	88		73.5	26.5	82.6	17.4	
Total	fr	420		161		581	420		161		581	420		161		581
	%	100		100		100	100		100		100	100		100		100
Tabaco	fr	106	314	60	101		47	373	6	155		100	320	61	100	
	%	25.2	74.8	37.3	62.7		11.2	88.8	3.7	96.3		23.8	76.2	37.9	62.1	
Total	fr	420		161		581	420		161		581	420		161		581
	%	100		100		100	100		100		100	100		100		100

Fuente: Directa. Cuestionario "Sustancias utilizadas alguna vez en la vida y durante los últimos doce meses"

En las tablas 4 y 5 se observa que en los estudiantes de la Facultad de Enfermería el consumo de drogas ilícitas es menor en comparación con las lícitas como alcohol y tabaco. En la Lic. en Enfermería 96.4% y en la Lic. en Nutrición 93.2%, refirieron no consumir drogas ilícitas, de estas, en lo que respecta a la marihuana, la proporción que consumió “alguna vez en la vida” fue superior en la Lic. en Nutrición 8.7%, la Lic. en Enfermería 5.5%, observándose una disminución de consumo “hace más de un año” en la Lic. en Enfermería 2.6%, y la Lic. en Nutrición 1.2%, quienes la consumieron “los últimos doce meses” el porcentaje se registró más alto en la Lic. en Nutrición 6.8%, y la Lic. en Enfermería 3.6%.

Los datos concuerdan con la Encuesta Nacional de Adicciones (2008), que señala, que la marihuana es la droga ilícita de más fácil acceso y que cada una de cinco personas 17.7% de entre 12 y 65 años la consumen.²⁹

Para el caso de otras drogas corresponde a la cocaína, sustancia que representa un motivo de preocupación grave, el cuerpo la absorbe con rapidez y tiene un efecto casi inmediato, cuando se emplea en cantidades relativamente pequeñas, produce sensaciones de bienestar psicológico profundo, mayor confianza y un estado de alerta, sin embargo los efectos placenteros tienen un alto precio, se puede desencadenar una adicción psicológica y fisiológica. Con el tiempo los consumidores se deterioran mental y físicamente.¹⁹

En la Lic. en Enfermería el 2.1% y el 1.2% en la Lic. en Nutrición refirieron que “alguna vez en la vida” la consumieron. “Hace más de un año” en la Lic. en Enfermería 0.7%, en la Lic. en Nutrición 0.6%. “Durante los últimos doce meses” la proporción se presentó más alta en la Lic. en Enfermería 1.7% y en la Lic. en Nutrición 0.6%.

El hachís es la tercera droga ilícita que se ha consumido en la Facultad de Enfermería. “Alguna vez en la vida” refirieron haberla consumido 2.5% en la Lic. en Nutrición, 1.4% en la Lic. en Enfermería. “Durante los últimos doce

meses” la Lic. En Nutrición mostró mayor proporción de consumo 1.9% la Lic. en Enfermería 1%.

El uso y abuso de drogas constituye una fuente de graves problemas para los adolescentes. Es precisamente el hecho del hábito de su consumo por la población juvenil, uno de los factores que han determinado una conducta, una atención y una percepción relativamente escasa de los problemas a los que da lugar.²¹

Existen una variedad de productos que se encuentran comúnmente en casa y en el trabajo que contienen sustancias que se pueden inhalar con el propósito de drogarse. No obstante, muchos no lo consideran drogas ya que los productos como solventes, removedores y pegamentos no fueron creados con la intención de usarse para obtener un efecto intoxicante. Sin embargo, los niños y los adolescentes los pueden obtener fácilmente y son quienes tienen mayor probabilidad de abusar de estas sustancias extremadamente tóxicas.³⁰

El consumo de estas sustancias muestra cifras inferiores en la Facultad de Enfermería. En la Lic. en Enfermería solo se refirió haber usado “alguna vez en la vida” 0.2% , “hace más de un año” (0.2%), los datos señalan que durante los “últimos doce meses” nadie refirió haber consumido. En la Lic. en Nutrición “alguna vez en la vida” el 1.2% y “hace más de un año” 0.6% refirieron haber consumido. Se observó que solo en la Lic. en Nutrición el 0.6% consumió “durante los últimos doce meses”.

En lo que respecta a esmaltes y pinturas los datos sobresalen en la Lic. en Nutrición, refirieron haber consumido “alguna vez en la vida” 1.2%, “hace más de un año” 0.6% “durante los últimos doce meses” 0.6%, mientras que en la Lic. en Enfermería no se registró ningún caso.

Tabla 4

Consumo de drogas ilícitas de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición. Facultad de Enfermería de la UASLP. Período octubre-noviembre 2009.

n= 581

DROGAS ILÍCITAS		ALGUNA VEZ EN LA VIDA				Total	HACE MÁS DE UN AÑO				Total	DURANTE LOS ÚLTIMOS DOCE MESES				Total
		Enf.		Nut.			Enf.		Nut.			Enf.		Nut.		
		Sí	No	Sí	No		Sí	No	Sí	No		Sí	No	Sí	No	
Marihuana	fr	23	397	14	147		11	409	2	159		15	405	11	150	
	%	5.5	94.5	8.7	91.3		2.6	97.4	1.2	98.8		3.6	96.4	6.8	93.2	
Total	fr	420		161		581	420		161		581	420		161		581
	%	100		100		100	100		100		100	100		100		100
Hachís	fr	6	414	4	157		2	418	1	160		4	416	3	158	
	%	1.4	98.6	2.5	97.5		0.4	99.6	0.6	99.4		1	99	1.9	98.1	
Total	fr	420		161		581	420		161		581	420		161		581
	%	100		100		100	100		100		100	100		100		100
Cocaína	fr	9	411	2	159		3	417	1	160		7	413	1	160	
	%	2.1	97.9	1.2	98.8		0.7	99.3	0.6	99.4		1.7	98.3	0.6	99.4	
Total	fr	420		161		581	420		161		581	420		161		581
	%	100		100		100	100		100		100	100		100		100
Solventes/removedores/pegamentos	fr	1	419	2	159		1	419	1	160		0	420	1	160	
	%	0.2	99.8	1.2	98.8		0.2	99.8	0.6	99.4		0	100	0.6	99.4	
Total	fr	420		161		581	420		161		581	420		161		581
	%	100		100		100	100		100		100	100		100		100
Esmaltes/pinturas	fr	0	420	2	159		0	420	1	160		0	420	1	160	
	%	0	100	1.2	98.8		0	100	0.6	99.4		0	100	0.6	99.4	
Total	fr	420		161		581	420		161		581	420		161		581
	%	100		100		100	100		100		100	100		100		100

Fuente: Directa. Cuestionario "Sustancias utilizadas alguna vez en la vida y durante los últimos doce meses"

En la tabla 5 se encontró que en el grupo de gasolinas/combustibles los datos mostraron que solo en la Lic. en Nutrición “alguna vez en la vida” 1.2% “hace más de un año” 1.2% refirieron haber consumido, “durante los últimos doce meses” no se registro ningún caso. En la Lic. en Enfermería se observó que nunca han sido consumidos por los estudiantes.

Las anfetaminas son una droga que modifica el estado de ánimo y produce variaciones importantes en el humor de las personas que las usan. Los resultados del estudio fueron similares en ambas licenciaturas, quienes refirieron consumir “alguna vez en la vida” la Lic. en Enfermería 0.4% “hace más de un año” 0.4%, en la Lic. en Nutrición “alguna vez en la vida” 0.6%, “hace más de un año” 0.6%, el consumo “durante los últimos doce meses” no se registro en ninguna de las dos licenciaturas.

En cuanto a los Anorexígenos se encontró una diferencia en ambas licenciaturas. Solamente la Lic. en Nutrición mostró el consumo “alguna vez en la vida” 1.2%, “hace más de un año” 1.2%. Ninguna Licenciatura refirió haber consumido “durante los últimos doce meses”

La diversidad y la accesibilidad a distintos tipos de drogas confieren diferentes riesgos los motivos que pueden llevar a un adolescente a experimentar con el consumo de marihuana podrán ser similares a los de otro adolescente a consumir metanfetaminas; sin embargo, los daños potenciales y la capacidad adictiva de la sustancia utilizada implicará riesgos distintos.³¹

Los resultados encontrados en la Licenciatura de Enfermería mostraron que “alguna vez en la vida” el 0.4% ha consumido esta droga, en la Lic. en Nutrición 1.9%, “hace más de un año” la Lic. en Enfermería 0.4% y en la Lic. en Nutrición 1.2%, “durante los últimos doce meses” solo la Lic. en Nutrición 0.6% refirió haber consumido, en la Lic. en Enfermería no se registró ningún caso.

La búsqueda de nuevas sensaciones y experiencias variadas, nuevas y complejas lleva al adolescente a consumir nuevas drogas como es el caso del éxtasis.²⁰ Se trata de una droga que se consume generalmente en fiestas y reuniones y puede aumentar la desinhibición y las relaciones sociales. Quienes la han consumido “algunas vez en la vida” refirieron el 1.9% en la Lic. en Nutrición, el 0.4% de la Lic. en Enfermería, “hace más de un año” 1.9% en la Lic. en Nutrición 0.2% en la Lic. en Enfermería. “Durante los últimos doce meses” solo se registró el 0.2% en la Lic. en Enfermería

Otras drogas ilícitas usadas son las alucinógenas y disociativas cuyo efecto depende de varios factores: dosis, combinación frecuente con anfetaminas, calidad, ambiente, personalidad, etc. Se caracterizan por el “viaje” o el “trip” modificaciones perceptivas, experiencia de despersonalización, agradable sentimiento de liberación, afecto variable según los momentos.¹⁶

De los estudiantes encuestados en la Lic. de Enfermería refirieron el 1.2% en la Lic. en Nutrición el 0.6% haberlas consumido “alguna vez en la vida”, “hace más de un año” solo la Lic. en Enfermería refirieron el 0.4% haberlas consumido y “durante los últimos doce meses” la Lic. en Enfermería el 0.7% y la Lic. en Nutrición el 0.6% refirieron consumir.

Tabla 5

Consumo de drogas ilícitas de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición. Facultad de Enfermería de la UASLP. Período octubre-noviembre 2009.

n= 581

DROGAS ILÍCITAS		ALGUNA VEZ EN LA VIDA				Total	HACE MÁS DE UN AÑO				Total	DURANTE LOS ÚLTIMOS DOCE MESES				Total
		Enf.		Nut.			Enf.		Nut.			Enf.		Nut.		
Gasolinas/combustibles	fr	0	420	2	159		0	420	2	159		0	420	0	161	
	%	0	100	1.2	98.8		0	100	1.2	99.4		0	100	0	100	
Total	fr	420		161		581	420		161		581	420		161		581
	%	100		100		100	100		100		100	100		100		100
Estimulantes como anfetaminas y derivados anfetamínicos	fr	2	418	1	160		2	418	1	160		0	420	0	161	
	%	0.4	99.6	0.6	99.4		0.4	99.6	0.6	99.4		0	100	0	100	
Total	fr	420		161		581	420		161		581	420		161		581
	%	100		100		100	100		100		100	100		100		100
Anorexígenos	fr	0	420	2	159		0	420	2	159		0	420	0	161	
	%	0	100	1.2	98.8		0	100	1.2	98.8		0	100	0	100	
Total	fr	420		161		581	420		161		581	420		161		581
	%	100		100		100	100		100		100	100		100		100
Metanfetaminas	fr	2	418	3	158		2	418	2	159		0	420	1	160	
	%	0.4	99.6	1.9	98.1		0.4	99.6	1.2	98.8		0	100	0.6	99.4	
Total	fr	420		161		581	420		161		581	420		161		581
	%	100		100		100	100		100		100	100		100		100
Drogas de diseño (éxtasis)	fr	2	418	3	158		1	419	3	158		1	419	0	161	
	%	0.4	99.6	1.9	98.1		0.2	99.8	1.9	98.1		0.2	99.8	0	100	
Total	fr	420		161		581	420		161		581	420		161		581
	%	100		100		100	100		100		100	100		100		100
Drogas alucinógenas y disociativas	fr	5	415	1	160		2	418	0	161		3	417	1	160	
	%	1.2	98.8	0.6	99.4		0.4	99.6	0	100		0.7	99.3	0.6	99.4	
Total	fr	420		161		581	420		161		581	420		161		581
	%	100		100		100	100		100		100	100		100		100

Fuente: Directa. Cuestionario "Sustancias utilizadas alguna vez en la vida y durante los últimos doce meses"

La Feniclidina (PCP) gozó de un breve período de popularidad en los años 1960 que desapareció en seguida, a medida que se conoció la gravedad de las reacciones adversas. Sin embargo, su consumo de ha reiniciado en fechas recientes en quienes abusan de múltiples drogas.⁴

En la tabla 6 se observaron los resultados del consumo de esta droga, en la Lic. en Enfermería el 0.2% refirió haber consumido “alguna vez en la vida” en la Lic. en Nutrición 0%. “Hace más de un año” la Lic. en Enfermería 0.2% refirieron haberla consumido, la Lic. en Nutrición 0%, se observó que “durante los últimos doce meses” no se registró consumo en ninguna de las dos Licenciaturas.

Referente a la Ketamina no se observó ningún caso en ambas Licenciaturas.

Tabla 6

Consumo de drogas ilícitas de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición. Facultad de Enfermería de la UASLP. Período octubre-noviembre 2009.

n= 581

DROGAS ILÍCITAS		ALGUNA VEZ EN LA VIDA				HACE MÁS DE UN AÑO				DURANTE LOS ÚLTIMOS DOCE MESES						
		Enf.		Nut.		Total	Enf.		Nut.		Total	Enf.		Nut.		Total
Feniclidina (PCP)	fr	1	419	0	161		1	419	0	161		0	420	0	161	
	%	0.2	99.8	0	100		0.2	99.8	0	100		0	100	0	100	
Total	fr	420		161		581	420		161		581	420		161		581
	%	100		100		100	100		100		100	100		100		100
Ketamina	fr	0	420	0	161		0	420	0	161		0	420	0	161	
	%	0	100	0	100		0	100	0	100		0	100	0	100	
Total	fr	420		161		581	420		161		581	420		161		581
	%	100		100		100	100		100		100	100		100		100

Fuente: Directa. Cuestionario "Sustancias utilizadas alguna vez en la vida y durante los últimos doce meses"

El género parece ser un factor de vulnerabilidad a ciertas drogas debido a características constitucionales inherentes a uno u a otro. Las mujeres por ejemplo, presentan una menor capacidad metabólica de etanol, lo cual significa que dosis pequeñas tengan en ella efectos importantes. A nivel epidemiológico los varones parecen ocupar el primer lugar en el consumo de todo tipo de droga, este hecho parece deberse más a factores culturales que biológicos.⁶

La tabla 7 muestra que el 26.5% de Lic. en Enfermería y el 17.4% de Lic. en Nutrición refirieron no consumir alcohol. Entre quienes refirieron consumirlo, el género femenino de Lic. en Nutrición consumió “alguna vez en la vida” en 54.6%, en Enfermería 44.3%; en el género masculino, en la Lic. en Nutrición tuvo 22.3% en la Lic. en Nutrición 13.6% .

La proporción más alta de consumo de alcohol “Hace más de un año” se presentó en el género femenino en la Lic. en Enfermería, 21.4% y en la Lic. en Nutrición el 9.3%, el género masculino en la Lic. en Enfermería 5.1% en la Lic. en Nutrición 2.5%. En el consumo “Durante los últimos doce meses”, los datos mostraron un aumento importante en las cifras, en la Lic. en Nutrición el género femenino consumió 59.6%, en la Lic. en Enfermería el 57.7%; En el género masculino, la Lic. en Nutrición fue del 23% y en la Lic. en Enfermería de 15.9%

Tener acceso a las drogas y la voluntad de experimentar sus efectos fomentada por otros jóvenes parecen ser causa suficiente para el consumo de estas. El alcohol y el tabaco son los más consumidos en México y en todo el mundo según la Encuesta Nacional de Adicciones (2008), las drogas legales no solo son las de mayor consumo, sino que la edad en la que los consumidores se inician es cada vez más temprana, y en consecuencia, los problemas que ocasionan dejan huella negativa en la salud.²⁹

Referente al consumo de tabaco el 76.1% refirieron no consumir en la Lic. en Enfermería y en Lic. en Nutrición el 62.1%.

En la Lic. en Nutrición se encontró más alto el porcentaje de quienes consumieron “alguna vez en la vida” en el género femenino con 25.4%, en la Lic. en Enfermería con 17%, el género masculino de Lic. en Nutrición fue 11.8% y en la Lic. en Enfermería de 8%. Con respecto al consumo de “Hace más de un año” en el género femenino de Lic. en Enfermería fue de 8.1%, en la Lic. en Nutrición de 1.8%, para el género masculino en la Lic. en Enfermería el consumo mostro 3.1% y en Lic. en Nutrición de 1.8%.

“Durante los últimos doce meses” la proporción más alta se presentó en el género femenino en la Lic. en Nutrición con 26.1%, en la Lic. en Enfermería fue 16.4%, para el género masculino también fue mayor el consumo en la Lic. en Nutrición con 11.8% y en Lic. en Enfermería de 7.9%.

Tabla 7

Frecuencia de consumo de drogas lícitas conforme al género de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición.
Facultad de Enfermería de la UASLP. Período octubre-noviembre 2009.

n=581

Drogas lícitas	Alguna vez en la vida									Hace más de un año						Durante los últimos doce meses							
	Total			Femenino		Masculino		Total			Femenino		Masculino		Total			Femenino		Masculino			
	Enf.	Nut.	Total	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Total	Enf.	Nut.	Total	Enf.	Nut.	Total	Enf.	Nut.	Total	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Total	
Alcohol	Sí	fr.	243	124	186	88	57	36	367	112	19	90	15	22	4	131	309	133	242	96	67	37	442
		%	58	77	44.3	54.6	13.6	22.3	63.1	26.6	11.8	21.4	9.3	5.1	2.5	22.5	73.5	82.6	57.7	59.6	15.9	23	76
	No	fr	177	37	156	35	21	2	214	308	142	252	108	56	34	450	111	28	100	27	11	1	139
		%	42	23	37.1	22.3	5	1.3	36.9	73.4	88.2	60	67	13.3	21.2	77.5	26.5	17.4	23.8	16.8	2.6	0.6	24
Total		fr	420	161	342	123	78	38	581	420	161	342	123	78	38	581	420	161	342	123	78	38	581
		%	100	100	81.4	76.4	18.6	23	100	100	100	81.4	76.4	18.6	23.6	100	100	100	59	21.1	13.4	6.5	100
Tabaco	Si	fr.	106	60	72	41	34	19	166	47	6	34	3	13	3	53	100	61	69	42	31	19	161
		%	25.2	37.3	17	25.4	8.0	11.8	28.5	11.2	3.7	8.1	1.9	3.1	1.9	9.1	23.8	37.9	16.4	26.1	7.9	11.8	27.8
	No	fr	314	101	270	82	44	19	415	373	155	308	120	65	35	528	320	100	273	81	47	19	420
		%	74.8	62.7	64.5	51	10.5	11.8	78.5	88.8	96.3	73.4	74.6	15.4	21.7	90.9	76.1	62.1	65	50.3	11.2	11.8	72
Total		fr	420	161	342	123	78	38	581	420	161	342	123	78	38	581	420	161	342	123	78	38	581
		%	100	100	81.4	76.4	18.6	23.6	100	100	100	81.4	76.4	18.6	23.6	100	100	100	81.4	76.4	18.6	23.6	100

Fuente: Directa. Cuestionario "Sustancias utilizadas alguna vez en la vida y durante los últimos doce meses"

En la tabla 8 se muestra resultados en el consumo de marihuana, de hachís y cocaína según el género.

Con respecto al consumo de marihuana se encontró una ligera diferencia en ambos géneros, en “alguna vez en la vida” en género femenino de la Lic. en Enfermería fue de 3.1%, mientras que en la Lic. en Nutrición fue de 2.3%; en el género masculino de la Lic. en Enfermería se identificó 2.3% y en la Lic. en Nutrición 3.2%, con respecto al consumo de “hace más de un año” los resultados mostraron una disminución en el mismo.

“Durante los últimos doce meses” los resultados mostraron que los resultados en ambas Licenciaturas y ambos géneros fueron semejantes, la Licenciatura en Enfermería 1.5%, la Lic. en Nutrición 3.7% en el género femenino, referente al género masculino, 3.1% de la Lic. en Nutrición y 2.1% en la Lic. en Enfermería refirieron haberla consumido.

La marihuana y la cocaína son las sustancias preferidas por la población. El consumo de la primera aumento de 3.5 a 4.2%; el aumento en el consumo de la segunda fue mayor; paso de 1.2% en 2002 a 2.4% en 2008, es decir que se duplicó entre ambas mediciones.³¹ La marihuana ha ocupado los primeros lugares de preferencia, la cocaína ha mostrado variaciones importantes y desplaza a los inhalables. Sin embargo ocurren incrementos importantes como en el caso del hachís, el consumo por los estudiantes “alguna vez en la vida” los resultados en el sexo femenino en la Lic. en Nutrición 1.9%, la Lic. en Enfermería 0.4%, en el sexo masculino la Lic. en Enfermería 1% y la Lic. en Nutrición 0.3%.

“Hace más de un año” llama la atención que solo el género femenino refirió haber consumido en ambas licenciaturas la Lic. en Nutrición con 0.6% la Lic. en Enfermería 0.4%. El consumo “durante los últimos doce meses” el género femenino, solo se refirió en la Lic. en Nutrición 2.5%, el género masculino 0.6% en la Lic. en Nutrición y 0.4% en la Lic. en Enfermería.

Generalmente, el consumo de sustancias ilegales se inicia durante la adolescencia. En el mayor número de casos, los adolescentes experimentan con sustancias de fácil acceso y más socialmente aceptadas como el alcohol y tabaco sustancias que sirven de puerta de entrada al consumo de sustancias ilegales.

Su condición de adolescentes no les permite deliberar el mundo de los adultos. Según la ENA (2008), los adolescentes de entre 12 y 17 años tienen más probabilidad de usar drogas cuando están expuestos a la oportunidad de hacerlo, que aquellos que ya han alcanzado la mayoría de edad.²⁹

Tabla 8

Consumo de drogas ilícitas conforme al género de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición. Facultad de Enfermería de la UASLP. Período octubre-noviembre 2009.

n=581

Drogas ilícitas			Alguna vez en la vida						Hace más de un año						Durante los últimos doce meses								
			Total		Femenino		Masculino		Total		Femenino		Masculino		Total		Femenino		Masculino		Total		
			Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.			
Marihuana	Sí	fr.	23	14	13	9	10	5	37	11	2	10	2	1	0	13	15	11	6	6	9	5	26
		%	5.5	8.7	3.1	5.5	2.3	3.2	6.4	2.6	1.2	2.3	1.2	0.2	0	2.2	3.6	6.8	1.5	3.7	2.1	3.1	4.5
	No	fr.	397	147	329	114	68	33	544	409	159	332	121	77	38	568	405	150	336	117	69	33	555
		%	94.5	91.3	78.3	70.9	16.3	20.4	93.6	97.4	98.8	79	75.1	18.3	23.6	97.8	96.4	93.2	80	72.6	16.4	20.4	95.5
Total		fr.	420	161	342	123	78	38	581	420	161	342	123	78	38	581	420	161	342	123	78	38	581
		%	100	100	81.4	76.4	18.6	23.6	100	100	100	81.4	76.4	18.6	23.6	100	100	100	81.4	76.4	18.6	23.6	100
Hachís	Sí	fr.	6	4	2	3	4	1	10	2	1	2	1	0	0	3	4	3	0	4	2	1	7
		%	1.4	2.5	0.4	1.9	1	0.6	1.7	0.4	0.6	0.4	0.6	0	0	0.5	1	1.9	0	2.5	0.4	0.6	1.2
	No	fr.	414	157	340	120	74	37	571	418	160	340	122	78	38	578	416	158	342	119	76	37	574
		%	98.6	97.5	81	74.5	17.6	23	98.3	99.5	99.7	81	75.8	18.5	23.6	99.5	99	98.1	81.4	73.9	18.1	22.9	98.8
Total		fr.	420	161	342	123	78	38	581	420	161	342	123	78	38	581	420	161	342	123	78	38	581
		%	100	100	81.4	76.4	18.6	23.6	100	100	100	81.4	76.4	18.6	23.6	100	100	100	81.4	76.4	18.6	23.6	100
Cocaína	Sí	fr.	9	2	4	1	5	1	11	3	1	3	1	0	0	4	7	1	2	0	5	1	8
		%	2.1	1.2	1	0.6	1.2	0.6	1.9	0.7	0.6	0.7	0.6	0	0	0.6	1.7	0.6	0.4	0	0.5	0.6	1.3
	No	fr.	411	159	338	122	73	37	570	417	160	339	122	78	38	577	413	160	340	123	73	37	573
		%	97.9	98.8	80.5	75.7	17.3	23	98.1	99.3	99.4	80.7	75.8	18.6	23.6	99.4	98.3	99.4	80.9	76.3	17.3	22.9	98.7
Total		fr.	420	161	342	123	78	38	581	420	161	342	123	78	38	581	420	161	342	123	78	38	581
		%	100	100	81.4	76.4	18.6	23.6	100	100	100	81.4	76.4	18.6	23.6	100	100	100	81.5	76.4	18.6	23.6	100

Fuente: Directa. Cuestionario "Sustancias utilizadas alguna vez en la vida y durante los últimos doce meses"

El comportamiento de la población mexicana en cuanto al consumo de drogas se caracteriza porque:

Se inicia cada vez a menor edad.

La población femenina se acerca con rapidez a los patrones masculinos.

El fenómeno afecta indistintamente a hombres y mujeres de cualquier clase social.²⁶

En la tabla 9 se muestran los resultados del consumo de drogas ilícitas (removedores/pegamentos, esmaltes/pinturas y gasolinas o combustibles) de los estudiantes de Lic. Enfermería y Nutrición conforme al género.

Se identificó que del total de las estudiantes género femenino, tanto en la Lic. en Enfermería como en la Lic. en Nutrición el 100% no consumieron “alguna vez en la vida” ni removedores ni esmaltes, y solo el 0.6% lo hicieron con gasolina. Con respecto al consumo del género masculino se observa que es más alto en la Lic. en Nutrición donde se identificó que el consumo se da en relación 2:1 entre la Lic. en Nutrición y la Lic. en Enfermería, esto es 1.2% a 0.2% en removedores; 1.2% a 0% en esmaltes y 0.6% a 0% en gasolinas.

Es importante resaltar que del grupo que consumió solo una vez, al comparar en “los últimos 12 meses” el consumo en removedores, este se redujo en el género masculino de 0.2% a 0% en la Lic. en Enfermería y de 1.2% a 0.6% en la Lic. en Nutrición. En el consumo de esmaltes y gasolinas se observa el mismo patrón de consumo con tendencia a la disminución mostrando una relación de 2 a 1.

Tabla 9

Consumo de drogas ilícitas conforme al género de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición. Facultad de Enfermería de la UASLP. Período octubre-noviembre 2009.

n=581

Drogas ilícitas			Alguna vez en la vida							Hace más de un año							Durante los últimos doce meses						
Solventes/r			Total		Femenino		Masculino		Total	Total		Femenino		Masculino		Total	Total		Femenino		Masculino		Total
			Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.		Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.		Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	
removedores/pegamentos	Sí	fr.	1	2	0	0	1	2	3	1	1	1	0	0	1	2	0	1	0	0	0	1	1
		%	0.2	1.2	0	0	0.2	1.2	0.5	0.2	0.6	0.2	0	0	0.6	0.4	0	0.6	0	0	0	0.6	0.2
	No	fr.	419	159	342	123	77	36	578	419	160	341	123	78	37	579	420	160	342	123	78	37	580
		%	99.8	98.8	81.4	76.4	18.4	22.4	99.5	99.8	99.4	81.2	76.3	18.6	22.9	99.6	100	99.4	81.4	76.3	18.6	22.9	99.8
Total		fr.	420	161	342	123	78	38	581	420	161	342	123	78	38	581	420	161	342	123	78	38	581
		%	100	100	81.4	76.4	18.6	23.6	100	100	100	81.4	76.3	18.6	23.6	100	100	100	81.4	76.3	18.6	23.6	100
Esmaltes/pinturas	Sí	fr.	0	2	0	0	0	2	2	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1
		%	0	1.2	0	0	0	1.2	0.4	0	0.6	0	0	0	0.6	0.2	0	0.6	0	0	0	0.6	0.2
	No	fr.	420	159	342	123	78	36	579	420	160	342	123	78	37	580	420	160	342	123	78	37	579
		%	100	98.8	81.4	76.4	18.6	22.4	99.6	100	99.4	81.4	76.3	18.6	22.9	99.9	100	99.4	81.4	76.3	18.6	22.9	99.8
Total		fr.	420	161	342	123	78	38	581	420	161	342	123	78	38	581	420	161	342	123	78	38	581
		%	100	100	81.4	76.4	18.6	23.6	100	100	100	81.4	76.3	18.6	23.6	100	100	100	81.4	76.3	18.6	23.6	100
Gasolinas/combustib.	Sí	fr.	0	2	0	1	0	1	2	0	2	0	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0
		%	0	1.2	0	0.6	0	0.6	0.4	0	1.2	0	0.6	0	0.6	0.4	0	0	0	0	0	0	0
	No	fr.	420	159	342	122	78	37	579	420	159	342	122	78	37	579	420	161	342	123	78	38	581
		%	100	98.8	81.4	75.7	18.6	22.9	99.6	100	98.8	81.4	75.7	18.6	22.9	99.6	100	100	81.4	76.4	18.6	23.6	100
Total		fr.	420	161	342	123	78	38	581	420	161	342	123	78	38	581	420	161	342	123	78	38	581
		%	100	100	81.4	76.4	18.6	23.6	100	100	100	81.4	76.4	18.6	23.6	100	100	100	81.4	76.4	18.6	23.6	100

Fuente: Directa. Cuestionario "Sustancias utilizadas alguna vez en la vida y durante los últimos doce meses"

Los resultados preliminares de la Encuesta Nacional de Adicciones 2008 permiten observar un aumento en los usuarios de alguna droga ilícita “alguna vez en la vida” los datos muestran que el consumo de metanfetaminas tiene un crecimiento de 2002 a 2008: 0.1% a 0.5%.²⁶

La tabla 10 muestra la continuación de los resultados del consumo de drogas ilícitas (estimulantes/anfetaminas, Anorexígenos, y metanfetaminas) de los estudiantes de Lic. Enfermería y Lic. en Nutrición conforme al género.

Se identificó que en el consumo de “alguna vez en la vida” el consumo más alto fue con las metanfetaminas donde se observó que tanto hombres como mujeres consumieron más en la Lic. en Nutrición, donde el género femenino consumió 1.2% contra 0.5% de la Lic. en Enfermería, mientras que el género masculino fue de 0.6% contra 0%. Al observar la persistencia de conducta de consumo “durante los últimos 12 meses” se observó que hubo un decremento hasta 0% persistiendo solo el 0.6 del género masculino.

El segundo lugar de consumo lo ocupan tanto los estimulantes como los anorexígenos, en estos últimos el consumo se vio más alto en la Lic. en Nutrición tanto en hombres como en mujeres con 0.6%, contra 0% de la Lic. en Enfermería, en cuanto a persistencia de la conducta de consumo “durante los últimos doce meses” mostró que en ambas carreras y en ambos géneros decayó a 0%. El patrón de consumo para estimulantes mostró el mismo patrón de decremento “durante los últimos 12 meses”.

Tabla 10

Consumo de drogas ilícitas conforme al género de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición. Facultad de Enfermería de la UASLP. Período octubre-noviembre 2009.

n=581

Drogas ilícitas			Alguna vez en la vida							Hace más de un año							Durante los últimos doce meses							
Estimulantes como anfetaminas y derivados anfetamínicos			Total		Femenino		Masculino			Total		Femenino		Masculino			Total		Femenino		Masculino			Total
			Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Total	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Total	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	
	Sí	fr.	2	1	1	1	1	0	3	2	1	1	1	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	
		%	0.4	0.6	0.2	0.6	0.2	0	0.5	0.4	0.6	0.2	0.6	0.2	0	0.5	0	0	0	0	0	0	0	
	No	fr.	418	160	341	122	77	38	578	418	160	341	122	77	38	578	420	161	342	123	78	38	581	
		%	99.6	99.4	81.2	75.8	18.4	23.6	99.6	99.6	99.4	81.2	75.8	18.4	23.6	99.6	100	100	81.4	76.4	18.6	23.6	100	
Total		fr.	420	161	342	123	78	38	581	420	161	342	123	78	38	581	420	161	342	123	78	38	581	
		%	100	100	81.4	76.4	18.6	23.6	100	100	100	81.4	76.4	18.6	23.6	100	100	100	81.4	76.4	18.6	23.6	100	
Anorexígenos	Sí	fr.	0	2	0	1	0	1	2	0	2	0	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	
		%	0	1.2	0	0.6	0	0.6	0.4	0	1.2	0	0.6	0	0.6	0.4	0	0	0	0	0	0	0	
	No	fr.	420	159	342	122	78	37	579	420	159	342	122	78	37	579	420	161	342	123	78	38	581	
		%	100	98.8	81.4	75.7	18.6	22.9	99.6	100	98.8	81.4	75.7	18.6	22.9	99.6	100	100	81.4	76.4	18.6	23.6	100	
Total		fr.	420	161	342	123	78	38	581	420	161	342	123	78	38	581	420	161	342	123	78	38	581	
		%	100	100	81.4	76.4	18.6	23.6	100	100	100	81.4	76.4	18.6	23.6	100	100	100	81.4	76.4	18.6	23.6	100	
Metanfetaminas	Sí	fr.	2	3	2	2	0	1	5	2	2	2	0	0	2	4	0	1	0	0	0	1	1	
		%	0.4	1.8	0.4	1.2	0	0.6	0.8	0.4	1.2	0.4	0	0	1.2	0.6	0	0.6	0	0	0	0.6	0.1	
	No	fr.	418	158	340	121	78	37	576	418	159	340	123	78	36	577	420	160	342	123	78	37	580	
		%	99.6	98.1	84.2	75.1	18.6	22.9	99.2	99.6	98.8	84.2	76.4	18.6	23.6	99.4	100	99.4	81.4	76.4	18.6	22.9	99.9	
Total		fr.	420	161	342	123	78	38	581	420	161	342	123	78	38	581	420	161	342	123	78	38	581	
		%	100	100	81.4	76.3	18.6	23.6	100	100	100	84.2	76.4	18.6	23.6	100	100	100	81.4	76.4	18.6	23.6	100	

Fuente: Directa. Cuestionario "Sustancias utilizadas alguna vez en la vida y durante los últimos doce meses"

El éxtasis es una droga de diseño que se ha hecho popular como “droga de discoteca” sus efectos son similares a los estimulantes, incluyendo euforia, aumento de la libido y de la energía y disminución de las inhibiciones sociales. Un gran problema es que, si bien el consumo por parte de los adolescentes de casi todas las drogas permanece constante, el del éxtasis ha experimentado un incremento.⁴

La tabla 11 muestra continuación de los resultados del consumo de drogas ilícitas (drogas de diseño: éxtasis, alucinógenas y disociativas además de PCP) de los estudiantes de Lic. Enfermería y nutrición conforme al género.

Se identificó que en el consumo más alto de “alguna vez en la vida” fue con las drogas alucinógenas y disociativas en género masculino de Lic. en Enfermería con 0.7 % contra 0 % de Lic. en Nutrición, mientras que en el género femenino se mantuvo muy cerca el margen fue 0.5% de Lic. en Enfermería contra 0.6% de Lic. en Nutrición. El consumo “durante los últimos 12 meses disminuyó de 0.5% a 0% en las mujeres de Lic. en Enfermería y se mantuvo de 0.6% en las de Nutrición, en el género masculino no hubo diferencia y el consumo se mantuvo al igual que “alguna vez en la vida”

Las drogas de diseño como el éxtasis ocuparon el segundo lugar de consumo, este fue más alto en el género femenino de nutrición con 1.8, contra 0.2 de enfermería, en el género masculino se presentó solo 0.3% (un caso) en enfermería y en nutrición 0%. Con respecto a la persistencia del “consumo durante los últimos 12 meses” fue de 0% en el género femenino de ambas carreras, en el género masculino persistió el 0.3%.

En el consumo de PCP solo hubo el 0.2% en el género femenino y en el consumo “durante los últimos 12 meses” se identificó 0% de consumo en ambos géneros en ambas carreras.

En el consumo de drogas ilícitas se identificó que de los estudiantes que consumen drogas de este tipo las probaron una sola vez, sin embargo la persistencia de consumo no se mantuvo, lo que puede explicarse por la curiosidad que tienen los adolescentes por probar estas sustancias pero una vez que lo hacen ya no continúan.

Tabla 11

Consumo de drogas ilícitas conforme al género de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición. Facultad de Enfermería de la UASLP. Período octubre-noviembre 2009 n=581

Drogas ilícitas			Alguna vez en la vida							Hace más de un año							Durante los últimos doce meses						
			Total		Femenino		Masculino			Total		Femenino		Masculino			Total		Femenino		Masculino		
			Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Total	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Total	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Total
Drogas de diseño (éxtasis)	Sí	fr.	2	3	1	3	1	0	5	1	3	1	3	1	0	4	1	0	0	0	1	0	1
		%	0.4	1.9	0.2	1.9	0.2	0	0.8	0.2	1.9	0.2	1.9	0.2	0	0.6	0.2	0	0	0	0.2	0	0.1
	No	fr.	418	158	341	120	77	38	576	419	158	341	120	78	38	577	419	161	342	123	77	38	580
		%	99.5	98.1	81.2	74.5	18.3	23.6	99.2	99.8	98.1	81.2	74.5	18.6	23.6	99.4	99.8	100	81.4	76.3	18.3	23.6	99.9
Total		fr.	420	161	342	123	78	38	581	420	161	342	123	78	38	581	420	161	342	123	78	38	581
		%	100	100	81.4	76.3	18.6	23.6	100	100	100	81.4	76.3	18.6	23.6	100	100	100	81.4	76.3	18.3	23.6	100
Drogas alucinóg.y disociat.	Sí	fr.	5	1	2	1	3	0	6	2	0	2	0	0	0	2	3	1	0	1	3	0	4
		%	1.2	0.6	0.4	0.6	0.7	0	1	0.4	0	0.4	0	0	0	0.4	0.7	0.6	0	0.6	0.7	0	0.6
	No	fr.	415	160	340	122	75	38	575	418	161	340	123	78	38	579	417	160	342	122	75	38	577
		%	98.8	99.4	80.9	75.7	17.9	23.6	99	99.5	100	80.9	76.3	18.3	23.6	99.6	99.3	99.4	81.4	75.7	17.8	23.6	99.4
Total		fr.	420	161	342	123	78	38	581	420	161	342	123	78	38	581	420	161	342	123	78	38	581
		%	100	100	81.4	76.3	18.6	23.6	100	100	100	81.4	76.3	18.3	23.6	100	100	100	81.4	76.3	18.3	23.6	100
Feniclidina (PCP)	Sí	fr.	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
		%	0.2	0	0.2	0	0	0	0.1	0.2	0	0.2	0	0	0	0.1	0	0	0	0	0	0	0
	No	fr.	419	161	341	123	78	38	580	419	161	341	123	78	38	580	420	161	342	123	78	38	581
		%	99.8	100	81.2	76.3	18.6	23.6	99.9	99.8	100	81.2	76.3	18.6	23.6	99.9	100	100	81.4	76.3	18.6	23.6	100
Total		fr.	420	161	342	123	78	38	581	420	161	342	123	78	38	581	420	161	342	123	78	38	581

Fuente: Directa. Cuestionario "Sustancias utilizadas alguna vez en la vida y durante los últimos doce meses"

Aunque erróneamente los jóvenes piensan que la Ketamina es más limpia y segura que otras drogas, no es así. Los análisis indican que es más peligrosa que la marihuana y el éxtasis.

Los resultados del consumo de la droga ilícita Ketamina mostraron que el 100% de los estudiantes participantes del estudio no la consumieron ni “alguna vez en la vida”, dado que es un medicamento con usos anestésicos primordialmente el acceso a ella es más difícil, puesto que su manejo solo es realizado por personas con especialidad en medicina, tales como los anesthesiólogos

Con relativa frecuencia los adolescentes ingieren bebidas alcohólicas y muchos hasta el punto de la intoxicación; aún más, la edad inicio en este consumo ha venido disminuyendo desde los últimos años, en la actualidad se reportan casos por debajo de los 15 años de edad. Las consecuencias y daños a la salud incluyen cambios de conducta y alteraciones emocionales, así como cuadros de intoxicación y daños en casi todo el organismo, como cirrosis, pancreatitis y afecciones cardiacas.³¹

La tabla 12. muestra el consumo de drogas lícitas como alcohol y tabaco “alguna vez en la vida” por grupos de edad. El mayor consumo se identifico en alcohol, en la carrera de Lic. en Nutrición con 77% seguido por la Lic. en Enfermería con 58.%. En el grupo etario de 17 a 21 años se concentra el mayor porcentaje de estudiantes de ambos grupos tanto en la Lic. en Enfermería como en la de Nutrición. El mayor porcentaje de consumo del alcohol fue para la Lic. en Nutrición en primer lugar con 69.5% seguido de la Lic. en Enfermería con 47%. El siguiente grupo etario fue de 22 a 26 años en donde consumió el 10.7% de la Lic. en Enfermería y el 6.2% en la de Nutrición. En los grupos subsiguientes de 27 a 40 años se identifico el consumo ocasional de una persona.

El consumo de tabaco también se identifica más alto en la Lic. en Nutrición con 37.3% contra 25.2% de la Lic. en Enfermería y el grupo de edad predominante

fue de 17 a 21 años con 33.5% en la Lic. en Nutrición, seguido por 20.9% en Enfermería. En el grupo etario de 22 a 26 años el consumo es más alto de 4.3% fue en la Lic. en Enfermería en tanto en la de Nutrición fue 3.1%. Para los grupos de 27 a 40 años solo hubo un caso entre 37 y 40 años.

Tabla 12

Consumo de drogas lícitas “alguna vez en la vida” conforme a grupos de edad de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición. Facultad de Enfermería de la UASLP. Período octubre-noviembre 2009.

n= 581

Drogas lícitas			Alguna vez en la vida		Grupos de edad										
			Total		17-21		22-26		27-30		31-36		37-40		Total
			Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	
Alcohol	Si	fr	243	124	197	112	45	10	1	0	0	1	0	1	367
		%	58	77	47	69.5	10.7	6.2	0.2	0	0	0.6	0	0.6	63.2
	No	fr	177	37	157	32	19	4	1	0	0	1	0	0	214
		%	42	23	37.3	19.9	4.5	2.4	0.2	0	0	0.6	0	0.6	36.8
Total		fr	420	161	354	144	64	14	2	0	0	2	0	1	581
		%	100	100	84.3	89.4	15.2	8.6	0.4	0	0	1.2	0	0.6	100
Tabaco	Si	fr	106	60	88	54	18	5	0	0	0	0	0	1	166
		%	25.2	37.3	20.9	33.5	4.3	3.1	0	0	0	0	0	0.6	28.5
	No	fr	314	101	266	90	46	9	2	2	0	0	0	0	415
		%	74.8	62.7	63.3	55.9	10.9	5.5	0.4	1.2	0	0	0	0	71.5
Total		fr	420	161	354	144	64	14	2	2	0	0	0	1	581
		%	100	100	84.3	89.4	15.2	8.6	0.4	1.2	0	0	0	0.6	100

Fuente: Directa. Cuestionario “Sustancias utilizadas alguna vez en la vida y durante los últimos doce meses”

El alcohol, la marihuana y el tabaco, las tres drogas más populares entre los adolescentes, se conocen como drogas de entrada porque su consumo puede conducir al uso de sustancias más adictivas como la cocaína.³²

Tabla 13. En esta se muestra el consumo de estas drogas ilícitas como marihuana, hachís y cocaína “alguna vez en la vida” por grupos de edad.

El mayor consumo se identificó en marihuana en la Lic. en Nutrición con 8.7% seguido por la Lic. en Enfermería con 5.5%. El segundo lugar de consumo fue en hachís donde también la Lic. en Nutrición presentó mayor consumo con 2.5 % seguido por la Lic. en Enfermería con 1.4%. La cocaína ocupó el tercer lugar de consumo solo que la Lic. en Enfermería está por encima con 2.1 % contra 1.3% de la Lic. en Nutrición.

En el grupo etario de 17 a 21 años se identificó el mayor porcentaje de consumo de marihuana en la carrera de Lic. en Nutrición con 8.7% seguido de la Lic. en Enfermería con 5.2%. El siguiente grupo etario fue de 22 a 26 años en donde solo consumió el 0.2% en Enfermería y 0% en Nutrición. El resto de grupos etarios presentaron 0% de consumo. El hachís se consumió en segundo lugar tanto en el grupo de 17 a 21 años con 1.9 % para la Lic. en Nutrición y 1.2% para la de Enfermería, como para el grupo de 22 a 26 años donde mantuvo porcentaje mayor de consumo en la Lic. en Nutrición con 0.6% a 0.2% en la Lic. en Enfermería, los grupos subsiguientes de 27 a 40 años se identificó consumo de 0%.

Es interesante comentar que en el uso de cocaína la Lic. en Enfermería presenta el consumo más alto de 1.6% y la Lic. en Nutrición 0.6% en el grupo de 17 a 21 años, seguido por el grupo de 22 a 26 años con 0.5% y 0.6% en la Lic. en Nutrición y en Enfermería respectivamente. El resto de grupos etarios presentaron 0% de consumo.

Tabla 13

Consumo de drogas ilícitas “alguna vez en la vida” conforme a grupos de edad de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición. Facultad de Enfermería de la UASLP. Período octubre-noviembre 2009.

n=581

Drogas Ilícitas			Alguna vez en la vida		Grupos de edad										
			Total		17-21		22-26		27-30		31-36		37-40		Total
			Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	
Marihuana	Si	fr	23	14	22	14	1	0	0	0	0	0	0	0	37
		%	5.5	8.7	5.2	8.7	0.2	0	0	0	0	0	0	0	0
	No	fr	397	147	332	130	63	14	2	0	0	2	0	1	544
		%	94.5	91.3	79	80.7	14.6	8.6	0.4	0	0	1.2	0	0.6	93.7
Total	fr	420	161	354	144	64	14	2	0	0	2	0	1	581	
	%	100	100	84.2	89.4	15.2	8.6	0.4	0	0	1.2	0	0.6	100	
Hachís	Si	fr	6	4	5	3	1	1	0	0	0	0	0	0	10
		%	1.4	2.5	1.2	1.9	0.2	0.6	0	0	0	0	0	0	1.7
	No	fr	414	157	349	141	63	13	2	0	0	2	0	1	571
		%	98.6	97.5	83	87.5	14.6	8	0.4	0	0	1.2	0	0.6	98.3
Total	fr	420	161	354	144	64	14	2	0	0	2	0	1	581	
	%	100	100	84.2	89.4	15.2	8.6	0.4	0	0	1.2	0	0.6	100	
Cocaína	Si	fr	9	2	7	1	2	1	0	0	0	0	0	0	11
		%	2.1	1.2	1.6	0.6	0.4	0.6	0	0	0	0	0	0	1.9
	No	fr	411	159	347	143	62	13	2	0	0	2	0	1	570
		%	97.9	98.7	82.6	88.8	14.5	8	0.4	0	0	1.2	0	0.6	98.1
Total	fr	420	161	354	144	64	14	2	0	0	2	0	1	581	
	%	100	100	84.2	89.4	15.2	8.6	0.4	0	0	1.2	0	0.6	100	

Fuente: Directa. Cuestionario “Sustancias utilizadas alguna vez en la vida y durante los últimos doce meses”

Los motivos para el uso de inhalantes incluyen la influencia por parte de compañeros, el bajo costo, empaque conveniente, rápida intoxicación de corta duración y potenciamiento del estado de ánimo. La dependencia psicológica perpetúa el uso de los inhalantes.¹¹

Tabla 14. En esta tabla se muestra el consumo “alguna vez en la vida” por grupos de edad de drogas ilícitas solventes-removedores-pegamentos, esmaltes-pinturas y gasolinas-combustibles.

En general en este bloque de consumo de drogas se observan porcentajes bajos. El mayor consumo se identificó en solventes-removedores- el grupo de 17 a 21 años con 0.6% en la Lic. en Nutrición y 0.2% en Enfermería, el resto de los grupos etarios presentó 0% en el consumo.

En segundo lugar está ubicado en consumo de esmaltes y pinturas dentro del grupo de 22 a 26 años, en donde solo en la Lic. en Nutrición presentó 1.3% de consumo, el resto de los grupos etarios presentó 0% tanto para la Lic. en Enfermería como para la Lic. en Nutrición.

Con respecto al consumo de gasolinas y combustibles solo se vió el 0.6% de consumo en los grupos de 17 a 21 y de 22 a 26 años. El resto de grupos etarios presentó 0% de consumo.

Tabla 14

Consumo de drogas ilícitas “alguna vez en la vida” conforme a grupos de edad de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición. Facultad de Enfermería de la UASLP. Período octubre-noviembre 2009

n=581

Drogas Ilícitas		Alguna vez en la vida		Grupos de edad											
				Total		17-21		22-26		27-30		31-36		37-40	
		Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.
Solventes/ Removedor Pegamentos	Si	fr	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		%	0.2	0.6	0.2	0.6	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	No	fr	419	160	353	143	64	14	2	0	0	2	0	1	579
		%	99.8	99.4	84	88.8	15.2	8.6	0.4	0	0	1.2	0	0.6	99.7
Total		fr	420	161	354	144	64	14	2	0	0	2	0	1	581
		%	100	100	84.2	89.4	15.2	8.6	0.4	0	0	1.2	0	0.6	100
Esmaltes/pi nturas	Si	fr	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2
		%	0	1.2	0	0	0	1.2	0	0	0	0	0	0	0.3
	No	fr	420	159	354	144	64	12	2	0	0	2	0	1	579
		%	100	98.7	84.2	89.4	15.2	7.3	0.4	0	0	1.2	0	0.6	99.7
Total		fr	420	161	354	144	64	14	2	0	0	2	0	1	581
		%	100	100	84.2	89.4	15.2	8.6	0.4	0	0	1.2	0	0.6	100
Gasolinas/ Combustibles	Si	fr	0	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2
		%	0	1.2	0	0.6	0	0.6	0	0	0	0	0	0	0.3
	No	fr	420	159	354	143	64	13	2	0	0	2	0	1	579
		%	100	98.7	84.2	88.8	15.2	8	0.4	0	0	1.2	0	0.6	99.7
Total		fr	420	161	354	144	64	14	2	0	0	2	0	1	581
		%	100	100	84.2	89.4	15.2	8.6	0.4	0	0	1.2	0	0.6	100

Fuente: Directa. Cuestionario “Sustancias utilizadas alguna vez en la vida y durante los últimos doce meses”

En la adolescencia se inicia con mayor frecuencia el consumo de drogas, esto se debe a las características propias de esta etapa, entre las que se encuentra la necesidad de reafirmar su identidad, la búsqueda de la independencia, de emociones fuertes y sensaciones intensas, la influencia de los amigos y compañeros, asimismo la inmadurez de esta etapa que puede hacer que el placer momentáneo provocado por las drogas sea más importante que el riesgo que se corre al consumirlas. ²

Tabla 15. En esta tabla se muestra el consumo “alguna vez en la vida” por grupos de edad de drogas ilícitas: estimulantes como anfetaminas y anorexígenos por grupos de edad.

El consumo fue bajo para ambos grupos de drogas, se identificó que el grupo de 17 a 21 años consumió estimulantes solo 0.6% en la Lic. en Nutrición y 0.2% Enfermería, en el grupo de 22 a 26 años solo el 0.2 % de la Lic. en Enfermería hizo uso, el resto de los grupos etarios presento 0% en el consumo.

En el consumo de anorexígenos solo se presentó el 1.2% en el grupo de la Lic. en Nutrición, en el resto de los grupos de la Lic. en Enfermería y Nutrición hubo 0% de consumo.

Tabla 15

Consumo de drogas ilícitas “alguna vez en la vida” conforme a grupos de edad de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición. Facultad de Enfermería de la UASLP. Período octubre-noviembre 2009.

n=581

Drogas Ilícitas			Alguna vez en la vida		Grupos de edad										
			Total		17-21		22-26		27-30		31-36		37-40		Total
			Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	
Gasolinas Combustib	Si	fr	0	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2
		%	0	1.2	0	0.6	0	0.6	0	0	0	0	0	0	0.3
	No	fr	420	159	354	143	64	13	2	0	0	2	0	1	579
		%	100	98.7	84.2	88.8	15.2	8	0.4	0	0	1.2	0	0.6	99.7
Total	Fr	fr	420	161	354	144	64	14	2	0	0	2	0	1	581
		%	100	100	84.2	89.4	15.2	8.6	0.4	0	0	1.2	0	0.6	100
Estimulante s/anfetamin as y derivados	Si	fr	2	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	3
		%	0.4	0.6	0.2	0.6	0.2	0	0	0	0	0	0	0	0.5
	No	fr	418	160	353	143	63	14	2	0	0	2	0	1	578
		%	99.5	99.4	84	89.8	15	8.6	0.4	0	0	1.2	0	0.6	99.5
	Fr	fr	420	161	354	144	64	14	2	0	0	2	0	1	581
		%	100	100	84.2	89.4	15.2	8.6	0.4	0	0	1.2	0	0.6	100
Anorexige nos	Si	fr	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
		%	0	1.2	0	1.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0.3
	No	fr	420	159	354	142	64	14	2	0	0	2	0	1	579
		%	100	98.7	84.2	88.8	15.2	8.6	0.4	0	0	1.2	0	0.6	99.7
	Fr	fr	420	161	354	144	64	14	2	0	0	2	0	1	581
		%	100	100	84.2	89.4	15.2	8.6	0.4	0	0	1.2	0	0.6	100

Fuente: Directa. Cuestionario “Sustancias utilizadas alguna vez en la vida y durante los últimos doce meses”

De acuerdo con las investigaciones de Centros de Integración Juvenil, los patrones de consumo de cristal y éxtasis son distintos. El primero suele presentar características de uso más compulsivo que provoca rápido deterioro físico y social, muchas veces asociado a situaciones de violencia; mientras que el éxtasis parece tener un patrón de uso más esporádico y asociado a situaciones recreativas y de socialización.

En el primer semestre del 2008 se encontraron estados en México donde la población solicitante de tratamiento en Centros de Integración Juvenil reportó un consumo de metanfetaminas “alguna vez en la vida” superior a la media nacional (11.5%).³¹

La Tabla 16 muestra el consumo de drogas ilícitas como metanfetaminas, drogas de diseño y drogas alucinógenas por grupos de edad por lo menos “alguna vez en la vida”.

El mayor consumo se identificó en metanfetaminas y drogas de diseño (éxtasis) en el grupo etario de 17 a 21 años. El porcentaje de consumo más alto se dio en la Lic. en Nutrición con 1.9% y en la de Enfermería con 0.2% en ambos grupos de drogas.

En el grupo de 22 a 26 años solo se identificó el 0.2% en ambas drogas en la Lic. en Enfermería, el resto de los grupos etarios hubo 0% de consumo en ambas carreras.

Con respecto a las drogas alucinógenas el consumo fue muy parecido en ambas carreras sin embargo se observó ligeramente más alto en la Lic. en Enfermería con 0.7% contra 0.6 % de la Lic. en Nutrición en el grupo de 17 a 21 años.

Presenta el consumo más alto de drogas alucinógenas el 1.6% la Lic. en Enfermería y Nutrición 0.6 en el grupo de 17 a 21 años, seguido por el grupo de 22 a 26 años en donde solo en la Lic. en Enfermería se registró el 0.5% y el

0% en la Lic. en Nutrición El resto de grupos etarios presentaron 0% de consumo.

Tabla 16

Consumo de drogas ilícitas “alguna vez en la vida” conforme a grupos de edad de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición. Facultad de Enfermería de la UASLP. Período octubre-noviembre 2009.

n=581

Drogas Ilícitas			Alguna vez en la vida		Grupos de edad										
			Total		17-21		22-26		27-30		31-36		37-40		Total
			Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	
Metanfeta Minas	Si	fr	2	3	1	3	1	0	0	0	0	0	0	0	5
		%	0.4	1.9	0.2	1.9	0.2	0	0	0	0	0	0	0	0.9
	No	fr	418	158	353	141	63	14	2	0	0	2	0	1	576
		%	99.5	98.1	84	87.5	15	8.6	0.4	0	0	1.2	0	0.6	99.1
Total	Fr	fr	420	161	354	144	64	14	2	0	0	2	0	1	581
		%	100	100	84.2	89.4	15.2	8.6	0.4	0	0	1.2	0	0.6	100
Drogas de diseño (éxtasis)	Si	fr	2	3	1	3	1	0	0	0	0	0	0	0	5
		%	0.4	1.9	0.2	1.9	0.2	0	0	0	0	0	0	0	0.9
	No	fr	418	159	353	141	63	14	2	0	0	2	0	1	576
		%	99.5	98.7	84	87.5	15	8.6	0.4	0	0	1.2	0	0.6	99.1
Total	Fr	fr	420	161	354	144	64	14	2	0	0	2	0	1	581
		%	100	100	84.2	89.4	15.2	8.6	0.4	0	0	1.2	0	0.6	100
Drogas alucinógen as y disociativas	Si	fr	5	1	3	1	2	0	0	0	0	0	0	0	6
		%	1.2	0.6	0.7	0.6	0.4	0	0	0	0	0	0	0	1
	No	fr	415	160	351	143	62	14	2	0	0	2	0	1	575
		%	98.8	99.4	83.5	88.8	14.7	8.6	0.4	0	0	1.2	0	0.6	99
Total	Fr	fr	420	161	354	144	64	14	2	0	0	2	0	1	581
		%	100	100	84.2	89.4	15.2	8.6	0.4	0	0	1.2	0	0.6	100

Fuente: Directa. Cuestionario “Sustancias utilizadas alguna vez en la vida y durante los últimos doce meses”

La Tabla 17 muestra los resultados en el consumo de drogas ilícitas como Feniciclidina (PCP) y ketamina conforme a los grupos de edad “alguna vez en la vida”. En el consumo de Feniciclidina (PCP) y ketamina se identificó un patrón bajo de consumo. Solo en la Lic. en Enfermería se identificó un caso: 0.2% de PCP, en el resto de grupos etarios no hubo consumo.

En cuanto a Ketamina, con dosis bajas se consigue un sentimiento apacible, soñador, los usuarios informan de la sensación de flotar, euforia salir ligeramente de su cuerpo, y revelaciones místicas.

Tabla 17

Consumo de drogas ilícitas “alguna vez en la vida” conforme a grupos de edad de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición. Facultad de Enfermería de la UASLP. Período octubre-noviembre 2009.

n=581

Drogas Ilícitas			Alguna vez en la vida		Grupos de edad										
			Total		17-21		22-26		27-30		31-36		37-40		Total
			Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	
Fenciclidina (PCP)	Si	fr	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
		%	0.2	0	0.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	No	fr	419	161	353	144	64	14	2	0	0	2	0	1	580
		%	99.8	100	84	89.4	15.2	8.6	0.4	0	0	1.2	0	0.6	99.9
Total	fr	420	161	354	144	64	14	2	0	0	2	0	1	581	
	%	100	100	84.2	89.4	15.2	8.6	0.4	0	0	1.2	0	0.6	100	
Ketamina	Si	fr	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	No	fr	420	161	354	144	64	14	2	0	0	2	0	1	581
		%	100	100	84.2	89.4	15.2	8.6	0.4	0	0	1.2	0	0.6	100
Total	fr	420	161	354	144	64	14	2	0	0	2	0	1	581	
	%	100	100	84.2	89.4	15.2	8.6	0.4	0	0	1.2	0	0.6	100	

Fuente: Directa. Cuestionario “Sustancias utilizadas alguna vez en la vida y durante los últimos doce meses”

En relación a las drogas lícitas, el consumo de alcohol implica una función importante dentro de la integración social, a pesar de ser fuente de constantes tensiones al interior de las familias.¹⁰ La disfunción familiar dificulta el desarrollo de los procesos adaptativos en el adolescente y favorece su relación con las drogas, por una parte fomentando la búsqueda de novedades y excitación y propiciando con ello la desviación social²¹

Tabla 18. Muestra el consumo de drogas lícitas alcohol y tabaco por grupos de edad “durante los últimos 12 meses”.

Se identificó que el consumo mayor se da en alcohol, el grupo de mayor porcentaje se ubicó entre 17 a 21 años, siendo más alto en la Lic. en Nutrición con 75.8% seguido por la Lic. en Enfermería con 61.2%; en el rubro de edad de 22 a 26 años predominó el porcentaje en la Lic. en Enfermería con 12% seguido por la Lic. en Nutrición con 5.6%; en el grupo de 27 a 30 años solo se dio el 0.4% para la Lic. en Enfermería y no hubo casos en Nutrición. Esta última carrera mostró 0.6% en el grupo de 37 a 40 años.

El consumo de tabaco también fue más alto en el grupo de 17 a 21 años estando la Lic. en Nutrición a la cabeza con 34.2% mientras que la Lic. en Enfermería presentó 19.9%; el segundo lugar en el consumo lo ocupó el grupo de 22 a 26 años esta vez estando en primer lugar la Lic. en Enfermería con 4% y Nutrición con 3.1%. No se identificaron casos en los grupos de 27 a 36 años, solo hubo 0.6% en nutrición en el grupo de 37 a 40 años.

Tabla 18

Consumo de drogas lícitas “en los últimos doce meses” conforme a grupos de edad de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición. Facultad de Enfermería de la UASLP. Período octubre-noviembre 2009.

n= 581

Drogas lícitas			En los últimos doce meses		Grupos de edad										
					Total		17-21		22-26		27-30		31-36		37-40
			Enf	Nut.	Enf	Nut	Enf	Nut.	Enf	Nut.	Enf	Nut.	Enf	Nut	
Alcohol	Si	fr	309	133	257	122	50	9	2	0	0	1	0	1	442
		%	73.5	82.6	61.2	75.8	12	5.6	0.4	0	0	0.6	0	0.6	76
	No	fr	111	28	97	22	14	5	0	0	0	1	0	0	139
		%	26.5	17.4	23	13.7	3.4	3.1	0	0	0	0.6	0	0	24
Total		fr	420	161	354	144	64	14	2	0	0	1	0	1	581
		%	100	100	84.2	89.5	15.4	8.7	0.4	0	0	0.6	0	0.6	100
Tabaco	Si	fr	100	61	83	55	17	5	0	0	0	0	0	1	161
		%	23.8	37.9	19.9	34.2	4	3.1	0	0	0	0	0	0.6	28
	No	fr	320	100	270	89	48	9	2	0	0	1	0	1	420
		%	76.2	62.1	64.3	55.3	11.4	5.6	0.4	0	0	0.6	0	0.6	72
Total		fr	420	161	353	144	65	14	2	0	0	1	0	2	581
		%	100	100	84.2	89.5	15.4	8.7	0.4	0	0	0.6	0	1.2	100

Fuente: Directa. Cuestionario “Sustancias utilizadas alguna vez en la vida y durante los últimos doce meses”

El uso regular de marihuana puede producir tolerancia a los efectos psicoactivos buscados, así como una dependencia física y psicológica. La abstinencia brusca de la droga después de un uso prolongado y mantenido puede producir un síndrome de privación que incluye alteraciones del sueño, angustia, e inquietud psicomotora.⁸

Otra droga ilegal que se consume después de la marihuana es la cocaína que irrumpió con fuerza en la década de los 80, hasta llegar a ser epidémica, se consume mucho y va ligada a valores imperantes. Pero el hecho de que el cocainómano sea considerado normal socialmente, plantea problemas de identificación y cuantificación: consumidores de estratos sociales, no marginales; escasa demanda asistencial durante los primeros años de consumo (gran silencio clínico) y durante el cual no han existido urgencias ni problemas socio-familiares.²

Tabla 19. En esta tabla se identificaron los resultados del consumo de drogas ilícitas marihuana, hachís y cocaína “durante los últimos 12 meses” conforme a los grupos de edad, El mayor consumo se identifico en marihuana en el grupo de 17 a 21 años siendo más alto en la Lic. en Nutrición con 6.2% y en Enfermería con 3.1%, en segundo lugar de consumo se ubicó el grupo de 22 a 26 años, en donde la Lic. en Nutrición presentó el 0.6% de consumo, y 0.5% para la Lic. en Enfermería. El resto de los grupos etarios no se identificaron casos. La segunda droga ilícita consumida en los últimos doce meses fue el hachís presentando el índice más alto en el grupo de 17 a 21 años de este grupo se dio en 1.2% para la Lic. en Nutrición y de 0.5% para la Lic. en Enfermería, en el grupo de 22 a 26 años se presentó 0.6% para la Lic. en Nutrición y 0.5% para la de Enfermería. No se detectaron casos en el resto de grupos etarios. El consumo de cocaína mostró el 0.7% en el grupo de 17 a 21 años de enfermería y hubo 0.8% de consumo en el grupo de Lic. en Nutrición en la edad de 22 a 26 años.

Tabla 19

Consumo de drogas ilícitas “en los últimos doce meses” conforme a grupos de edad de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición. Facultad de Enfermería de la UASLP. Período octubre-noviembre 2009 n=581

Drogas Ilícitas			En los últimos doce meses		Grupos de edad										
					Total		17-21		22-26		27-30		31-36		37-40
			Enf	Nut	Enf	Nut	Enf	Nut	Enf	Nut	Enf	Nut	Enf	Nut	
Marihuana	Si	fr	15	11	13	10	2	1	0	0	0	0	0	0	26
		%	3.6	6.8	3.1	6.2	0.4	0.6	0	0	0	0	0	0	4.4
	No	fr	405	150	341	134	62	13	2	0	0	2	0	1	555
		%	96.4	93.2	81.3	83.3	14.7	8.1	0.4	0	0	1.2	0	0.6	95.6
Total		fr	420	161	354	144	64	14	2	0	0	2	0	1	581
		%	100	100	84.4	89.5	15.2	8.7	0.4	0	0	1.2	0	0.6	100
Hachís	Si	fr	4	3	2	2	2	1	0	0	0	0	0	0	7
		%	1	1.9	0.4	1.2	0.4	0.6	0	0	0	0	0	0	1.2
	No	fr	416	158	352	142	62	13	2	0	0	2	0	1	574
		%	99	98.1	83.9	88.2	14.7	8.1	0.4	0	0	1.2	0	0.6	98.8
Total		fr	420	161	354	144	64	14	2	0	0	2	0	1	581
		%	100	100	84.4	89.5	15.2	8.7	0.4	0	0	1.2	0	0.6	100
Cocaína	Si	fr	3	1	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4
		%	0.7	0.6	0.7	0	0	0.6	0	0	0	0	0	0	0.6
	No	fr	417	160	351	144	64	13	2	0	0	2	0	1	577
		%	99.3	99.4	83.7	89.5	15.2	8.1	0.4	0	0	1.2	0	0.6	99.4
Total		fr	420	161	354	144	64	14	2	0	0	2	0	1	581
		%	100	100	84.4	89.5	15.2	8.7	0.4	0	0	1.2	0	0.6	100

Fuente: Directa. Cuestionario “Sustancias utilizadas alguna vez en la vida y durante los últimos doce meses”

Referente a los solventes removedores, esmaltes, pinturas, gasolinas, estas sustancias generalmente son inhaladas desde una bolsa de plástico, o directamente desde la botella que contiene el líquido volátil. Las sustancias así inhaladas se absorben rápidamente, por vía pulmonar y llegan de ahí al cerebro, produciendo un estado mental alterado que dura de cinco a quince minutos. En dosis aún pequeñas puede producir intoxicaciones semejantes a la alcohólica, acompañada de distorsiones sensoriales y a veces delirio, esto puede conducir a conductas peligrosas para el usuario o para quienes lo rodean. El uso regular puede producir tolerancia y dependencia.⁷

En la Tabla 20 se aprecian los resultados del consumo de drogas ilícitas solventes-removedores, esmaltes-pinturas y gasolinas- combustibles “durante los últimos 12 meses” conforme a los grupos de edad.

El consumo en estos tres tipos de drogas fue bajo. Ambas licenciaturas no registraron caso en la edad de 17.21 años. Se identificó solo el 0.6% de consumo en solventes-removedores y esmaltes-pinturas dentro del grupo de 22 a 26 años en la Lic. en Nutrición, mientras que en gasolinas no hubo casos en ambas carreras en ningún grupo etario.

TABLA 20

Consumo de drogas ilícitas “en los últimos doce meses” conforme a grupos de edad de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición. Facultad de Enfermería de la UASLP. Período octubre-noviembre 2009.

n= 581

Drogas lícitas			En los últimos doce meses		Grupos de edad										
					Total		17-21		22-26		27-30		31-36		37-40
			Enf.	Nut..	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	
Solventes/removedores/p egamentos	Si	fr	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
		%	0	0.6	0	0	0	0.6	0	0	0	0	0	0	0.1
	No	fr	420	160	354	144	64	13	2	0	0	2	0	1	580
		%	100	99.4	84.4	89.5	15.2	8.1	0.4	0	0	1.2	0	0.6	99.9
Total		fr	420	161	354	144	64	14	2	0	0	2	0	1	581
		%	100	100	84.4	89.5	15.2	8.7	0.4	0	0	1.2	0	0.6	100
Esmaltes/pinturas	Si	fr	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
		%	0	0.6	0	0	0	0.6	0	0	0	0	0	0	0.1
	No	fr	420	160	354	144	64	13	2	0	0	2	0	1	580
		%	100	99.4	84.4	89.5	15.2	8.1	0.4	0	0	1.2	0	0.6	99.9
Total		fr	420	161	354	144	64	14	2	0	0	2	0	1	581
		%	100	100	84.4	89.5	15.2	8.7	0.4	0	0	1.2	0	0.6	100
Gasolinas/combustibles	Si	fr	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	No	fr	420	161	354	144	64	14	2	0	0	2	0	1	581
		%	100	100	84.4	89.5	15.2	8.7	0.4	0	0	1.2	0	0.6	100
Total		fr	420	161	354	144	64	14	2	0	0	2	0	1	581
		%	100	100	84.4	89.5	15.2	8.7	0.4	0	0	1.2	0	0.6	100

Fuente: Directa. Cuestionario “Sustancias utilizadas alguna vez en la vida y durante los últimos doce meses”

Para comprender mejor los factores de riesgo relacionados con el uso de metanfetaminas, es necesario distinguir los elementos que hacen posible el contacto con la droga y aquellos que facilitan la permanencia en el consumo, ya que no todos los jóvenes las prueban, ni todos aquellos que la prueban se enganchan con su uso.

Factores de riesgo que posibilitan el contacto con metanfetaminas: Vivir en lugares donde se consume y está disponible la droga, consumo de metanfetaminas por parte de familiares, amigos o pareja, distanciamiento afectivo en la familia, problemas escolares (deserción, bajo rendimiento, conductas problema), consumo de otras drogas, evitar el rechazo y buscar la aceptación de otros jóvenes, presión de los amigos, curiosidad.³¹

Factores de riesgo que facilitan el mantenimiento en el consumo de metanfetaminas: Depresión (sentimientos de tristeza, soledad, abandono), buscar felicidad, buscar valor, poder, rendir más y en varias áreas (sexual, laboral, recreativa, escolar), desinhibición sexual, bajar de peso.³¹

Tabla 21. En esta tabla se identificaron los resultados del consumo de drogas ilícitas estimulantes como anorexígenos y metanfetaminas “durante los últimos 12 meses” conforme a los grupos de edad.

Se identificó solo consumo de metanfetaminas de 0.6% en el grupo de 22 a 26 años siendo dentro del grupo de la Lic. en Nutrición, para el resto de grupos de edad tanto de la Lic. en Enfermería como de Nutrición no se identificaron casos.

Tabla 21

Consumo de drogas ilícitas “en los últimos doce meses” conforme a grupos de edad de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición. Facultad de Enfermería de la UASLP. Período octubre-noviembre 2009.

n= 581

Drogas Ilícitas			En los últimos doce meses				Grupos de edad								
			Total		17-21		22-26		27-30		31-36		37-40		Total
			Enf	Nut	Enf	Nut	Enf	Nut.	Enf	Nut	Enf	Nut	Enf	Nut	
Estimulantes como anfetaminas y derivados anfetamínicos	Si	fr	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	No	fr	420	161	354	144	64	14	2	0	0	2	0	1	581
		%	100	100	84.4	89.5	15.2	8.7	0.4	0	0	1.2	0	0.6	100
Total	fr	420	161	354	144	64	14	2	0	0	2	0	1	581	
	%	100	100	84.4	89.5	15.2	8.7	0.4	0	0	1.2	0	0.6	100	
Anorexígenos	Si	fr	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	No	fr	420	161	354	144	64	14	2	0	0	2	0	1	581
		%	100	100	84.4	89.5	15.2	8.7	0.4	0	0	1.2	0	0.6	100
Total	fr	420	161	354	144	64	14	2	0	0	2	0	1	581	
	%	100	100	84.4	89.5	15.2	8.7	0.4	0	0	1.2	0	0.6	100	
Metanfetaminas	Si	fr	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
		%	0	0.6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.1
	No	fr	420	160	354	144	64	14	2	0	0	2	0	1	580
		%	100	99.4	84.4	89.5	15.2	8.7	0.4	0	0	1.2	0	0.6	99.9
Total	Fr	420	161	354	144	64	14	2	0	0	2	0	1	581	
	%	100	100	84.4	89.5	15.2	8.7	0.4	0	0	1.2	0	0.6	100	

Fuente: Directa. Cuestionario “Sustancias utilizadas alguna vez en la vida y durante los últimos doce meses”

El consumo de éxtasis se observa por parte de quienes la consumen como una droga inocua, pues su consumo casi siempre está acompañado con otras drogas casi siempre el alcohol. Dando lugar a que el consumo de éxtasis pase inadvertido y sin aparentes consecuencias negativas en los sujetos, lo cual hace más difícil las intenciones de ingreso a tratamiento.³¹

En algunos casos, el consumo de sustancias psicoactivas como los alucinógenos tienen connotaciones culturales, mientras que la adicción a drogas sintéticas como los sedantes o hipnóticos se encuentran en los espacios institucionales de la atención médica.¹⁴

Tabla 22. Muestra los resultados del consumo de drogas ilícitas de diseño tales como el éxtasis, drogas alucinógenas y PCP “durante los últimos 12 meses” conforme a los grupos de edad.

En el grupo de 17 a 21 años se identificó solo consumo en la Lic. en Enfermería en dos drogas que son las alucinógenas y disociativas con 0.7% y 0.2% en drogas de diseño, el consumo de PCP mostró 0% en todos los grupos etarios y en ambas carreras.

Los resultados del consumo de drogas ilícitas de diseño tal como la Ketamina durante los últimos 12 meses” conforme a los grupos de edad. Es interesante destacar que no se identifico consumo de Ketamina en ninguna de las dos carreras.

Tabla 22

Consumo de drogas ilícitas “en los últimos doce meses” conforme a grupos de edad de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición. Facultad de Enfermería de la UASLP. Período octubre-noviembre 2009.

n= 581

Drogas Ilícitas			En los últimos doce meses		Grupos de edad										
			Total		17-21		22-26		27-30		31-36		37-40		Total
			Enf	Nut	Enf	Nut.	Enf	Nut	Enf	Nut	Enf	Nut	Enf	Nut.	
Drogas de diseño (extásis)	Si	fr	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
		%	0.2	0	0.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.1
	No	fr	419	161	353	144	64	14	2	0	0	2	0	1	580
		%	99.8	100	84.2	89.5	15.2	8.7	0.4	0	0	1.2	0	0.6	99.9
Total		fr	420	161	354	144	64	14	2	0	0	2	0	1	581
		%	100	100	84.4	89.5	15.2	8.7	0.4	0	0	1.2	0	0.6	100
Drogas alucinógenas y Disociativas	Si	fr	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
		%	0.7	0	0.7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.5
	No	fr	417	161	351	144	64	14	2	0	0	2	0	1	578
		%	99.3	100	83.7	89.5	15.2	8.7	0.4	0	0	1.2	0	0.6	99.5
Total		fr	420	161	354	144	64	14	2	0	0	2	0	1	581
		%	100	100	84.4	89.5	15.2	8.7	0.4	0	0	1.2	0	0.6	100
Feniclidina (PCP)	Si	fr	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	No	fr	420	161	354	144	64	14	2	0	0	2	0	1	581
		%	100	100	84.4	89.5	15.2	8.7	0.4	0	0	1.2	0	0.6	100
Total		fr	420	161	354	144	64	14	2	0	0	2	0	1	581
		%	100	100	84.4	89.5	15.2	8.7	0.4	0	0	1.2	0	0.6	100

Fuente: Directa. Cuestionario “Sustancias utilizadas alguna vez en la vida y durante los últimos doce meses”

Los trastornos mentales derivados por el consumo de alcohol y drogas psicoactivas no escapa a ningún sexo ni grupo de edad. El impacto sobre los hombres es mayor que en las mujeres, pero el tipo de droga afecta de manera diferente a los grupos de edad.

Tabla 23. En esta tabla se identificaron los resultados del consumo de drogas lícitas alcohol y tabaco conforme a la edad de inicio en los estudiantes de la Facultad de Enfermería. Con respecto al consumo de alcohol se observó que el primer lugar fue ocupado por los estudiantes que iniciaron a los 17 - 21 años de este grupo el 49% fue de la Lic. en Enfermería y el 45.3% fue de la Lic. en Nutrición, en el mismo grupo del porcentaje de inicio en consumo de tabaco fue más alto en la Lic. en Nutrición con 22.3% en relación con el 20.2% de la Lic. en Enfermería.

En consumo de alcohol el segundo lugar de edad de inicio para el consumo de estas sustancias por los estudiantes, fue en el grupo de los 14 a los 16 años, de este grupo el 31% fue de la Lic. en Nutrición y el 5.9 % fue de Enfermería, en el mismo grupo de edad, el porcentaje de inicio para consumo de tabaco fue más alto para la Lic. en Nutrición con el 13% en relación con 3.8% de la Lic. en Enfermería.

El tercer lugar para inicio de consumo de tabaco y alcohol fue en el grupo de los 10 a 13 años, el 0.9% fue de la Lic. Nutrición y el 0.6 % fue de Enfermería, en el mismo grupo de edad, el porcentaje de inicio en consumo de tabaco fue más alto para la Lic. en Nutrición con el 1.8% en relación con 1.2% de la Lic. en Enfermería.

El cuarto lugar de edad de inicio para consumo de tabaco y alcohol fue en el grupo de los 22 a 26 años, el 1.6% fue de Lic. en Enfermería y el 0 % para Nutrición, en este mismo grupo de edad, el porcentaje de inicio en consumo de tabaco fue de 0.7% para la Lic. en Enfermería y 0% para la Lic. en Nutrición.

Tabla 23

Consumo de drogas lícitas según edad de inicio de los estudiantes de Facultad de Enfermería y Nutrición. Facultad de Enfermería de la UASLP. Período octubre-noviembre 2009.

n= 581

Drogas lícitas			¿A qué edad inicio el consumo?														
			Edad		1= 10-13 años		2= 14-16 años		3= 17-21 años		4= 22-26 años		5= 27-30 años		6=31-36		Total
			Enfría	Nutrición	Enf	Nut	Enf	Nut.	Enf	Nut.	Enf	Nut.	Enf	Nut.	Enf	Nut	
Alcohol	Si	fr	243	124	4	1	25	50	206	73	7	0	1	0	0	0	367
		%	57.9	77	0.9	0.6	5.9	31	49	45.3	1.6	0	0.2	0	0	0	63.1
	No	fr	177	37	0	0	0	0	120	20	57	14	0	0	0	3	214
		%	42.1	23	0	0	0	0	28.5	12.4	13.6	8.7	0	0	0	1.9	36.9
Total		fr	420	161	4	1	25	50	326	93	64	14	1	0	0	3	581
		%	100	100	0.9	0.6	5.9	31	77.5	57.7	15.2	8.7	0.2	0	0	1.9	100
Tabaco	Si	fr	109	60	5	3	16	21	85	36	3	0	0	0	0	0	169
		%	26	37.3	1.2	1.9	3.8	13	20.2	22.3	0.7	0	0	0	0	0	29
	No	fr	311	101	0	0	0	0	248	84	61	14	2	0	0	3	412
		%	74	62.7	0	0	0	0	59	52.2	14.5	8.7	0.4	0	0	1.9	71
Total		fr	420	161	5	3	16	21	333	120	64	14	2	0	0	3	581
		%	100	100	1.2	1.9	3.8	13	79.2	74.5	15.2	8.7	0.4	0	0	1.9	100

Fuente: Directa. Cuestionario "Sustancias utilizadas alguna vez en la vida y durante los últimos doce meses"

Las alteraciones cognitivas que produce el consumo de marihuana, una de las drogas ilegales: por el bajo costo que tiene , hecho que facilita su enorme difusión y consumo entre los jóvenes, por la severidad de las alteraciones que produce, complicadas aún más cuando se mezcla con alcohol y porque existe un poderoso apoyo del narcocomercio, que mediante los recursos de una propaganda consiguió instalar en la población la creencia de que se trata de una droga inocua, divertida símbolo de rebeldía y con aportes a la elaboración internacional.⁵

Tabla 24. En esta tabla se identificaron los resultados del consumo de drogas ilícitas marihuana y hachís conforme a edad de inicio de los estudiantes de la Facultad de Enfermería.

En el consumo de marihuana y hachís, se observó que el primer lugar fue ocupado por los alumnos que iniciaron de los 17 a los 21 años consumiendo marihuana, de este grupo el 4.9% fue de la Lic. de Nutrición y el 3.5% fue de la Lic. en Enfermería, en el mismo grupo de edad, el porcentaje de inicio en consumo de hachís fue de 1 % en la Lic. en Enfermería y 0.6% en Nutrición.

El segundo lugar de edad de inicio para consumo de drogas ilícitas fue en el grupo de los 14 a los 16 años, de este grupo el 3.1% fue de la Lic. en Nutrición y el 1.4 % fue de la Lic. en Enfermería, en el mismo grupo de edad, el porcentaje de inicio para consumo de hachís fue 0.6% para la Lic. en Nutrición 0.2% para la Lic. en Enfermería.

El tercer lugar de inicio de consumo lo ocupó el grupo de edad de 10 a 13 años, de este grupo el 0.2% para la Lic. en Enfermería y 0% para Nutrición. En el mismo grupo de edad, el porcentaje de inicio en consumo de hachís fue de 1.2% en la Lic. en Nutrición mientras que en la Lic. en Enfermería se identificó el 0%.

Tabla 24

Consumo de drogas lícitas según edad de inicio de los estudiantes de Facultad de Enfermería y Nutrición. Facultad de Enfermería de la UASLP. Período octubre-noviembre 2009.

n= 581

Drogas lícitas			¿A qué edad inició?												
			Edad		2= 14-16 años		3= 17-21 años		4= 22-26 años		5= 27-30 años		6=31-36		Total
			Enf.	Nut.	Enf	Nut.	Enf	Nut.	Enf	Nut	Enf	Nut	Enf	Nut	
Marihuana	Si	fr	23	13	6	5	15	8	1	0	1	0	0	0	36
		%	5.5	8	1.4	3.1	3.5	4.9	0.2	0	0.2	0	0	0	6.1
	No	fr	397	148	0	0	333	131	63	14	1	0	0	3	545
		%	94.5	92	0	0	79.2	81.3	15	8.7	0.2	0	0	1.9	93.9
Total		fr	420	161	6	5	348	139	64	14	2	0	0	3	581
		%	100	100	1.4	3.1	82.8	86.3	15.2	8.7	0.4	0	0	1.9	100
Hachís	Si	fr	6	4	1	1	4	1	1	2	0	0	0	0	10
		%	1.5	2.5	0.2	0.6	1	0.6	0.2	1.2	0	0	0	0	1.7
	No	fr	414	157	0	0	349	142	63	12	2	0	0	3	571
		%	98.5	97.5	0	0	83	88.2	15	7.5	0.4	0	0	1.9	98.3
Total		fr	420	161	1	1	353	143	64	14	2	0	0	3	581
		%	100	100	0.2	0.6	84	88.8	15.2	8.7	0.4	0	0	1.9	100

Fuente: Directa. Cuestionario "Sustancias utilizadas alguna vez en la vida y durante los últimos doce meses"

En relación a otras drogas mayoritarias (tabaco, alcohol, cocaína o cannabis), el consumo de sustancias volátiles es muy baja.

La tabla 26. Muestra los resultados del consumo de drogas ilícitas cocaína y solventes (removedores y pegamentos), conforme a edad de inicio de los estudiantes de la facultad de enfermería.

Se identificó en primer lugar el grupo que inicio de 17 a los 21 años, el consumo de cocaína también fue la más alta con 1.6 % para la Lic. en Enfermería y 0.6% para la de Nutrición, en el consumo de solventes hubo 0% para ambos grupos de las carreras de Enfermería como de Nutrición.

El segundo lugar para la edad de inicio en consumo de cocaína y solventes fue en el grupo de los 22 a los 26 años, de este grupo la Lic. en Enfermería tuvo 0.4% en consumo de cocaína y 0.2% en consumo de solventes, cabe destacar que en la Lic. en Nutrición no hubo casos de consumo en ninguna de las dos drogas.

El tercer lugar de inicio de consumo lo ocupó el grupo de edad de 10 a 13 años, en donde la Lic. en Nutrición tuvo 0.6% en el consumo de cocaína y solventes por igual, mientras que Enfermería tuvo 0% casos. De 14 a 16 años solo hubo un caso 0.6% para inicio de consumo con solventes.

Tabla 25

Consumo de drogas lícitas según edad de inicio de los estudiantes de Facultad de Enfermería y Nutrición. Facultad de Enfermería de la UASLP. Período octubre-noviembre 2009.

n= 581

Drogas lícitas			¿A qué edad inicio el consumo?														Total
			1= 10-13 años		2= 14-16 años		3= 17-21 años		4= 22-26 años		5= 27-31 años		6= 31-36				
			Enfría	Nutrición	Enf	Nut	Enf	Nut	Enf	Nut	Enf	Nut	Enf	Nut.	Enf	Nut	
Cocaína	Si	fr	9	2	0	1	0	0	7	1	2	0	0	0	0	0	11
		%	2.1	1.2	0	0.6	0	0	1.6	0.6	0.4	0	0	0	0	0	1.8
	No	fr	411	159	0	0	0	0	347	142	62	14	2	0	0	3	570
		%	97.9	98.8	0	0	0	0	82.6	88.2	14.7	8.7	0.4	0	0	1.9	98.2
Total		fr	420	161	0	1	0	0	354	143	64	14	2	0	0	3	581
		%	100	100	0	0.6	0	0	84.2	88.8	14.9	8.7	0.4	0	0	1.9	100
Solventes removedores pegamentos	Si	fr	1	2	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	3
		%	0.2	1.2	0	0.6	0	0.6	0	0	0.2	0	0	0	0	0	0.5
	No	fr	419	159	0	0	0	0	354	143	63	13	2	0	0	3	578
Total		%	99.8	98.8	0	0	0	0	84.4	88.8	15	8	0.4	0	0	1.9	99.5
		fr	420	161	0	1	0	1	354	143	64	13	2	0	0	3	581
Total		%	100	100	0	0.6	0	0.6	84.4	88.8	15.2	8	0.4	0	0	1.9	100

Fuente: Directa. Cuestionario "Sustancias utilizadas alguna vez en la vida y durante los últimos doce meses"

Los inhalantes son un tipo de sustancias volátiles, cuyos vapores químicos se pueden inhalar produciendo efectos psicoactivos (alteran la mente), generalmente su edad de inicio es a los 10 años por influencia de los compañeros, curiosidad e ignorancia, estos productos son fáciles de obtener, están al alcance del consumidor, son muy baratos, fáciles de esconder y difícil de detectar.¹¹

En la tabla 26 se muestra la edad de inicio para el consumo de drogas inhalables como los solventes, removedores, pegamentos, esmaltes, pinturas, gasolinás, combustibles, etc.

Los solventes, removedores, pegamentos, en la Lic. en Nutrición refirió haber iniciado su consumo a la edad de 10 años 0.6%, mientras que la Lic. en Enfermería 0%, de los 14- 16 años la Lic. en Nutrición refirió haberlo consumido un 0.6%, la Lic. en Enfermería 0%, en la edad de 17- 21 años las dos Licenciaturas mostraron 0%, en la Lic. en Enfermería a la edad de 22 - 26 años refirió haber iniciado el consumo 0.2%. en la Lic. en Nutrición 0%.

En lo que respecta a las edades de 27 – 36 años refirieron no haberlos consumido en las dos licenciaturas. (Lic. en Enfermería y Lic. en Nutrición).

El uso continuo provoca dependencia psíquica, creando una necesidad de ingesta similar a otras drogas a consecuencia de su rápida distribución por los pulmones, la sensación de euforia y aturdimiento después.¹¹

El uso de esmaltes, pinturas en la Lic. de Nutrición mostro que el 1.2% lo consumió a la edad de 17 – 21 años, mientras que en la Lic. en Enfermería refirió no haber consumido 0%.

Las gasolinás, combustibles en la Lic. en Nutrición sólo el 1.2% refirió haberlas consumido en la edad de 14- 16 años, mientras que en la Lic. en Enfermería refirió no haberlas consumido 0%.

Los efectos de estas drogas son breves, duran de 5 a 15 minutos. La euforia la sensación de borrachera acompañada de sensaciones placenteras da lugar a la búsqueda de drogas mayores como los estimulantes (anfetaminas y derivados anfetamínicos).

Diversas investigaciones muestran que el abuso habitual de disolventes volátiles, dañan la envoltura protectora alrededor de ciertas fibras nerviosas del cerebro y en el sistema nervioso periférico. Según la encuesta realizada por la Administración de Servicios para Abuso de Sustancias y Salud Mental, el abuso de inhalantes en los estudiantes de todos los cursos se ha incrementado desde 1991. Casi el 20% de todos los adolescentes manifiestan haber usado inhalantes por lo menos una vez en su vida.³³

Tabla 26

Consumo de drogas Ilícitas según edad de inicio de los estudiantes de Lic.de Enfermería y Nutrición. Facultad de Enfermería de la UASLP. Período octubre-noviembre 2009.

n= 581

Drogas Ilícitas		¿A qué edad inicio el consumo?															
		Edad		1= 10-13 años		2= 14-16 años		3= 17-21 años		4= 22-26 años		5= 27-30 años		6=31-36		Total	
		Enf.	Nut.	Enf	Nut	Enf	Nut	Enf	Nut	Enf	Nut	Enf	Nut.	Enf	Nut		
Solventes removedores pegamentos	Si	fr	1	2	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	3	
		%	0.2	1.2	0	0.6	0	0.6	0	0	0.2	0	0	0	0	0.5	
	No	fr	419	159	0	0	0	0	354	143	63	13	2	0	0	3	578
		%	99.8	98.8	0	0	0	0	84.4	88.8	15	8	0.4	0	0	1.9	99.5
Total		fr	420	161	0	1	0	1	354	143	64	13	2	0	0	3	581
		%	100	100	0	0.6	0	0.6	84.4	88.8	15.2	8	0.4	0	0	1.9	100
Esmaltes/ Pinturas	Si	fr	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	
		%	0	1.2	0	0	0	0	0	1.2	0	0	0	0	0	0.3	
	No	fr	420	159	0	0	0	0	354	142	64	14	2	0	0	3	579
		%	100	98.8	0	0	0	0	84.4	88.3	15.2	8.7	0.4	0	0	1.9	99.7
Total		fr	420	161	0	0	0	0	354	144	64	14	2	0	0	3	581
		%	100	100	0	0	0	0	84.4	89.5	15.2	8.7	0.4	0	0	1.9	100
Gasolinas/ Combustibles	Si	fr	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	
		%	0	1.2	0	0	0	1.2	0	0	0	0	0	0	0	0.3	
	No	fr	420	159	0	0	0	0	354	142	64	14	2	0	0	3	579
		%	100	98.8	0	0	0	0	84.4	88.1	15.2	8.7	0.4	0	0	1.9	99.7
Total		fr	420	161	0	0	0	2	354	142	64	14	2	0	0	3	581
		%	100	100	0	0	0	1.2	84.4	88.1	15.2	8.7	0.4	0	0	1.9	100

Fuente: Directa. Cuestionario "Sustancias utilizadas alguna vez en la vida y durante los últimos doce meses"

Las anfetaminas hoy en día, son las drogas de menor consumo tanto entre la población en general como en adolescentes de 14 a 16 años, este consumo también se identificó en la Facultad de Enfermería de la UASLP. En la tabla 27, se observa que la edad inicio de consumo de estimulantes como anfetaminas y derivados anfetamínicos, en la Lic. en Enfermería fue 0.4% y en la Lic. en Nutrición 0.6% a la edad de 17 a 19 años.

Se trata de un fenómeno que afecta principalmente a los grupos más jóvenes. Los datos concuerdan con la Encuesta Nacional de Adicciones 2008 donde afirma que la mayor incidencia para el consumo de drogas sucede en adolescentes de entre 15 y 18 años de edad.²⁹

Existen diversas drogas que producen también dependencia psíquica, es decir que la persona necesita la medicación para llevar a cabo su trabajo y para afrontar sus responsabilidades, que con una frecuencia cada vez mayor se detecta su uso y abuso entre los adolescentes con fines recreativos o para enfrentar situaciones que requieren alto rendimiento físico o intelectual. Así, al abuso de drogas ilícitas se suma ahora el abuso de medicamentos de fácil acceso que se emplean con fines distintos a la indicación médica original como lo son los Anorexígenos.

En la Lic. en Nutrición refirió haber iniciado su consumo a los 14 – 16 años y en la edad de 17- 19 años con un 0.6%, mientras que en la Lic. en Enfermería su consumo fue de 0%. En las edades de 20 – 30 años no se reporto ningún caso en la Lic. de Enfermería y la Lic. en Nutrición.

Los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones (2008), indica que los adolescentes de 12 y 17 años tienen más probabilidad de usar drogas cuando están expuestos a la oportunidad de hacerlo que quienes han alcanzado la mayoría de edad.²⁹

En lo que se refiere al consumo habitual o regular de drogas, la edad precoz de inicio ha sido considerada un factor indicador de la intensidad posterior de su uso. Es importante destacar que, los adolescentes no abandonan el uso de una sustancia psicotrópica para empezar a consumir otra, sino que pasan a ser consumidores de múltiples sustancias con cierta habitualidad, con lo cual se produce una mutua elevación de riesgos.²¹

Como sucede con las metanfetaminas son estimulantes adictivos que afectan al sistema nervioso. Es una droga que se produce muy fácilmente en laboratorios clandestinos con ingredientes baratos y de fácil acceso, puesto que no necesitan receta médica. La metanfetamina se convierte en unas de las drogas más populares hoy en día, llegando a índices de consumo y adicción más fuerte. Al igual que las anfetaminas puede ocasionar actividad extrema, falta de apetito y una sensación generalizada de bienestar, sus momentos de euforia duran más y sus efectos son más dañinos.

En la licenciatura en Nutrición la edad de inicio fue entre los 14 - 16 años con 1.9%, en la Lic. en Enfermería la edad de inicio entre los 14 – 16 años fue de 0.2% y para la edad de inicio en la Lic. en Enfermería entre 20 – 22 años fue de 0.2% mientras que la Lic. en Nutrición no mostro algún caso en esta edad con 0%. Entre las edades de 23 – 30 años no se mostro algún consumo en la Lic. en Enfermería y la Lic. en Nutrición.

El proceso que se lleva a cabo de un niño a la adolescencia es difícil, por lo que el consumo de drogas puede convertirse en un sustituto para las carencias que en ese momento siente el adolescente llevándolo cada vez más a probar drogas, creyendo que estas pueden resolver sus problemas.³⁴

Según el Centro de Integración Juvenil (2003) en la población mexicana se ha encontrado que los individuos que empiezan a consumir drogas legales antes de los 15 años, tienen mayor riesgo de consumir una o más drogas ilegales, existiendo la posibilidad de que sigan consumiendo otras drogas ilegales.

Tabla 27

Consumo de drogas lícitas según edad de inicio de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición. Facultad de Enfermería de la UASLP. Período octubre-noviembre de 2009.

n= 581

Drogas lícitas			¿A qué edad inicio el consumo?											
			Edad		1 = 14-16 años		2 = 17-19 años		3 = 20-22 años		4 = 23- 25 años		5= 26-30 años	
			Enf.	Nut.	Nut	Enf	Nut.	Enf	Nut	Enf	Nut	Enf	Nut	Enf
Estimulantes como anfetaminas y derivados anfetamínicos	Si	fr	2	1	0	2	1	0	0	0	0	0	0	3
		%	0.5	0.6	0	0.4	0.6	0	0	0	0	0	0	0.5
	No	fr	418	160	0	352	143	64	14	2	0	0	3	578
		%	99.5	99.4	0	83.9	88.9	15.2	8.7	0.4	0	0	1.9	99.5
Total		fr	420	161	0	354	144	64	14	2	0	0	3	581
		%	100	100	0	84.4	89.5	15.2	8.7	0.4	0	0	1.9	100
Anorexígenos	Si	fr	0	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2
		%	0	1.2	0.6	0	0.6	0	0	0	0	0	0	0.3
	No	fr	420	159	0	354	142	64	14	2	0	0	3	579
		%	100	98.8	0	84.4	88.1	15.2	8.7	0.4	0	0	1.9	99.7
Total		fr	420	161	1	354	143	64	14	2	0	0	3	581
		%	100	100	0.6	84.4	88.8	15.2	8.7	0.4	0	0	1.9	100
Metanfetaminas	Si	fr	2	3	3	1	0	1	0	0	0	0	0	5
		%	0.4	1.9	1.9	0.2	0	0.2	0	0	0	0	0	0.8
	No	fr	418	158	0	353	141	63	14	2	0	0	3	576
		%	99.5	98.1	0	84.2	87.5	15	8.7	0.4	0	0	1.9	99.2
Total		fr	420	161	3	354	141	64	14	2	0	0	3	581
		%	100	100	1.9	84.4	87.5	15.2	8.7	0.4	0	0	1.9	100

Fuente: Directa. Cuestionario "Sustancias utilizadas alguna vez en la vida y durante los últimos doce meses"

La tabla 28 muestra que el éxtasis (MDMA) a pesar de que inicialmente era popular entre los adolescentes y jóvenes caucásicos que acudían a los clubes nocturnos o a las fiestas de baile de todo el fin de semana conocidas como fiestas “rave”, afecta ahora a grupos que comparten una misma identidad. Recientemente, el perfil del usuario típico del éxtasis ha cambiado. Solo algunos refieren que usan el éxtasis como parte de sus experiencias con drogas múltiples.³⁵

En la licenciatura en Nutrición refirió que la edad en que inicio el consumo de éxtasis fue entre los 14 – 16 años con 0.6%, en la Lic. en Enfermería no se registro consumo alguno en esta edad 0%.

La edad de inicio de consumo de éxtasis en la Lic. en Enfermería fue a los 17 – 19 años 0.2% y en la Lic. en Nutrición algunos refirieron iniciar su consumo en esta misma edad 17 – 19 años con 1.2%.

El consumo del éxtasis es por muchas razones, regulan el estado de ánimo, la actividad sexual, el sueño y la sensibilidad al dolor, puede producir confusión, depresión y deseo vehemente de consumir más droga ocasionando ansiedad intensa haciendo que los usuarios tengan un rendimiento menor en ciertos tipos de pruebas cognitivas o de memoria; sus efectos se deben a la combinación que hacen con otro tipo de drogas.¹¹

En la Lic. de Enfermería hubo quien inicio el consumo de éxtasis a la edad de 20 – 22 años 0.2%, en la Lic. en Nutrición no se registro ningún consumo a esta edad 0%. En lo que respecta a la edad de entre 23 – 30 años no se registro consumo alguno 0%.

Según el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA) estudios realizados por la Encuesta Nacional sobre el uso de Drogas y la Salud 2004, en dicho año más de 11 millones de personas mayores de 12 años reportaron haber usado éxtasis por lo menos una vez en su vida. En el 2004, el número de

usuarios actuales (es decir, los que habían usado la droga en el mes anterior) se calculaba en 450.000.^{35, 36}

La Red de Alerta sobre el Abuso de Drogas, financiada por los Servicios de abuso de Sustancias y Salud Mental, reportó que durante la segunda mitad del 2003 hubo 2.221 menciones de éxtasis (MDMA) como razón para acudir a las salas de emergencias de los hospitales en aquellos casos relacionados al abuso de drogas. La mayoría de los pacientes que fueron a las salas de emergencias y mencionaron el éxtasis (MDMA) como factor para ser admitidos en esa ocasión tenían entre 18 y 20 años de edad.³⁶

La curiosidad y las presiones sociales son los factores más frecuentes para iniciarse en el consumo de drogas ilícitas y tarde o temprano los adolescentes comienzan el consumo de estas drogas.¹¹

Las drogas alucinógenas y disociativas son tomadas por los adictos porque les proporcionan nuevas formas de ver al mundo y nuevas percepciones de los problemas personales. La primera afirmación conlleva grados variables de distorsión perceptual, en tanto que la segunda conlleva cambios en el estado de ánimo y mayor introspección.¹¹

En la Lic. en Enfermería refirieron consumir drogas alucinógenas y disociativas a la edad de entre 14 – 16 años 0.7% y en la Lic. en Nutrición 0.6%, en la edad de entre 17 – 19 años en la Lic. en Nutrición mostro que el 0.4% inicio el consumo. En las edades de entre 20 – 30 años no se refirió consumo alguno 0% en las dos licenciaturas Enfermería y Nutrición.

El LSD (LSD, mezcalina, psicocibina) se ha convertido en la droga alucinógena prototipo debido a la amplitud de su uso, porque representa a una familia de drogas que son similares y sus efectos pueden producir un estado de superexcitación del SNC.¹¹ Los alucinógenos están involucrados en el control del sistema de la conducta, percepción y regulación, incluyendo el estado de

ánimo, el hambre, la temperatura corporal. Sus efectos son muy variables, dependiendo tanto de la dosis como de las expectativas de quien los consume y el ambiente que lo rodea durante la experiencia. Cuando por una razón u otra, el balance de la experiencia resulta desagradable para el consumidor suele hablarse de “un mal viaje” (experiencia negativa y desagradable).¹¹

Según la ENA (2008), con base a la edad de inicio para el consumo de drogas, es típicamente temprana y se encontraron dos tipos de drogas: aquéllas con un inicio más temprano (anterior a los 18 años) y aquellas con un inicio en la edad adulta. en el primer grupo se encontraron los sedantes (50.9% de quienes informaron de haber usado estos medicamentos fuera de prescripción médica lo hicieron por primera vez en la adolescencia)

En el segundo grupo se encontraron los estimulantes usados fuera de prescripción médica cuyo uso inicia más frecuentemente entre los 18 años y los 25 años (35.9%). A esta edad también se suele iniciar el uso de cocaína (48.5%), alucinógenos (53.1%).

Existe una gran cantidad de nombres para hablar de este tipo de drogas. Las drogas disociativas como la Feniclidina (PCP, “polvo de ángel”) y la Ketamina pueden hacer que el consumidor se sienta desconectado y fuera de control.

Estas drogas fueron inicialmente desarrolladas como anestésicos para cirugía, sus efectos sedantes y anestésicos son parecidos a los del estupor, y los pacientes experimentan la sensación de estar fuera de sus cuerpos y separadas de su ambiente. Durante los años sesenta, se abusó ampliamente de la Feniclidina (PCP), pero el auge en el uso ilícito se redujo rápidamente, ya que los consumidores no estaban satisfechos con la demora tan larga entre cuando tomaban la droga y cuando sentían sus efectos, también por el comportamiento impredecible y a menudo violento asociado con su uso.³³

El consumo de la Feniciclidina (PCP) en los estudiantes de la Lic. en Enfermería mostro que solo el 0.2% refirió haber consumido esta droga a la edad de entre 17- 19 años, en las demás edades no hubo significancia. En la Lic. en Nutrición no se registro dato alguno para su consumo 0%.

Hay que tomar en cuenta que consumir cualquier droga es peligroso, dependiendo de la forma y la frecuencia con que se haga, el efecto que las drogas provocan en el organismo puede ir desde una simple alteración de la percepción, a un trastorno mental severo.

La Feniciclidina (PCP) debido a los fuertes efectos secundarios de tipo psicológico en los consumidores comenzó a ser sustituida por otro tipo de drogas alucinógenas como la ketamina.³⁵

Según la National Institute on Druge Abuse (NIDA), en el 2006, 6.6 millones de personas de 12 años en adelante informaron haber usado Feniciclidina (PCP) alguna vez en la vida (2.7%), aunque solamente 187.000 personas en este grupo de edad reportaron uso en el año anterior, lo que representa un aumento mínimo con respecto al 2005.³⁶

La Ketamina reemplazo a la Feniciclidina (PCP) como anestésico en seres humanos. Induce anestesia y amnesia mediante una disrupción (fenómeno de conflictividad o incluso violencia) funcional en el SNC, sobre estimulándolo o induciendo al paciente a un estado cataléptico. Produce anestesia disociativas en la que el paciente puede permanecer consiente aunque amnésico e insensible al dolor, es conocida como “special k ó vitamina k”. Los efectos buscados por quien los consume son euforia y “revelaciones místicas”, así como alucinaciones y sensaciones placenteras (sensación de flotar o sensación de estímulo). Los consumidores experimentan, generalmente, deterioro de los procesos cognitivos, vértigo, incoordinación motora, lenguaje incoherente y confusión. Muchas veces ocurren reacciones adversas graves (mal viaje) que semejan los estados psicóticos producidos por la Feniciclidina (PCP). Son

frecuentes los “flashbacks” (recurrencia de experiencias psíquicas vividas en la época en que se consumió la droga).

En la actualidad la ketamina no es muy aceptada como droga de abuso en el ámbito de la drogodependencia, cabe señalar que la ketamina no muestra edad de inicio en la Lic. en Enfermería y en la Lic. en Nutrición 0%.

Tabla 28

Consumo de drogas lícitas según edad de inicio de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición. Facultad de Enfermería de la UASLP. Período octubre-noviembre 2009.

n= 581

Drogas lícitas			¿A qué edad inicio el consumo?												Total
			Edad		1 = 14-16 años		2 = 17-19 años		3 = 20-22 años		4 = 23- 25 años		5= 26-30		
			Enf.	Nut.	Enf	Nut	Enf	Nut	Enf	Nut	Enf	Nut.	Enf	Nut	
Drogas de diseño (éxtasis)	Si	fr	2	3	0	1	1	2	1	0	0	0	0	0	5
		%	0.4	1.9	0	0.6	0.2	1.2	0.2	0	0	0	0	0	0.8
	No	fr	418	158	0	0	353	141	63	14	2	0	0	3	576
		%	99.5	98.1	0	0	84.3	87.5	15	8.7	0.4	0	0	1.9	99.2
Total		fr	420	161	0	1	354	143	64	14	2	0	0	3	581
		%	100	100	0	0.6	84.5	88.7	15.2	8.7	0.4	0	0	1.9	100
Drogas alucinógenas y disociativas	Si	fr	5	1	3	1	2	0	0	0	0	0	0	0	6
		%	1.2	0.6	0.7	0.6	0.4	0	0	0	0	0	0	0	1
	No	fr	415	160	0	0	349	143	64	14	2	0	0	3	575
		%	98.8	99.4	0	0	83	88.7	15.2	8.7	0.4	0	0	1.9	99
Total		fr	420	161	3	1	351	143	64	14	2	0	0	3	581
		%	100	100	0.7	0.6	83.5	88.7	15.2	8.7	0.4	0	0	1.9	100
Feniciclidina (PCP)	Si	fr	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
		%	0.2	0	0	0	0.2	0	0	0	0	0	0	0	0.1
	No	fr	419	161	0	0	353	144	64	14	2	0	0	3	580
		%	99.8	100	0	0	84.2	89.5	15.2	8.7	0.4	0	0	1.9	99.9
Total		fr	420	161	0	0	354	144	64	14	2	0	0	3	581
		%	100	100	0	0	84.4	89.5	15.2	8.7	0.4	0	0	1.9	100

Fuente: Directa. Cuestionario "Sustancias utilizadas alguna vez en la vida y durante los últimos doce meses"

Una vez que la droga toma contacto con el organismo se produce una serie de acontecimientos, cuya secuencia dependerá de la sustancia ingerida, que conducen a la aparición de los efectos buscados en su consumo.⁶

Si el consumo sólo se realiza una vez o es de tipo esporádico, lo más probable es que, finalizado el efecto de la droga, el organismo recupere su funcionalidad normal y no quede ninguna secuela apreciable provocada por la presencia de la sustancia en el organismo. Sin embargo, en algunos casos se produce una reacción adversa, que puede estar relacionada con una sensibilización excesiva a los efectos de la sustancia.⁶

Por el contrario, cuando el consumo de la droga se hace rutinario en la conducta del individuo, sus repetidos efectos sobre el organismo empiezan a modificar su comportamiento, lo que origina alteraciones en la actuación de las diferentes redes neuronales implicadas, que en algunos casos son transitorias, pero que en otros pueden llegar a ser permanentes.⁶

El consumo excesivo de alcohol constituye un riesgo grave para la salud de un importante sector de la población en edades de entre 12 y 65 años según la ENA (2008) y presentan frecuencias de consumo que oscilan entre menos de una vez al mes y diario.

Definir la cantidad de alcohol que un individuo sano puede consumir sin presentar riesgos sociales, legales o médicos, es una tarea difícil. No se requiere dependencia para experimentar daño. Curiosamente varias de las pruebas de control de consumo de bebidas alcohólicas que en la actualidad se utilizan están basadas en el consumo de 2 0 3 copas diarias. Se supone que si se consume menos de estas cantidades, a pesar de las turbulencias de la vida cotidiana, se asume control personal sobre el consumo de alcohol.¹⁸

Existen diversas clasificaciones sobre las formas de consumir bebidas con contenido alcohólico:

Abstemio: persona que nunca toma alcohol, o que sólo lo hace de vez en cuando, en circunstancias especiales, pero sin llegar a la ebriedad. Consume una o dos veces al año, y en cada ocasión bebe una copa.

Bebedor moderado o social: persona que bebe hasta tres copas por ocasión y siempre en situaciones sociales, sin llegar a la embriaguez; no tiene problemas por su forma de beber. Su objetivo es la convivencia y la sociabilización; si no hay alcohol, puede disfrutar igualmente. No bebe en situaciones de riesgo, como antes de conducir vehículos.

Bebedor excesivo o problema: persona que cuando bebe, consume una cantidad de alcohol que con frecuencia llega a la embriaguez y que le ocasiona problemas, individuales, familiares, escolares, laborales o sociales. Presenta tolerancia al alcohol, por lo que consume más cantidades por ocasión, pero aún no ha desarrollado los signos de dependencia o adicción. Fácilmente se involucra u ocasiona accidentes, riñas y actos de violencia.

Alcohólico: persona que experimenta incapacidad para abstenerse del alcohol y para controlar cuándo y cuánto beber. Se presenta el síndrome de supresión que indica dependencia física.¹⁸

En la tabla 29 la frecuencia con que consumen alcohol los estudiantes de la Facultad de Enfermería y Nutrición es de 1 -5 veces, en la Lic. en Enfermería fue de 70% y en la Lic. en Nutrición 78.3%, quienes refirieron consumir de 6 – 20 veces en la Lic. en Enfermería mostro el 3.5% y en la Lic. en Nutrición 3.7%. (Bebedor moderado o social).

De los que refirieron consumir de 21 – 50 veces en la Lic. en Enfermería fue de 0.2%, en la Lic. en Nutrición 0.6%, de 51 – 100 veces y más de 100 veces no mostro ningún caso 0%. (Bebedor excesivo o problema).

Según diversos estudios la adicción al alcohol está aumentando de forma notable en los últimos años, especialmente entre los adolescentes, la mayoría

de los consumidores suelen usar más de una sustancia y en determinados grupos conllevan ese uso múltiple para compensar los efectos negativos de una primera droga.

Los resultados del estudio concuerdan con los del INEGI 2009, distinguiendo a los usuarios experimentales de los usuarios fuertes, siendo estos últimos los de mayor riesgo de adicción.

Del total de usuarios de drogas legales y médicas fuera de prescripción entre los 12 y 65 años 64.8% realizó un consumo experimental, dado que las usó entre 1 y 5 veces a lo largo de su vida.

Los resultados muestran que el consumo de tabaco está ligado al consumo de alcohol. El tabaquismo constituye un problema grave de salud pública en México, que por su diseminación, afecta a una gran cantidad de mexicanos, en su mayoría mujeres, adolescentes y niños. Es uno de los riesgos prevenibles más importantes para la salud de la población en general.^{18, 35}

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el tabaco es el primero como causa de enfermedad, invalidez y muerte prematura en el mundo, está directamente relacionado con la aparición de enfermedades como cáncer de pulmón, bronquitis y enfermedades cardiovasculares. Además no solo perjudica al que lo consume, sino también a los que respiran el mismo aire (fumadores pasivos).¹⁸

Fumar no solo es un "hábito", también es una adicción, ya que el hecho de fumar tabaco cumple con todos los criterios que definen al consumo de una sustancia como tal: existencia de tolerancia, dependencia, síndrome de abstinencia en ausencia de la misma, comportamiento compulsivo.

La forma de dependencia que genera el hábito de fumar es:

Dependencia física, provocada directamente por la nicotina y es la responsable del síndrome de abstinencia.

Dependencia psicológica, el hábito de fumar se ha convertido en una compañía en todo tipo de situaciones, después de las comidas, con el café, el hablar por teléfono y parece imposible cambiar esta relación.

Dependencia social, el fumar sigue siendo un acto social, se hace en grupos, en ciertas reuniones de ocio, tras cenas con los amigos, y sobre todo sigue siendo un hábito que distingue a ciertos grupos de adolescentes dándoles un valor social de rebeldía y madurez malentendidos.

Así surge la clasificación de los fumadores:

Fumador leve: es el que consume menos de 5 cigarrillos en promedio por día.

Fumador moderado: es el que fuma de entre 6 y 15 cigarrillos promedio por día.

Fumador severo: fuma más de 16 cigarrillos por día en promedio.

Un cigarrillo habitualmente contiene de 15 a 20 mg. de nicotina. Al fumarlo, menos de 1 mg. alcanza la circulación sanguínea, entonces fumar un solo cigarrillo da lugar a una elevación del ritmo cardiaco, la frecuencia respiratoria y la presión arterial.¹⁸

En la Facultad de Enfermería de la UASLP los estudiantes que refirieron consumir tabaco lo hicieron con una frecuencia de 1 – 5 veces (diario) en la Lic. en Enfermería el 22% y en la Lic. en Nutrición 37.3%, pero hubo quienes refirieron consumir de 6 – 20 veces (diario) en la Lic. en Enfermería 1.2%, en la Lic. en Nutrición 0.6%. (Consumidores leves).

De quienes refirieron consumir de 21 – 50 veces (diario) solo en la Lic. en Enfermería refirió el 0.6%, en la Lic. en Nutrición no se presentó caso alguno 0%. (Consumidor severo).

Los cigarrillos contienen muchos componentes tóxicos, como el monóxido de carbono, que hace que los fumadores habituales tengan cantidades por sobre lo normal de carboxihemoglobina. Lo anterior explica que un fumador de una cajetilla de cigarros al día incorpora en su sangre entre 1.8 y 26.8 mg. de nicotina, entre 24 y 428 mg de alquitrán y entre 34 y 789 mg de monóxido de carbono. O sea un fumador de 20 cigarrillos diarios acumula en sus pulmones una buena cantidad de alquitrán al año.¹⁸

En la Lic. en Enfermería como en la Lic. en Nutrición los estudiantes no refirieron consumir tabaco de 51 - 100 veces (diario) 0%, al igual que más de 100 veces (diario) 0%.

No obstante es posible que el fumador regular (aquel que ha fumado 100 cigarros o más en toda su vida) se convierta en los siguientes años en un adicto a la nicotina.¹⁸

Según la ENA (2008) en San Luis Potosí, los fumadores activos entre 18 y 65 años, fuman en promedio 5.1 cigarrillos en el día, con un tiempo promedio en fumar diariamente de 9.8 años. El 89.9% de los fumadores activos consume menos de 16 cigarrillos al día, 7.9% de 16 a 25 cigarrillos y 2.2% más de 26 cigarrillos.

El alcohol y el tabaco se consideran como puerta de entrada al consumo de marihuana, fenómeno que ha ido en descenso.

Tabla 29

Frecuencia con que consumen drogas lícitas los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición. Facultad de Enfermería de la UASLP. Período octubre-noviembre 2009.

n= 581

Drogas lícitas			Frecuencia en que se consumen drogas lícitas												Total
			Enf.	Nut.	1= 1-5 veces		2= 6-20 veces		3= 21-50 veces		4= 51-100 veces		5= más de 100 veces		
					Enf	Nut	Enf	Nut.	Enf	Nut	Enf	Nut	Enf	Nut.	
Alcohol	Si	fr	309	133	293	126	15	6	1	1	0	0	0	0	442
		%	73.5	82.6	70	78.3	3.5	3.7	0.2	0.6	0	0	0	0	76
	No	fr	111	28											139
		%	26.5	17.4											24
		fr	420	161										581	
Total		%	100	100										100	
Tabaco	Si	fr	100	61	92	60	5	1	3	0	0	0	0	0	161
		%	23.8	37.9	22	37.3	1.2	0.6	0.6	0	0	0	0	0	28
	No	fr	320	100											420
		%	76.2	62.1											72
		fr	420	161											581
Total		%	100	100										100	

Fuente: Directa. Cuestionario "Sustancias utilizadas alguna vez en la vida y durante los últimos doce meses"

Aunque el alcohol y el tabaco se consumen en mayor proporción, existen otras drogas como la marihuana que presenta un consumo moderado pero igualmente significativo, el cual se convierte en plataforma para seguir experimentando con otro tipo de droga.

Según la ENA (2008), la marihuana es la tercera droga ilícita de mayor consumo después del alcohol y el tabaco, es consumido por poblaciones vulnerables, como los adolescentes y adultos jóvenes. Entre los años 2002 y 2006 hubo un aumento estadísticamente importante en el consumo de esta droga en la población en general y entre 2006 y 2008 hubo una leve disminución, pero no fue estadísticamente significativa.

En la tabla 30 se observa que la frecuencia de consumo de marihuana en los estudiantes en la Lic. en Enfermería la de mayor consumo es de 1 -5 veces 5%, en la Lic. en Nutrición 6.8%, mientras que los que consumieron de 6 – 20 veces mostro en la Lic. en Enfermería 0.4%, en la Lic. en Nutrición 1.2%. La frecuencia de consumo entre 21 – 50 veces, 51 – 100 veces y más de 100 veces no reporto consumo 0%.

El consumo de marihuana en grandes cantidades, impacta varias áreas de la vida, incluyendo la salud física y mental, las habilidades cognitivas, la vida social y el estatus profesional.¹⁸

Cuando se fuma marihuana, viaja por el cuerpo incluyendo al cerebro para producir sus efectos diversos, los efectos de la marihuana comienzan apenas entra la droga al cerebro y dura de 1 a 3 horas. El usuario se siente eufórico o “entra en onda” porque ésta actúa sobre el sistema de gratificación cerebral. Este efecto puede ser mayor si se usan otras drogas con la marihuana.³⁵

No todo usuario de la marihuana experimentará necesariamente con otras drogas más peligrosas, pero el riesgo existe. Además existe el peligro de

condicionar o limitar las posibilidades de consumir drogas que por sus efectos le apetece.

Hoy en día, nos encontramos con un fenómeno de tolerancia social en el que el consumo de hachís se introdujo de forma masiva entre la juventud. El hachís (chocolate, costo, goma) nombre genérico que recibe la forma de concentrado sólido del cannabis, es un exudado resinoso elaborado a partir de la resina almacenada en las flores de la planta hembra (cannabis sativa) tiene una concentración de Tetrahidrocannabinoles (THL) entre el 15 y el 50% y el aceite de hachís (resina de hachís disuelta y concentrada) tiene una concentración de entre el 25 y el 50%.^{18, 35}

Estos preparados se consumen fumados en un cigarrillo enredado con tabaco, se fuma en menor frecuencia en mini-pipas o se ingiere directamente, su consumo tiene una especial relevancia, dado que quienes lo utilizan principalmente son los adolescentes.³⁵

En la Lic. en Enfermería la frecuencia en que se consumió este tipo de droga fue de un 1.2% en 1 – 5 veces, en la Lic. en Nutrición 2.5%, de quienes refirieron consumir de 6 – 20 veces solo la Lic. en Enfermería refirió haber consumido 0.2%.

Cabe señalar que de 21 – 50 veces, 51 – 100 veces, más de 100 veces no refirieron consumir en las dos Lic. (Enfermería y Nutrición) 0%.

Diversos estudios afirman que el consumo de hachís provoca dificultades para estudiar, al disminuir las funciones de atención, concentración, abstracción y memoria, obstaculizando, por tanto, el aprendizaje. Puede causar reacciones agudas de ansiedad. Cada vez hay más datos que demuestran el efecto perjudicial del consumo de hachís, especialmente si se combina con otras drogas. Su consumo puede dar lugar a varios tipos de trastornos mentales entre los que se encuentra los de tipo psicótico.^{30, 35}

El riesgo de padecer psicosis aumenta cinco veces más cuando se comienza a consumir a temprana edad y más frecuente sea su consumo. El inicio temprano de esta droga se asocia con mayor consumo de otras drogas en el futuro y con más dificultad para dejar de consumirlas.^{30, 35}

El hachís tiene diversos efectos adversos en el organismo y muchos consumidores tratan de conseguir que la droga les produzca el mismo placer que sintieron la primera vez que lo usaron y al no sentirlo causa en ellos irritabilidad, desasosiego y ansiedad, llevándolos a un estado creciente de experimentar con otras drogas.³⁵

En la Facultad de Enfermería de la UASLP, los estudiantes de la Lic. en Enfermería refirieron consumir cocaína un 2.1% de los cuales la consumen 1.9% de 1 – 5 veces, de quienes consumen de 6 -20 veces 0.2%, en la Lic. en Nutrición de los que refirieron consumir de 1 - 5 veces 1.2%.

En ambas licenciaturas (Enfermería y Nutrición) la frecuencia de 21 -50 veces, de 15 – 100 veces y más de 100 veces no se presentó ningún caso 0%.

El uso de drogas múltiples es común entre los consumidores de drogas, combinan dos o más drogas, realizan en sus cuerpos, experimentos químicos complejos para intensificar los efectos eufóricos, pierden el sentido de la realidad, haciéndolos buscar sensaciones nuevas con otro tipo de drogas, entre ellas se encuentran los solventes, removedores y pegamentos.^{30, 35,36}

Los inhalantes producen efectos similares a las anestésicas y disminuye la velocidad de las funciones del cuerpo. Cuando se inhalan en concentraciones suficientes, pueden causar efectos intoxicantes que pueden durar solo unos minutos o varias horas si se inhalan repetidamente. Al principio, los consumidores pueden sentirse un poco estimulados; con inhalaciones sucesivas, pueden sentirse menos inhibidos y menos en control, por último el consumidor puede perder el conocimiento.³⁶

En la Lic. en Nutrición los que refirieron consumir de este tipo de drogas de 1 -5 veces represento el 1.2%, en la Lic. en Enfermería refirió 0.2%.

Inhalar cantidades altamente concentradas de las sustancias químicas contenidas en este tipo de drogas insuficiencia cardiaca y causar la muerte.

Quienes refirieron no consumir en la Lic. en Nutrición represento un 98.8%, en la Lic. en Enfermería 0.2%.

Los inhalantes frecuentemente se encuentran entre las primeras drogas consumidas por los niños, su uso puede hacerse crónico y extenderse a la edad adulta, usan cualquier sustancia disponible, sin embargo, los efectos producidos por los diferentes inhalables varían y algunas personas hacen lo imposible para obtener su inhalante favorito.

Algunos prefieren los esmaltes y pinturas, en la Lic. en Nutrición refirió consumir este tipo de drogas de 1 -5 veces representando el 1.2%, en la Lic. en Enfermería refirió 0%.

De quienes no consumen en la Lic. en Enfermería represento el 100% y la Lic. en Nutrición represento 98.8%.

El consumidor experimenta la intoxicación y otros efectos parecidos a los producidos por el alcohol. Estos efectos incluyen balbuceo, inhabilidad para coordinar movimientos, euforia y mareo, además, los consumidores pueden padecer de aturdimiento, alucinaciones y delirios.³⁶

Ya que la intoxicación solamente dura apenas unos minutos, los abusadores a menudo tratan de prolongar la euforia inhalando repetidamente a lo largo de varias horas. Después del uso intenso de inhalantes, el consumidor puede sentirse somnoliento durante varias horas y sufrir dolor de cabeza persistente.³⁶

Casi todos los inhalantes de abuso producen un efecto placentero al deprimir el sistema nervioso central y que pueden estar implicados en los efectos

anestésicos, intoxicantes y de refuerzo, entre ellos se encuentran las gasolinas, combustibles.^{35, 36}

Estos son utilizados como solventes, su inhalación puede producir irritación de las membranas mucosas e incluso la muerte por exceso de inhalación, aun no se conoce con precisión las concentraciones necesarias para causarla.³⁵

Los que consumen este tipo de inhalantes refieren sensaciones placenteras asociadas al consumo, intranquilidad y deseo de nuevo consumo.

Los estudiantes de la Lic. en Nutrición refirieron consumir gasolinas, combustibles de 1 – 5 veces 1.2%, la Lic en Enfermería no refirió consumo alguno en ningún caso.

La propagación indiscriminada de drogas lícitas como ilícitas, unida al desconocimiento respecto de los peligros potenciales y la ausencia de un sistema idóneo de vigilancia desencadena el abuso de abuso y adicción.

Existe una gran cantidad de energía, inquietud por conocer y explorar nuevas cosas; rebeldía contra la autoridad, invención de nuevos medios de expresión, y la intención de descubrir su propia identidad los lleva a experimentar con todo tipo de drogas.³⁴

Los estimulantes anfetamínicos también son consumidos en menor proporción por los estudiantes de la Facultad de Enfermería de la UASLP.

En la Lic. en Enfermería quienes refirieron consumir de 1 – 5 veces represento 0.4%, los que refirieron consumir de 51 – 100 veces en la Lic en Nutrición correspondió al 0.6%.

Las anfetaminas conocidas como speed o anfeta, es utilizada para pasar largas horas sin dormir. Sus efectos van desde euforia, vista borrosa y energía no habitual a sudoración, vómitos y ataques de ansiedad. Los consumidores pueden pasar varios días sin dormir, con el consecuente cansancio psíquico

que lleva a crisis de paranoia y ansiedad, fatiga, sueños vividos y desagradables, irritabilidad, y una sensación muy persistente de conseguir la droga, esto último, puede llevarlos a consumir otro tipo de sustancias, como los Anorexígenos, corriendo el riesgo de volverse dependientes de ellas.^{35,36}

En la Lic. en Nutrición los que refirieron consumir de 1 – 5 veces corresponde al 1.2%, los que refirieron consumir de 51 – 100 veces corresponde al 0.6%, en la Lic. en Enfermería refirieron no consumir en ninguno de los casos.

Los Anorexígenos son clasificados como drogas psicotrópicas que actúan sobre el sistema nervioso central causando dependencia, tiene como efectos secundarios la agitación, cefalea, dolor abdominal, depresión después de su uso.

En la mayoría de los casos se consumen en combinación, aprovechando sus diferentes efectos, de forma que unos enmascaran a los menos tolerables.

La estructura química de las metanfetaminas son similares a los de la anfetamina, pero sus efectos al sistema nervioso son mucho más marcados, sus efectos pueden durar de 6 a 8 horas. Después de la “sensación eufórica” inicial, hay un estado de alta agitación en algunos individuos que los puede conducir a que se comporten violentamente.

Quienes consumieron metanfetaminas de 1 – 5 veces en la Lic. en Nutrición corresponde al 1.9%, en la Lic. en Enfermería 0.4%, en las siguientes frecuencias de consumo no se presentó caso alguno 0%.

Cada droga provoca tonos afectivos específicos y ofrecen un alivio farmacológico rápido frente a emociones disfóricas extremadamente intensas. La socialización temprana influye en la tendencia a utilizar otro tipo de sustancias, como ocurre con las drogas de diseño (éxtasis).

Los estudiantes que refirieron consumir drogas de diseño (extásis) en la Lic. en Nutrición de 1 – 5 veces corresponde al 1.9%, la Lic. en Enfermería mostro un porcentaje de consumo mínimo de 1 – 5 veces 0.4%, en las demás frecuencias de consumo no se presento ningún tipo de consumo 0%.

En cuanto a las drogas alucinógenas y disociativas la Lic. en Enfermería mostro un porcentaje alto de quienes consumen de 1 – 5 veces 0.7%, en quienes consumieron de 6 – 20 veces 0.4%, en la Lic. en Nutrición quienes consumieron de 1 – 5 veces 1.9%. Quienes refirieron no consumir en la Lic. en Enfermería corresponde al 99.9% y en la Lic. en Nutrición 98.1%.

La Feniciclidina (PCP) es otra de las drogas que mostro menor consumo entre los estudiantes de ambas licenciaturas, en la Lic. en Enfermería mostro que quien consume este tipo de drogas de 1- 5 veces figuro el 0.2%, mientras que en la Lic. en Nutrición no se obtuvo ninguna frecuencia de consumo.

Consumir ketamina tiene muchos riesgos dado que causa trastornos psicológicos, por lo tanto, en aquel adicto que pasa por una depresión o sufre de algún trastorno mental, es perjudicial su consumo.

En las Lic. de Enfermería y Lic. en Nutrición la frecuencia de consumo figuro en 0%.

Tabla 30

Frecuencia de consumo de drogas ilícitas de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición. Facultad de Enfermería de la UASLP. Período octubre-noviembre 2009 n= 581

Drogas lícitas	Frecuencia en que se consumen drogas ilícitas																			
		Enf.			Total	Nut.			Total	1= 1-5 veces		2= 6-20 veces		3= 21-50 veces		4= 51-100 veces		5= > 100 veces		Total
		Sí	No			Sí	No			Enf	Nut	Enf	Nut	Enf	Nut	Enf	Nut	Enf	Nut	
Marihuana	fr	23	397	420	13	148	161	21	11	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	581
	%	5.4	94.6	100	8	92	100	5	6.8	0.4	1.2	0	0	0	0	0	0	0	0	100
Hachís	fr	6	414	420	4	157	161	5	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	581
	%	1.5	98.5	100	2.5	97.5	100	1.2	2.5	0.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
Cocaína	fr	9	411	420	2	159	161	8	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	581
	%	2.1	97.9	100	1.2	98.8	100	1.9	1.2	0.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
Solven.remov. peg.	fr	1	419	420	2	159	161	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	581
	%	0.2	99.8	100	1.2	98.8	100	0.2	1.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
Esmaltes/pinturas	fr	0	420	420	2	159	161	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	581
	%	0	100	100	1.2	98.8	100	0	1.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
Gasolinas /combustibles	fr	0	420	420	2	159	161	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	581
	%	0	100	100	1.2	98.8	100	0	1.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
Estimulantes: anfeta	fr	2	418	420	1	160	161	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	581
	%	0.4	99.6	100	0.6	99.4	100	0.4	0	0	0	0	0	0	0	0.6	0	0	0	100
Anorexígenos	fr	0	420	420	3	158	161	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	581
	%	0	100	100	1.9	98.1	100	0	1.2	0	0	0	0	0	0	0.6	0	0	0	100
Metanfetaminas	fr	2	418	420	3	158	161	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	581
	%	0.4	99.6	100	1.9	98.1	100	0.4	1.9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
D. de diseño (éxtasis)	fr	2	418	420	3	158	161	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	581
	%	0.4	99.6	100	1.9	98.1	100	0.4	1.9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
D.alucinóg. y disociativas	fr	5	415	420	1	160	161	3	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	581
	%	1.1	99.9	100	1.9	98.1	100	0.7	1.9	0.4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
Feniciclidina (PCP)	fr	1	419	420	0	161	161	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	581
	%	0.2	99.8	100	0	100	100	0.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
Ketamina	fr	0	420	420	0	161	161	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	581
	%	0	100	100	0	100	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100

Fuente: Directa. Cuestionario "Sustancias utilizadas alguna vez en la vida y durante los últimos doce meses"

El consumo ilimitado de drogas lícitas e ilícitas afectan diferentes partes del sistema nervioso central y el cerebro, sus efectos varían mucho de cada consumidor, en parte porque el sistema nervioso central los procesa de formas muy diferentes y, otra, las vías de administración de las drogas que son las rutas de entrada de la sustancia al organismo, la cual influye la rapidez, eficacia y duración del efecto.²

Las formas de administración tienen gran importancia porque condiciona la velocidad con que la droga llega al cerebro, y por tanto, produce su efecto. Además, influyen en el riesgo de dependencia y tienen un papel determinante en la aparición de cuadros de intoxicación.¹⁹

Las vías más frecuentes de administración son la oral, fumada, inhalada e inyectada. Es importante conocer la vía utilizada para entender la rapidez con la que se instauran los efectos físicos y psicológicos.²

La vía oral es utilizada para líquidos como el alcohol, infusiones como hojas de coca o cannabis, así como para sólidos como los comprimidos o los hongos. Los efectos psicológicos tardan en aparecer ya que la sustancia ha de pasar, antes de llegar al sistema nervioso central, por la barrera intestinal y el filtro hepático.²

La vía fumada o inhalada es utilizada para el tabaco, cannabis y en ocasiones la heroína y cocaína. Los efectos psicológicos se producen con más rapidez, ya que la droga pasa rápidamente al territorio arterial.²

La vía esnifada utiliza la mucosa nasal para la absorción de la sustancia. Suele utilizarse preferentemente para la cocaína.

Aunque la vía inyectada puede ser subcutánea, intramuscular o intravenosa, la más frecuente es la intravenosa, particularmente en los casos de administración de heroína o cocaína.²

En la tabla 31 se muestra que la forma de administración del alcohol es la más frecuentemente utilizada por los consumidores (ingerida), en la Lic. en Enfermería refirieron ingerirla 73.5%, en la Lic. en Nutrición 82.6%

La gama de drogas a las que un adolescente tiene que hacer frente es amplia, aunque esto les acarrea dificultades graves. Se vuelven cada vez más inmunes a sus efectos. El consumo se realiza como estímulo para llevar a cabo tareas difíciles o con objeto de huir de una realidad no gratificante. No obstante, existe un importante consenso para señalar que los adolescentes buscan nuevas sensaciones placenteras con drogas que se encuentran atribuidas a costumbres socialmente aceptadas, como es, el consumo de tabaco.¹⁸

A pesar de que existen varias formas de consumir el tabaco (mascado, inhalado nasalmente o a través de la boca), la forma más habitual y común de usarlo en la actualidad es fumado en forma de cigarrillo.¹⁸

Los estudiantes de la Lic. en Enfermería refirieron consumir el tabaco en forma fumada o inhalada 23.8%, en la Lic. en Nutrición refirieron haberlo consumido inhalado 37.3% y en forma ingerida (masticada) 0.6%.

Tabla 31

Formas de administración de drogas lícitas de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición. Facultad de Enfermería de la UASLP. Período octubre-noviembre 2009.

n= 581

Drogas lícitas				Formas de administración													
			Enfría	Nutrición	1= Fumada o inhalada		2=Aspirada: mucosa nasal		3= Inyectada		4= Ingerida		5= Tópica (cutánea)		6= Aplicada en otras mucosas		Total
			Total	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	
Alcohol	Si	fr	309	133	0	0	0	0	0	0	309	133	0	0	0	0	442
		%	73.5	82.6	0	0	0	0	0	0	73.5	82.6	0	0	0	0	76
	No	fr	111	28	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	139
		%	26.5	17.4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	24
Total	fr	420	161	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	581	
	%	100	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100	
Tabaco	Si	fr	100	61	100	60	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	161
		%	23.8	37.9	23.8	37.3	0	0	0	0	0	0.6	0	0	0	0	28
	No	fr	320	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	420
		%	76.2	62.1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	72
Total	fr	420	161	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	581	
	%	100	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100	

Fuente: Directa. Cuestionario “Sustancias utilizadas alguna vez en la vida y durante los últimos doce meses”

Las drogas pueden consumirse por diferentes vías, sea por una u otra la vía elegida, el destino final de la sustancia siempre es el cerebro del consumidor, al que llega a través de la sangre. Cada sustancia produce alteraciones específicas.

Entre las drogas que cuentan con una amplia trayectoria de investigación epidemiológica, se encuentra el consumo de marihuana que al igual que el tabaco induce sentimientos de placer, recompensa o gratificación que a lo largo del tiempo producen necesidad de más droga (tolerancia).¹⁸

La marihuana generalmente se fuma (inhala) en forma de cigarrillo (“porro”, “canuto”, “churro”) o en una pipa. También, la marihuana se puede mezclar con comida o ingerirla como infusión.

En la tabla 32 los estudiantes de la Lic. en Enfermería que refirieron haber consumido marihuana en forma fumada o inhalada corresponde al 4.3%, en la Lic. en Nutrición los que refirieron haberla consumido de igual manera represento el 6.1%. La Lic. en Enfermería refirió su consumo en forma ingerida 1.2%, en la Lic. en Nutrición 1.9%.

Fumar o ingerir marihuana puede en muchos casos abrir la puerta al consumo de sustancias fuertes con mayor potencial adictivo, no todos los consumidores de marihuana pasan a consumir otras sustancias pero la mayoría de los consumidores de sustancias sumamente adictivas comenzaron combinándola con otras.¹⁰

Los resultados de este estudio son concordantes con diversos estudios como los realizados por la Encuesta Nacional de Adicciones (2008) que informa que el mayor número de consumidores de drogas legales e ilegales, usan habitualmente alcohol y tabaco y que experimentaron posteriormente con marihuana, por consiguiente los consumidores de marihuana usaron otra sustancia ilegalmente.

El consumo de hachís en los estudiantes de la Lic. en Enfermería se refirió en forma fumada o inhalada con 1.1% y en forma ingerida 0.4%, en la Lic. en Nutrición refirió haberla consumido en forma ingerida 1.9% .

Tener una nueva experiencia, curiosidad por las sensaciones que produce, propicia que el consumidor experimente por otras vías de administración. En la Lic. en Nutrición quien refirió administrarse el hachís en otras mucosas figuro el 0.6%.

La marihuana y la cocaína son las principales drogas ilícitas de inicio, los adolescentes buscan los efectos de la droga y adquieren su propio suministro, las principales formas de administración de cocaína son la aspiración o inhalación. La inyección y el fumar (mezclado con tabaco). La inhalación es un proceso que consiste en aspirar polvo de cocaína a través de las ventanillas de la nariz, donde se absorbe a la corriente sanguínea por medio de los tejidos nasales. El fumar entraña inhalación del vapor o humo de cocaína a los pulmones, donde la absorción a la corriente sanguínea es tan rápida como por inyección.^{35, 36}

Las principales vías de administración que los estudiantes de la Lic. en Enfermería manejaron al haberla consumido fue de forma inhalada en un 1.7%, de forma aspirada en mucosa nasal 0.4%, en la Lic. en Nutrición refirió su consumo en forma inhalada 0.6% y en forma aspirada en mucosa nasal 0.6%.

Su alto margen de consumo y su popularidad se explica debido al consumo ilícito como droga “recreacional” que ha venido en un vertiginoso aumento entre adolescentes y adultos.

Cuando los adictos dejan de usar cocaína, a menudo se deprimen. Esto también los puede llevar a un mayor consumo de otras sustancias para aliviar la depresión.⁸

Tabla 32

Formas de administración de drogas ilícitas de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición. Facultad de Enfermería de la UASLP. Período octubre-noviembre 2009.

n= 581

Drogas ilícitas			Formas de administración															
			Enfría	Nutrición	1= Fumada o inhalada		2=Aspirada: mucosa nasal		3= Inyectada		4= Ingerida		5= Tópica (cutánea)		6= Aplicada en otras mucosas		Total	
			Total		Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Total	
Marihuana	Si	fr	23	13	18	10	5	3	0	0	0	0	0	0	0	0	36	
		%	5.5	8	4.3	6.2	0	1.9	0	0	0	0	0	0	0	0	6.1	
	No	fr	397	148	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	545
		%	94.5	92	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	93.9
Total		fr	420	161	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	581	
		%	100	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100	
Hachís	Si	fr	6	4	4	0	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	10
		%	1.5	2.5	1	0	0.4	1.9	0	0	0	0	0	0	0	0	0.6	1.7
	No	fr	414	157	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	571
		%	98.5	97.5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	98.3
Total		fr	420	161	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	581	
		%	100	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100	
Cocaína	Si	fr	9	2	7	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11
		%	2.1	1.2	1.6	0.6	0.4	0.6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1.8
	No	fr	411	159	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	570
		%	97.9	98.8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	98.2
Total		fr	420	161	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	581	
		%	100	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100	

Fuente: Directa. Cuestionario "Sustancias utilizadas alguna vez en la vida y durante los últimos doce meses"

Los solventes, removedores, pegamentos son otras de las drogas que los estudiantes de la Lic. en Enfermería y la Lic. en Nutrición consumieron.

En la tabla 33 muestra que la forma de administración de estas sustancias rara vez o nunca son usadas por otra vía que no sea la inhalación. Abarcando una amplia variedad de químicos encontrados en cientos de productos diferentes y que pueden tener diversos efectos farmacológicos.

Los estudiantes de la Lic. En Nutrición presentaron un alto consumo de estas sustancias con 1.2% en forma inhalada, mientras que en la Lic. en Enfermería mostro un consumo de 0.2% en igual forma de administración inhalada.

En lo que respecta a esmaltes y pinturas los estudiantes de la Lic. en Nutrición refirieron haberlos consumido en forma inhalada 1.2%, mientras que en la Lic. en Enfermería no se reporto consumo alguno.

Los estudiantes de la Lic. en Nutrición usaron las gasolinas, combustibles para drogarse en la forma que habitualmente son consumidas estas drogas, refirieron consumirlas en forma inhalada 1.2%, mientras que en la Lic. en Enfermería no se reporto consumo alguno.

Tabla 33

Formas de administración de drogas ilícitas de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición. Facultad de Enfermería de la UASLP. Período octubre-noviembre 2009.

n= 581

Drogas ilícitas			Formas de administración															
			Enfría	Nutrición	1= Fumada o inhalada		2=Aspirada: mucosa nasal		3= Inyectada		4= Ingerida		5= Tópica (cutánea)		6= Aplicada en otras mucosas		Total	
					Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.		
			Total		Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Total	
Solventes/removedores/pegamentos	Si	fr	1	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	
		%	0.2	1.2	0.2	1.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.5
	No	fr	419	159	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	578
		%	99.8	98.8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	99.5
Total		fr	420	161	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	581
		%	100	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
Esmaltes/pinturas	Si	fr	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
		%	0	1.2	0	1.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.3
	No	fr	420	159	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	579
		%	100	98.8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	99.7
Total		fr	420	161	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	581
		%	100	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
Gasolinas/combustibles	Si	fr	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
		%	0	1.2	0	1.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.3
	No	fr	420	159	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	579
		%	100	98.8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	99.7
Total		fr	420	161	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	581
		%	100	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100

Fuente: Directa. Cuestionario "Sustancias utilizadas alguna vez en la vida y durante los últimos doce meses"

Casi todos los inhalables llevan a la dependencia y las anfetaminas comparten este riesgo. Se presentan en forma de polvo (speed), y se consume por inhalación, también puede presentarse en forma de comprimido. Aunque pueden presentarse de otro modo, su consumo habitual se produce en forma de pastillas o comprimidos.⁸

En la tabla 34 los estudiantes que refirieron consumir en forma ingerida estimulantes como anfetaminas y derivados anfetamínicos lo refirieron con un alto porcentaje la Lic. en Nutrición con 0.6%, en la Lic. de Enfermería refirió haberlos consumido en forma ingerida un 0.4%.

Los Anorexígenos se usan para bajar de peso y tienen efecto estimulante. Su vía de administración es oral. Los estudiantes de la Facultad de Enfermería de la UASLP refirieron su consumo en la forma habitual (ingerida), quien refirió su consumo se localizo en la Lic. en Nutrición con 1.2%, la Lic. en Enfermería no se reporto consumo alguno 0%.

Las drogas tienen distinta capacidad para producir sensaciones placenteras inmediatas en el consumidor. Las que tienen mayor probabilidad de administrarse de manera repetida, es decir, de “enganchar” al consumidor, son aquellas que producen sensaciones gratificantes más agudas, aquellas que producen un refuerzo positivo.⁶

Otro evento que, también, aumenta la acción de autoadministración de una droga es el descenso brusco de sus niveles en sangre, lo cual sucede cuando ésta se elimina muy rápidamente y, además, no existen metabolitos activos de la sustancia. En definitiva la disminución de la concentración de la droga en un lapso de tiempo muy corto provoca una situación de malestar psicoorgánico y reacción de ansiedad, elementos del refuerzo negativo.⁶

Las metanfetaminas son estimulantes altamente adictivos y afecta dramáticamente al sistema nervioso central, existe en formas diferentes y se

puede fumar, inhalar, ingerir o inyectar. La droga altera el estado de ánimo en forma diferente dependiendo de cómo se tome.

Cuando se fuma, el consumidor siente una intensa sensación de euforia que dura solo unos minutos y que describen como placentera. Cuando se inhala o se ingiere vía oral produce sensación de euforia pero menos intensa.⁶

La tolerancia de las metanfetaminas ocurre en pocos minutos (o sea que los efectos placenteros desaparecen antes que la concentración de la droga en la sangre baje significativamente. Los consumidores de estas drogas en la Lic. en Nutrición refirieron haberla consumido en forma ingerida 1.9%, en la Lic. en Enfermería su forma de administración también se reporto en forma ingerida 0.4%.

Por su potencial adictivo las metanfetaminas tienen una relación con las drogas de diseño (éxtasis).

Tabla 34

Formas de administración de drogas ilícitas de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición. Facultad de Enfermería de la UASLP. Período octubre-noviembre 2009

n= 581

Drogas Ilícitas				Formas de administración													
			Enfría	Nutrición	1= Fumada o inhalada		2=Aspirada: mucosa nasal		3= Inyectada		4= Ingerida		5= Tópica (cutánea)		6= Aplicada en otras mucosas		
			Total		Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Total
Estimulantes como anfetaminas y derivados anfetamínicos	Si	fr	2	1	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	3
		%	0.4	0.6	0	0	0	0	0	0	0.4	0.6	0	0	0	0	0.5
	No	fr	418	160	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	578
		%	99.5	99.4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	99.5
Total		fr	420	161	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	581
		%	100	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
Anorexígenos	Si	fr	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0.2
		%	0	1.2	0	0	0	0	0	0	0	1.2	0	0	0	0	0.3
	No	fr	420	159	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	579
		%	100	98.8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	99.7
Total		fr	420	161	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	581
		%	100	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
Metanfetaminas	Si	fr	2	3	0	0	0	0	0	0	2	3	0	0	0	0	5
		%	0.4	1.9	0	0	0	0	0	0	0.4	1.9	0	0	0	0	0.8
	No	fr	418	158	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	576
		%	99.5	98.1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	99.2
Total		fr	420	161	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	581
		%	100	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100

Fuente: Directa. Cuestionario "Sustancias utilizadas alguna vez en la vida y durante los últimos doce meses"

El modo más común de ingerir el éxtasis es de forma oral. Cuando se presenta en forma de píldoras, su absorción es más rápida y completa si ésta se coloca debajo de la lengua, en el caso de las cápsulas, regularmente se disuelven en jugos o aguas de frutas. Un modo alternativo de tomarlo es a través de la aspiración, en cuyo caso produce un efecto más inmediato aunque su duración se reduce.⁶

En la tabla 35 se muestra el consumo de esta droga, en la Lic. en Nutrición lo refirieron en forma ingerida con 1.9%, en la Lic. en Enfermería 0.4%.

La utilización de nuevas drogas no se trata de un fenómeno reciente pero se ha convertido en una conducta frecuente del adolescente. Entre ellas se encuentran las drogas alucinógenas y disociativas. Estas se presentan en forma de comprimidos y con menos frecuencia en forma de solución.

A diferencia de la mayoría de las drogas, los efectos de los alucinógenos son altamente variables y se caracterizan por no ser confiables ya que producen diversos efectos en diferentes personas o en la misma persona en diferentes ocasiones. Eso se debe principalmente a variaciones en la cantidad y en la composición de los principios activos.

LSD: se vende en tabletas, cápsulas y ocasionalmente en forma líquida; por lo que generalmente se toma vía oral.

Peyote: generalmente se mastican o se remojan en agua para producir un líquido intoxicante. Debido a que el extracto es tan amargo, algunas personas prefieren preparar una cocción haciendo hervir el cactus por varias horas.

Psilocibina: típicamente se consumen vía oral. En la Lic. en Enfermería refirieron haberla consumido en forma ingerida 1.2%, en la Lic. en Nutrición también en forma ingerida 0.6%.

El PCP es otro tipo de alucinógeno que se consume en forma de tabletas, cápsulas y polvos de colores. Normalmente se inhala, fuma o ingiere. En la Lic. en Enfermería refirieron consumirla en forma inhalada 0.2%, mientras que en la Lic. en Nutrición no se reporto ningún caso.

La ketamina es un potencial alucinógeno. Su vía de administración médica en forma intravenosa, intramuscular, subcutánea y en algún caso oral, pero en forma ilegal esta se inyecta y se inhala, y para ello el líquido se evapora a baño maría. Por lo general se aspira, pero a veces se esparce sobre el tabaco o la marihuana y se fuma.

La Ketamina no reporto ningún caso (0%) de forma de administración.

Tabla 35

Formas de administración de drogas ilícitas de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición. Facultad de Enfermería de la UASLP. Período octubre-noviembre 2009.

n= 581

Drogas Ilícitas			Formas de administración															
			Enfría	Nutrición	1= Fumada o inhalada		2=Aspirada: mucosa nasal		3= Inyectada		4= Ingerida		5= Tópica (cutánea)		6= Aplicada en otras mucosas		Total	
			Total		Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.		Total
Drogas de diseño (éxtasis)	Si	fr	2	3	0	0	0	0	0	0	0	2	3	0	0	0	5	
		%	0.4	1.9	0	0	0	0	0	0	0	0.4	1.9	0	0	0	0.8	
	No	fr	418	158	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	576
		%	99.5	98.1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	99.2
Total	Fr	420	161	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	581	
	%	100	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100	
Drogas alucinógenas y disociativas	Si	fr	5	1	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	
		%	1.2	0.6	1.2	0.6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
	No	fr	415	160	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	575
		%	98.8	99.4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	99
Total	fr	420	161	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	581	
	%	100	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100	
Feniclidina (PCP)	Si	fr	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	
		%	0.2	0	0	0	0	0	0.2	0	0	0	0	0	0	0	0.1	
	No	fr	419	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	580
		%	99.8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	99.9
Total	fr	420	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	581	
	%	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100	

Fuente: Directa. Cuestionario “Sustancias utilizadas alguna vez en la vida y durante los últimos doce meses”

En la tabla 36 muestra que los estudiantes de la Lic.enEnfermería refirieron abstenerse de consumir alcohol sin interrupción o menos de 1 mes 73.5% y en la Lic. en Nutrición 82% El síndrome de abstinencia es el conjunto de síntomas que se producen, cuando se suprime bruscamente el consumo de una droga. Puede hablarse de síndromes de abstinencia específicos o inespecíficos. Los primeros son aquellos que definen típicamente la droga de la que se depende, los segundos no permiten discriminar la droga de la que se ha estado abusando.² Los estudiantes de la Lic. en Enfermería consumieron también tabaco sin interrupción o menos de un mes 23.8% y en la Lic. en Nutrición 37.9%

La aparición de dependencia a una droga, en una persona determinada, está en función de la acción conjugada de varios factores: 1. Factores biológicos, que pueden estar determinados genéticamente y que determinan la vulnerabilidad a la dependencia a las drogas. 2. Variables psicológicas que influyen en las expectativas de los efectos de las drogas o modulen los efectos de las mismas. 3. La naturaleza de su núcleo, sociocultural general y del más inmediato. 4. Las características farmacodinámicas de la droga en cuestión, teniendo en cuenta: a) La sustancia empleada. b) La cantidad utilizada. c) La frecuencia del uso. d) La vía de administración. e) La finalidad.²

La dependencia psíquica representa una situación en la que hay un sentimiento de satisfacción cuando se toma una droga, o un impulso psíquico que requiere su administración periódica o continua, para reproducir la sensación de placer y evitar las sensaciones de malestar que se presentan en caso de ausencia de la droga.² En la dependencia física hay un estado de adaptación que se pone de manifiesto al producirse intensas alteraciones corporales (sd. de abstinencia) cuando se suspende al administración de una droga.²

Tabla 36

Abstinencia de drogas lícitas según género de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición. Facultad de Enfermería de la UASLP. Período octubre-noviembre 2009.

n= 581

Drogas lícitas			Abstinencia												
			Enfía	Nutrición	1= Sin interrupc. o < de 1 mes		2= De 1 a 3 meses		3= > 3 hasta 6 meses		4= > 6 hasta 9 meses		5= > 9 meses		Total
			Total		Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	
Alcohol	Si	fr	309	133	309	133	0	0	0	0	0	0	0	0	442
		%	73.5	82	73.5	82	0	0	0	0	0	0	0	0	76
	No	fr	111	28											139
		%	26.5	17.4											24
Total		fr	420	161											
		%	100	100											
Tabaco	Si	fr	100	61	100	61	0	0	0	0	0	0	0	0	161
		%	23.8	37.9	23.8	37.9	0	0	0	0	0	0	0	0	27.8
	No	fr	320	100											420
		%	76.2	62.1											72.2
Total		fr	420	161											
		%	100	100											

Fuente: Directa. Cuestionario “Sustancias utilizadas alguna vez en la vida y durante los últimos doce meses”

El uso frecuente de drogas como tabaco y alcohol, exigen cantidades cada vez mayores para lograr el mismo efecto; a esto se le conoce como tolerancia, y ocurre porque las sustancias adictivas sustituyen gradualmente la creación de neurotransmisores que desencadenan sensaciones de bienestar. En consecuencia los consumidores pierden la capacidad de experimentar gozo y tranquilidad de manera natural, y crea una dependencia o consumo compulsivo para no sufrir los malestares del síndrome de abstinencia.²¹

La tolerancia se define como la necesidad de aumentar de forma notable las dosis, para conseguir los efectos deseados o notable disminución de los efectos al utilizar las mismas dosis de forma regular, o también, la habituación física a una cantidad determinada de droga, de forma que se necesita aumentar continua y gradualmente la dosis, para conseguir los mismos efectos (tolerancia directa). La rapidez de aparición de la tolerancia varía según las drogas, el individuo y las dosis administradas. Se entiende la tolerancia cruzada como el fenómeno por el que el consumo de una droga, origina la aparición de tolerancia, no sólo a esa droga, sino a otras del mismo o de diferente grupo farmacológico.

Tolerancia inversa: estado en el que se producen los mismos efectos en el organismo con dosis menores.

En la tabla 37 se muestra que los estudiantes de las licenciaturas de Enfermería y Nutrición se encuentran en una tolerancia cruzada al consumir otro tipo de drogas que son de diferentes grupos farmacológicos, el síndrome de abstinencia sin interrupción o menos de un mes para la marihuana correspondió a la Lic. en Enfermería con un 1.1%, para la Lic. en Nutrición la abstinencia sin interrupción o menos de un mes la refirieron 3.1%.

Quienes se abstuvieron de 1 a 3 meses en la Lic. en Enfermería refirieron 2.3%, en la Lic. en Nutrición 3.1%

Dentro de los que se mantuvieron en abstinencia 3 hasta 6 meses, en la Lic. en Enfermería 1.2%, en la Lic. en Nutrición no se presentó algún caso 0%.

Cabe señalar que hubo quienes en la Lic. en Nutrición se abstuvieron de consumir esta droga más de 6 y hasta 9 meses 0.6%.

También en ambas licenciaturas (Enfermería y Nutrición) se abstuvieron hasta más de 9 meses en Lic. en Enfermería refirieron 0.9%, en la Lic. en Nutrición 1.2%.

Cabe destacar que el abuso de sustancias no siempre crea dependencia física, sino psicológica, la cual se basa en el deseo continuo de consumir un químico para hacer frente a situaciones que generan malestar. Aunque también es difícil de superar, tiene la peculiaridad de que cuando se deja de consumir la droga no se manifiestan cambios en el organismo, es decir, no hay síndrome de abstinencia, sólo alteraciones emocionales y de conducta.³⁷

Estas alteraciones de conducta lleva a los adolescentes a que se involucren con el alcohol y las drogas a través de patrones de progresión. Desde la abstinencia inicial, el adolescente progresa al consumo de cerveza, cigarrillos, vino, licor y, con frecuencia, más tarde al de cannabis y después a otras sustancias psicotrópicas.

Los estudiantes de la Lic. en Enfermería también refirieron consumir hachís absteniéndose sin interrupción o menor de un mes 0.2%, en la Lic. en Nutrición 0%.

La abstinencia de 1 a 3 meses en la Lic. en Enfermería lo refirió en un 0.9%, la Lic. en Nutrición 1.2%.

Quien refirió haberse abstenido más de 3 y hasta 6 meses en la Lic. en Enfermería 0.4%, la Lic. en Nutrición no reportó ningún caso 0%.

Se abstuvieron más de 6 y hasta 9 meses en la Lic. en Nutrición 1.2%, en la Lic. en Enfermería no se reporto algún caso 0%. En más de 9 meses en las dos licenciaturas (Enfermería y Nutrición) no se reporto caso alguno 0%.

El uso continuo de sustancias que actúan sobre el sistema nervioso es culpable de dependencia física, ya que el cuerpo se adapta a ellas y el cerebro experimenta un cambio en su estructura y desempeño, de manera que sólo puede funcionar normalmente ante la presencia de dichos químicos, sin olvidar que cada vez requiere mayores dosis para obtener efectos placenteros.³⁷

La cocaína es otro estimulante del sistema nervioso, sólo que más potente. Por lo tanto, es muy difícil que el consumidor pueda predecir o controlar a que extremo continuará deseándola o usándola. Por lo que los síntomas de abstinencia aparecen en el cerebro una vez que afecta a los neurotransmisores, que controlan el flujo de información entre las neuronas que activan los comportamientos y sensaciones en las personas.^{35, 37}

Quienes refirieron abstenerse de consumir cocaína en la Lic. en Enfermería sin interrupción o menor de 1 mes 0.9%, en la Lic. en Nutrición 0%.

En la Lic. en Nutrición refirieron haber consumido y abstenerse de 1 a 3 meses 0.6%, en la Lic. en Enfermería no reporto caso alguno en abstinencia de 1 a 3 meses 0%.

Más de 3 y hasta 6 meses la Lic. en Enfermería refirió abstenerse 0.2%, en la Lic. en Nutrición lo refirieron 0.6%.

Más de 6 y hasta 9 meses la refirieron en la Lic. en Enfermería 0.4%, en la Lic. en Nutrición 0%.

Más de 9 meses en la Lic. en Enfermería lo refirió 0.3%, la Lic. en Nutrición no se reporto caso alguno 0%.

Los efectos secundarios de la cocaína es aquello que le sucede a un consumidor habitual, a quien la utiliza o la ha utilizado de forma frecuente y excesiva (abuso).

Otro término muy utilizado es el de abuso. Con él se indica que: a) una droga está siendo utilizada por alguna (s) persona (s); b) este uso es enjuiciado por algún grupo como incorrecto (legal o inmoral) y/o peligroso para el consumidor o para la sociedad; c) El consumo de la droga sobrepasa los límites aceptados como normales por el medio cultural; d) El consumo de las drogas se hace fuera de las normas que la sociedad impone; e) Las consecuencias tóxicas del consumo de la droga, trastornan gravemente la salud y modifican desfavorablemente las relaciones sociales en sus distintos campos.²

El abuso en el consumo de psicotrópicos define por lo general un patrón de consumo desadaptativo diferente al que se produce y se caracteriza esencialmente por el uso continuo de una sustancia, a pesar de que el sujeto esta consiente de tener un problema causado precisamente por su uso, y de que puede poner en peligro su integridad psicofísica.³⁵

Los inhalantes aunque no es muy frecuente, el uso repetido puede llevar a la adicción. El uso a largo plazo puede conducir a la búsqueda compulsiva de drogas y uso, y los síntomas leves de abstinencia.

Los solventes, removedores, pegamentos, fueron consumidos por los estudiantes de la Lic. en Enfermería sin interrupción o menor de 1 mes 0.2%, en la Lic. en Nutrición 0.6%.

De 1 a 3 meses la Lic. en Nutrición refirió abstenerse 0.6%, en la Lic. en Enfermería no refirieron caso alguno 0%.

Más de 3 y hasta 6 meses, más de 6 y hasta 9 meses, más de 9 meses en las dos licenciaturas (Enfermería y Nutrición) no se reportaron casos 0%.

Los inhalantes como esmaltes, pinturas tienden a producir grados de dependencia. La dependencia psicológica se caracteriza por una urgente necesidad de inhalar, y de ansiedad cuando no se encuentra a mano la sustancia. La mayoría afirma que puede dejar de inhalar cuando lo desee, sin embargo, confiesan que en sus diversos intentos para abandonar el hábito han fracasado repetidamente. Cuando los consumidores se abstienen de inhalar aparecen, en algunos de ellos, ansiedad, dolor de cabeza (cruda, resaca). Algunos guardan inhalante para hacer uso de él en la mañana inmediatamente al despertar.^{35, 37}

Los esmaltes, pinturas fueron consumidos por los estudiantes de la Lic. en Nutrición refirieron abstenerse sin interrupción o menor de un mes 0.6%, en la Lic. en Enfermería no refirieron su abstinencia 0%.

De 1 a 3 meses la Lic. en Nutrición refirió abstenerse 0.6%, la Lic. en Enfermería no refirió abstinencia 0%.

En lo que respecta de más de 3 hasta 6 meses, 6 hasta 9 meses, más de 9 meses no se reporto abstinencia alguna en las dos licenciaturas (Enfermería y Nutrición).

Fuera de estos síntomas el síndrome de abstinencia físico no es apreciable. La tolerancia a los inhalantes es un fenómeno importante.

Los estudiantes de la Lic. en Nutrición refirieron abstenerse de consumir estos inhalantes sin interrupción o menos de 1 mes 0.6% y de 1 a 3 meses 0.6%. La Lic. en Enfermería no refirió consumo alguno en ninguno de sus niveles 0%.

El uso continuado de gasolinas, combustibles provoca dependencia psíquica, creando una situación de necesidad de ingesta similar a otras drogas. A consecuencia de la rápida distribución por los pulmones, el inicio de la intoxicación es de inmediato. Se considera que la embriaguez por inhalantes es

de mayor gravedad que la alcohólica, a pesar que los efectos de la intoxicación no es muy prolongada.

El organismo siempre intenta mantener un equilibrio homeostático en todos sus sistemas, incluido el sistema de recompensas cerebrales. Por tanto, la administración de la droga de abuso y la aparición de sus efectos reforzantes desequilibra la homeostasis, lo que origina el desarrollo de la respuesta desadaptativa que se opone al efecto inicial de la droga.³⁸

Debido a esta reacción adaptativa, los circuitos cerebrales implicados en el refuerzo, no vuelven al nivel fisiológico que mantenían antes de la exposición de la droga, produciéndose por tanto, ciertos cambios que podrían estar relacionados con el deseo de consumo de drogas y con la conducta de la búsqueda de la droga.³⁸

Tabla 37

Abstinencia de drogas ilícitas según género de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición. Facultad de Enfermería de la UASLP. Período octubre-noviembre 2009

n= 581

Drogas lícitas		Abstinencia																
		Enfermería			Nutrición			1= Sin interrupc. o < de 1 mes		2= De 1 a 3 meses		3= > 3 hasta 6 meses		4= > 6 hasta 9 meses		5= > 9 meses		Total
		Sí	No	Total	Sí	No	Total	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	
Marihuana	fr	23	397	420	13	148	161	5	5	10	5	4	0	0	1	4	2	
	%	5.5	94.5	100	8	92	100	1.1	3.1	2.3	3.1	1.2	0	0	0.6	0.9	1.2	100
Hachís	fr	6	414	420	4	157	161	1	0	3	2	2	0	0	2	0	0	581
	%	1.5	98.5	100	2.5	97.5	100	0.2	0	0.8	1.2	0.4	0	0	1.2	0	0	100
Cocaína	fr	9	411	420	2	159	161	3	0	0	1	1	1	2	0	3	0	581
	%	2.1	97.9	100	1.2	98.8	100	0.7	0	0	0.6	0.2	0.6	0.4	0	0.7	0	100
Solventes/removedores/pegamentos	fr	1	419	420	2	159	161	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	581
	%	0.2	99.8	100	1.2	98.8	100	0.2	0.6	0	0.6	0	0	0	0	0	0	100
Esmaltes/pinturas	fr	0	420	420	2	159	161	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	581
	%	0	100	100	1.2	98.8	100	0	0.6	0	0.6	0	0	0	0	0	0	100
Gasolinas/combustibles	fr	0	420	420	2	159	161	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	581
	%	0	100	100	1.2	98.8	100	0	0.6	0	0.6	0	0	0	0	0	0	100

Fuente: Directa. Cuestionario “Sustancias utilizadas alguna vez en la vida y durante los últimos doce meses”

El uso de drogas se refiere a una utilización sin implicaciones clínicas ni sociales, siendo sinónimo de consumo ocasional o episódico. En cambio el abuso de drogas conlleva a un consumo intenso y prolongado en el tiempo, que puede producir cambios en ciertos aspectos de la fisiología cerebral conducentes a un desorden permanente del comportamiento, sobre todo, el estado mental y emocional.^{10, 11}

La mayoría de las drogas psicotrópicas ejercen sus efectos mediante su acción directa sobre el sistema nervioso central, llegando su consumo crónico a alterar de una forma especial el funcionamiento de un circuito neuronal específico, provocando el síndrome de abstinencia caracterizado por un esquema de comportamientos en el que se establece una gran prioridad para el uso de una o varias sustancias psicoactivas determinadas.^{10, 11}

Los estimulantes como anfetaminas y derivados anfetamínicos producen trastornos psíquicos importantes, dependencia psíquica, siendo ésta una de las más intensas entre las provocadas por las drogas. La supresión del consumo tras un periodo prolongado, da lugar al síndrome de abstinencia.

En la tabla 38 los estudiantes de la Lic. en Enfermería que refirieron su consumo y se abstuvieron sin interrupción o menor de 1 mes represento el 0.2%, de 1 a 3 meses 0.2%, en la Lic. en Nutrición quienes las consumieron y se abstuvieron represento solo más de 6 y hasta 9 meses 0.6%.

El síndrome de abstinencia parece actuar como un reforzador negativo, que induce a continuar la administración constante de la sustancia para evitar que las manifestaciones de supresión se presenten, promoviendo así una situación más grave.

Los Anorexígenos son sustancias que inhiben el apetito o la sensación de hambre, y se utilizan contra la obesidad. Su consumo puede crear dependencia

psicológica y, como estimulan el sistema nervioso central, su uso indiscriminado puede producir graves efectos nocivos.¹¹

La dependencia psicológica es lo realmente difícil de superar en el proceso de deshabitación de una adicción. Cuando los Anorexígenos como droga se han incorporado al metabolismo del consumidor, el organismo se habitúa a la presencia constante de la sustancia, de tal manera que necesita mantener un determinado nivel de la misma en la sangre para funcionar con normalidad.^{10, 11}

Los estudiantes de la Lic. en Nutrición refirieron consumir Anorexígenos y abstenerse sin interrupción o menos de 1 mes 0.6%, de 1 a 3 meses 1.2%, mientras que en la Lic. en Enfermería no refirieron abstinencia 0%.

Las metanfetaminas son otro depresor del sistema nervioso central y su introducción en el organismo produce una dependencia física. El síndrome de abstinencia puede durar algunas semanas, y se manifiesta por ansiedad, fatiga, alteraciones del sueño, irritabilidad, hambre intensa y depresión severa.^{10, 11}

Los estudiantes de la Lic. en Enfermería refirieron abstenerse de consumir metanfetaminas sin interrupción o menor de 1 mes 0.2%, de 1 a 3 meses 0.2%, en la Lic. en Nutrición refirieron abstenerse de consumir metanfetaminas sin interrupción o menor de 1 mes 0.6%, más de 3 hasta 6 meses 0.6%, más de 9 meses 0.6%.

El cuerpo humano desarrolla tolerancia a diferentes drogas, por lo que el consumo continuo de las mismas lleva a la paulatina disminución de la intensidad y cualidades de sus efectos. Lo que sucede con las drogas de diseño éxtasis.

Las drogas de diseño (éxtasis) al igual que las metanfetaminas ejercen una acción estimulante sobre el sistema nervioso central elevando el estado de ánimo y disminuyendo la sensación de hambre y cansancio, a medida que el

consumo se hace habitual los efectos supuestamente satisfactorios van desapareciendo y aparecen con más frecuencia, los efectos no deseados.¹⁰

Las drogas de diseño (extásis) también fueron consumidas por los estudiantes de la Lic. en Nutrición y abstenerse sin interrupción o menos de un mes 0.6%, más de 9 meses 1.2%, en la Lic. en Enfermería refirieron abstenerse más de 1 a 3 meses 0.2%, más de 6 hasta 9 meses 0.2%

Según la ENA (2008) San Luis Potosí, los resultados muestran que en el estado, el consumo de drogas ilícitas y médicas es menor, en general, que el promedio nacional, tanto en hombres como en mujeres, especialmente la cocaína y las metanfetaminas. En el estado, el porcentaje de personas dependientes al consumo de drogas es de 0.2% que está debajo del promedio nacional que es del 0.6%.

Las drogas alucinógenas y disociativas fueron consumidas por los estudiantes de la Lic. en Enfermería absteniéndose sin interrupción o menor de 1 mes 0.4%, de 1 a 3 meses 0.2%, más de 3 hasta 6 meses 0.2%, más de 9 meses 0.2%, en la Lic. en Nutrición refirieron abstenerse de 1 a 3 meses 0.6%, en los demás rubros no refirieron abstinencia alguna en las dos licenciaturas (Enfermería y Nutrición) 0%.

Con respecto a la Feniclidina (PCP) los estudiantes de la Lic. en Enfermería refirieron haberla consumido y haberse abstenido sin interrupción o menos de 1 mes 0.2%, mientras que en la Lic. en Nutrición no refirieron ningún tipo de abstinencia 0%.

En lo referente a la Ketamina no hubo reporte alguno de consumo, por lo tanto no se mostro resultado alguno 0%.

Tabla 38

Abstinencia de drogas ilícitas según género de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición. Facultad de Enfermería de la UASLP. Período octubre-noviembre 2009

n= 581

Drogas lícitas	Abstinencia																	
	Enfermería			Nutrición			1= Sin interrupc. o < de 1 mes		2= De 1 a 3 meses		3= > 3 hasta 6 meses		4= > 6 hasta 9 meses		5= > 9 meses		Total	
	fr	%	Total	fr	%	Total	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.		
Estimulantes como anfetaminas y derivados anfetamínicos	fr	2	418	420	1	160	161	1	0	1	0	0	0	0	1	0		0
	%	0.4	99.5	100	0.6	99.4	100	0.2	0	0.2	0	0	0	0	0.6	0	0	100
Anorexígenos	fr	0	420	420	3	158	161	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	581
	%	0	100	100	1.9	98.1	100	0	0.6	0	1.2	0	0	0	0	0	0	100
Metanfetaminas	fr	2	418	420	3	158	161	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	581
	%	0.4	99.6	100	1.9	98.1	100	0.2	0.6	0.2	0	0	0.6	0	0	0	0.6	100
Drogas de diseño (éxtasis)	fr	2	418	420	3	158	161	0	1	1	0	0	0	1	0	0	2	581
	%	0.4	99.5	100	1.9	98.1	100	0	0.6	0.2	0	0	0	0.2	0	0	1.2	100
Drogas alucinógenas y disociativas	fr	5	415	420	1	160	161	2	0	1	1	1	0	0	0	1	0	581
	%	1.2	98.8	100	0.6	99.4	100	0.4	0	0.2	0.6	0.2	0	0	0	0.2	0	100
Feniciclidina (PCP)	fr	1	419	420	0	161	161	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	581
	%	0.2	99.8	100	0	100	100	0.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
Ketamina	fr	0	420	420	0	161	161	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	581
	%	0	100	100	0	100	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100

Fuente: Directa. Cuestionario "Sustancias utilizadas alguna vez en la vida y durante los últimos doce meses"

El consumo de drogas ha existido siempre y en todas las sociedades y su utilización ha respondido a diversas y muy concretas finalidades, estos problemas se concentran en algunos grupos etarios específicos como lo son los adolescentes y jóvenes que son estadísticamente el período del ciclo vital en que hay mayor tendencia al consumo de sustancias químicas y es entre los 15 y los 25 años. Es el periodo en que los jóvenes salen al encuentro de nuevas experiencias, de enfrentar situaciones problemáticas en sus vidas, solo esperan el momento y el lugar más oportuno para introducirse al mundo de las drogas.^{8, 16}

En la actualidad, existe una amplia disponibilidad de drogas, lo que hace más fácil el acceso y su consumo de las mismas, tales como el alcohol y el tabaco que son drogas lícitas, la ansia de pertenecer a un grupo, de sentirse parte de un círculo social determinado y las presiones por parte de los amigos, puede hacer que el adolescente aproveche la ocasión para introducirse al consumo de las mismas.

Una vez que la droga toma contacto con el organismo se produce una serie de acontecimientos, cuya secuencia dependerá de la sustancia ingerida, que conducen a la aparición de los efectos buscados en su consumo.

Si el consumo sólo se realiza una vez o es de tipo esporádico, lo más probable es que, finalizado el efecto de la droga, el organismo recupere su funcionalidad normal y no quede ninguna secuela apreciable provocada por la presencia de la sustancia en el organismo.

En la tabla 39 los estudiantes de la Lic. en Enfermería que refirieron consumir alcohol y aprovecharon la ocasión para su consumo fue de cada 8 a 30 días 73.5%, en la Lic. en Nutrición refirieron consumirlo de igual manera cada 8 a 30 días 82% (durante el fin de semana).

La decisión de consumir drogas es voluntaria, sin embargo la capacidad para ejercer autocontrol es sumamente deficiente y al igual que otra enfermedad, la vulnerabilidad a las drogas difiere de una persona a otra y el riesgo de que la persona continúe consumiendo otro tipo de drogas puede verse influenciado por el sexo de la persona o por la etapa de desarrollo en la que se encuentra y el entorno social que lo rodea.

Quienes se consideraron más vulnerables y continuaron consumiendo drogas lícitas como el tabaco ocurrió en la Lic. en Enfermería aprovechando la ocasión de consumo el mismo día o anterior 23.8%, mientras que en la Lic. en Nutrición aprovecharon la ocasión el mismo día o anterior en un 37.9%

La alta prevalencia de consumo de alcohol, tabaco y cannabis, especialmente durante el fin de semana, se revela en los resultados del último informe de la Encuesta Estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias 2006-2007 (PNSD-2007), realizada con estudiantes de 14 – 18 años, y con las realizadas en años anteriores por el Plan Nacional sobre Drogas.³⁹

El consumo puede ser el requisito para la pertenencia a grupos de pares y, una vez dentro se facilita la entrada para que los adolescentes progresan generalmente de forma secuencial desde la cerveza o el vino a licores más fuertes y a los cigarrillos y, de ahí, a la marihuana, hasta llegar a drogas adictivas más fuertes.

Tabla 39

Ocasión de consumo de drogas lícitas de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición. Facultad de Enfermería de la UASLP. Período octubre-noviembre 2009.

n= 581

Drogas lícitas			Ocasión												
			Enfria	Nutrición	1= mismo día o anterior		2= de dos a siete veces		3= De ocho a 30 días		4= Más de 30 días		5= Más de 9 meses		Total
			Total		Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Total
Alcohol	Si	fr	309	133	0	0	0	0	309	133	0	0	0	0	442
		%	73.5	82	0	0	0	0	73.5	82	0	0	0	0	76
	No	fr	111	28											139
		%	26.5	17.4											24
Total		fr	420	161											581
		%	100	100											100
Tabaco	Si	fr	100	61	100	61	0	0	0	0	0	0	0	0	161
		%	23.8	37.9	23.8	37.9	0	0	0	0	0	0	0	0	27.8
	No	fr	320	100											420
		%	76.2	62.1											72.2
Total		fr	420	161											
		%	100	100											

Fuente: Directa. Cuestionario "Sustancias utilizadas alguna vez en la vida y durante los últimos doce meses"

El consumo de drogas es uno de los aspectos, con los que se tiene que enfrentar el adolescente y decidir, en función de sus valores y creencias, pero también de su medio sociocultural, familiar, amigos; si consumirá o no una vez que se las ofrezcan o sienta la necesidad de ellas. Debemos ser conscientes de que la experimentación con las drogas se ha convertido en un hecho habitual entre los adolescentes de las sociedades desarrolladas.³⁸

Un gran número ha experimentado con el alcohol y el tabaco, en un lugar intermedio con la marihuana, y en menor grado con otras sustancias. Como sucede con los estudiantes de la Lic. en Enfermería que refirieron consumir marihuana y tuvieron la oportunidad de hacerlo de ocho a 30 días 3.7%, quienes la consumieron de más de 30 días 0.9% y más de 9 meses 0.9%.

Mientras que en la Lic. en Nutrición refirieron haber consumido y haber tenido la oportunidad de hacerlo fue de 8 a 30 días 5.5%, más de 30 días 0.6% y más de 9 meses 1.9. (Tabla 40)

La marihuana es la droga ilícita más consumida en todo el mundo. En la última década su consumo ha aumentado en forma considerable especialmente entre adolescentes y jóvenes, siendo la edad de inicio cada más temprana.^{39, 45}

Su consumo no genera, aparentemente, preocupación social, aunque las investigaciones ponen cada vez más de manifiesto que acarrea importantes problemas psíquicos, especialmente cuando se dan circunstancias de edad de inicio temprano, policonsumo, abuso, etc. (cuando se tiene la oportunidad de hacerlo).⁴⁰

Los estudiantes de la Lic. en Enfermería refirieron consumir hachís y haberla consumido de 8 a 30 días 0.2%, más de 30 días 0.9% y más de 9 meses 1.2%. En la Lic. en Nutrición quienes refirieron haber consumido lo hicieron más de 30 días 1.2% y más de 9 meses 1.2%.

Muchos factores pueden influir en la decisión de consumir drogas. Estas pueden ser vistas como una vía de escape a los problemas cotidianos, algunos las usan como medio para compensar frustración, soledad, baja autoestima o problemas afectivos.⁴⁰

Bajo el efecto de las drogas los usuarios experimentan un estado de euforia haciéndolos olvidarse de los problemas o las limitaciones que tenga, lo malo es que es una ilusión y de ese estado de euforia viene una frustración mayor que la inicial, lo que lleva al consumidor a recurrir nuevamente a la droga o consumir otras de mayor potencia, o simplemente para experimentar sensaciones nuevas ante cierta apatía, hastío, aburrimiento o incluso sin sentido de la vida. Ante este vacío que experimentan, las drogas se presentan como una posibilidad aparentemente atractiva, de llenar ese vacío.⁴⁰

Quienes refirieron consumir otro tipo de drogas como la cocaína en la Lic. en Enfermería lo refirió consumir de 8 a 30 días 0.4%, más de 30 días 0.4%, más de 9 meses 1.3%, en la Lic. en Nutrición refirieron consumirla más de 9 meses 1.2%.

Todas las drogas presentan una doble cara, primero aparecen con la imagen positiva, favorable y que tanto atrae a los jóvenes, adolescentes y mayores. Posteriormente esa cara desaparece y empiezan a mostrarse como son, dolor, problemas y múltiples trastornos, existiendo ya, dificultad para que se alejen de ellas.⁴⁰

Se ha entablado una relación desdichada y a medida que se atraviesan ciertas etapas el compromiso se intensifica y el influjo que ejercen las drogas sobre el adicto se vuelve más fuerte y experimenta con nuevas sustancias.

Los solventes, removedores y pegamentos son sustancias ilícitas las cuales los estudiantes de la Lic. en Nutrición refirieron consumir el mismo día o anterior

0.6% y de dos a siete veces (en una semana) 0.6%, mientras que en la Lic. en Enfermería refirió consumirla de 8 a 30 días 0.2%.

Las primeras experiencias con las drogas suelen dejar una marca grabada. Si el primer contacto ha sido agradable sucede un enamoramiento o atracción apasionada por volver a tomar la sustancia o realizar la actividad.

Esta percepción distorsionada de la realidad, emociona, produce euforia o tranquiliza lo que hace aumentar la probabilidad de que haya una nueva toma u ocasión para consumir.

En cuanto a esmaltes, pinturas los estudiantes de la Lic. en Nutrición refirieron consumirla de 8 a 30 días 0.6%, más de 30 días 0.6%, mientras que en la Lic. en Enfermería no refirieron haber consumido en alguna ocasión 0%.

Una vez que el consumidor ha aprendido a través de su familia, de la sociedad o por experiencia propia que ciertas actividades o el consumo de ciertas sustancias pueden transportarlo como por arte de magia lejos de cualquier sentimiento o estado de ánimo negativo, el paso a la adicción es muy sencillo (luna de miel).⁷

El uso de la sustancia química se transforma en un fin en sí mismo, y el consumidor empieza a organizar su vida alrededor del uso, planeando la próxima ingesta, y asegurándose de que cuenta con suficiente droga. Las situaciones sociales pasan a ser vistas como placenteras sólo cuando hay sustancias químicas de por medio.⁷

Puede ser cualquier sustancia, su única preocupación es el consumo. En la Lic. en Nutrición se refirió consumo de gasolin, combustibles de 8 a 30 días 0.6%, más de 30 días 0.6%, mientras que en la Lic. en Enfermería no mostro ningún consumo 0%.

Los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones (2008) en San Luis Potosí muestran que de cada 100 mexicanos entre 12 y 65 años de edad 5.22% han consumido drogas ilegales alguna vez.

1.40% lo hicieron durante el último año

0.90 lo hicieron en el último mes.

El uso en el último mes de cualquier droga fue registrado en 1.00 (0.853. 1.141 personas) de la muestra estudiada, y representa menos de la quinta parte de los que consumieron alguna vez en su vida, o sea el 5.72% de la población (5.364.6.078 de personas)

Marihuana: 0.67% (0.552.0.787 personas) la usaron en el último mes
Cocaína: 0.27% (0.201. 0. 333 personas) la usaron en el último mes

Inhalables: 0.07% (0.037. 0.103 personas) los usaron en el último mes

De los casi 100 millones de mexicanos que somos, cerca de 400 mil personas pueden considerarse como usuarios de drogas fuertes.

Tabla 40

Ocasión de consumo de drogas ilícitas de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición. Facultad de Enfermería de la UASLP. Período octubre-noviembre 2009.

n= 581

Drogas Ilícitas								Ocasión										
		Enfermería			Nutrición			1= mismo día o anterior		2= de dos a siete veces		3= De ocho a 30 días		4= Más de 30 días		5= Más de 9 meses		Total
		Sí	No	Total	Sí	No	Total	Enf	Nut	Enf	Nut	Enf	Nut	Enf	Nut	Enf	Nut	
Marihuana	fr	23	397	420	13	148	161	0	0	0	0	15	9	4	1	4	3	581
	%	5.5	94.5	100	8	92	100	0	0	0	0	3.7	5.6	0.9	0.6	0.8	1.9	100
Hachís	fr	6	414	420	4	157	161	0	0	0	0	1	0	3	2	2	2	581
	%	1.5	98.5	100	2.5	97.5	100	0	0	0	0	0.2	0	0.9	1.2	0.4	1.2	100
Cocaína	fr	9	411	420	2	159	161	0	0	0	0	2	0	2	0	5	2	581
	%	2.1	97.9	100	1.2	98.8	100	0	0	0	0	0.4	0	0.4	0	1.3	1.2	100
Solventes/removedores/pegamentos	fr	1	419	420	2	159	161	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	581
	%	0.2	99.8	100	1.2	98.8	100	0	0.6	0	0.6	0.2	0	0	0	0	0	100
Drogas ilícitas																		
Esmaltes/pinturas	fr	0	420	420	2	159	161	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	581
	%	0	100	100	1.2	98.8	100	0	0	0	0	0	0.6	0	0.6	0	0	100
Gasolinas/combustibles	fr	0	420	420	2	159	161	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	581
	%	0	100	100	1.2	98.8	100	0	0	0	0	0	0.6	0	0.6	0	0	100

Fuente: Directa. Cuestionario "Sustancias utilizadas alguna vez en la vida y durante los últimos doce meses"

Nadie empieza a consumir drogas sin haber adquirido el hábito en sus diversas etapas: aceptar invitaciones, comprar la primera droga (alcohol, cigarrillos) encontrar cada vez más situaciones de consumo, tampoco es probable que alguien decida consumir drogas de un día para otro.

Hay quienes inician por motivaciones o conflictos psicológicos. Pero también hay muchos los que inician sin motivo especial aparente. Para estos últimos, las motivaciones y problemas se desarrollan en el curso de la experiencia de hacerse adicto. Experiencia que se aprende necesariamente con otros, en la familia o en el grupo de amigos.⁴⁰

En la tabla 41 quienes refirieron consumir estimulantes anfetamínicos y derivados en la Lic. en Enfermería refirieron consumirlo más de 30 días 0.4%, en la Lic. en Nutrición más de 30 días 0.6%.

El pronóstico de consumo de nuevas sustancias como los Anorexígenos, metanfetaminas, drogas de diseño (éxtasis), drogas alucinógenas y disociativas, Feniclidina (PCP) y Ketamina es mayor si se suman tensiones psicológicas, pobre comunicación con los padres y compañeros. En muchas ocasiones los consumidores son personas con una vida agitada, de largas jornadas laborales y de estudio, que necesitan de energía para continuar con sus actividades, es por eso que son más populares y más consumidos.⁴⁰

Su consumo genera dependencia y adicción. Consumir distanciadamente una pastilla estimulante para realizar determinada actividad no genera mayores problemas, las dificultades comienzan cuando se vuelve necesario el consumo para llevar a cabo tales actividades.

Los estudiantes que refirieron consumir drogas Anorexígenas en la Lic. en Nutrición refirieron consumirlas en un lapso de más 30 días 1.2% y más de 9 meses 0.6%. En la Lic. en Enfermería no refirieron consumo alguno 0%.

Las metanfetaminas refirieron consumirlas en la Lic. en Enfermería más de 30 días 0.4%, en la Lic. en Nutrición refirieron consumirlas en un lapso de más de 30 días 0.6% y en un lapso de más de 9 meses 1.2%.

Las drogas de diseño (éxtasis) refirieron consumirlas en la Lic. en Enfermería de ocho a 30 días 0.2% y más de 30 días 0.2%. En la Lic. en Nutrición refirieron consumirlas más de 9 meses 1.9%.

Drogas alucinógenas y disociativas en la Lic. en Enfermería refirieron consumirlas de dos a siete veces a la semana 0.2%, de ocho a 30 días 0.8% y más de 9 meses 0.2%. En la Lic. en Nutrición refirieron consumirlas de dos a siete veces a la semana 0.6%.

En lo que respecta a Feniclidina (PCP) refirieron consumirla en la Lic. en Enfermería más de 9 meses 0.2%, en la Lic. en Nutrición no se reporto consumo alguno 0%.

La ketamina no registro consumo alguno en las dos licenciaturas (Enfermería y Nutrición) 0%.

Según la ENA (2008) en San Luis Potosí los resultados muestran que en el estado, el consumo de drogas ilegales y médicas es menor, en general, que el promedio nacional, especialmente la cocaína y las metanfetaminas. En el estado, el porcentaje de personas dependientes al consumo de drogas es de 0.2%, que está por debajo del promedio nacional que es del 0.6%.

Tabla 41

Ocasión de consumo de drogas ilícitas en los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición. Facultad de Enfermería de la UASLP. Período octubre-noviembre 2009.

n = 581

Drogas ilícitas								Ocasión										Total
Enfermería				Nutrición				1= mismo día o anterior		2= de dos a siete veces		3= De ocho a 30 días		4= Más de 30 días		5= Más de 9 meses		
	Sí	No	Total	Sí	No	Total	Enf	Nut	Enf	Nut	Enf	Nut	Enf	Nut	Enf	Nut		
Estimulantes: Anfetaminas y derivados.	fr	2	418	420	1	160	161	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	581
	%	0.4	99.5	100	0.6	99.4	100	0	0	0	0	0	0	0.4	0.6	0	0	100
Anorexígenos	fr	0	420	420	3	158	161	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	581
	%	0	100	100	1.9	98.1	100	0	0	0	0	0	0	0	1.2	0	0.6	100
Metanfetaminas	fr	2	418	420	3	158	161	0	0	0	0	0	0	2	1	0	2	581
	%	0.4	99.5	100	1.9	98.1	100	0	0	0	0	0	0	0.4	0.6	0	1.2	100
Drogas de diseño (extásis)	fr	2	418	420	3	158	161	0	0	0	0	1	0	1	0	0	3	581
	%	0.4	99.4	100	1.9	98.1	100	0	0	0	0	0.2	0	0.2	0	0	1.9	100
Drogas alucinógenas y disociativas	fr	5	415	420	1	160	161	0	0	1	1	3	0	0	0	1	0	581
	%	1.2	98.8	100	0.6	99.4	100	0	0	0.2	0.6	0.8	0	0	0	0.2	0	100
Feniclidina (PCP)	fr	1	419	420	0	161	161	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	581
	%	0.2	99.8	100	0	100	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0.2	0	100
Ketamina	fr	0	420	420	0	161	161	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	581
	%	0	100	100	0	100	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100

Fuente: Directa. Cuestionario "Sustancias utilizadas alguna vez en la vida y durante los últimos doce meses"

Las diversas drogas tienen distinta capacidad para producir sensaciones placenteras inmediatas en el consumidor. Las que tienen mayor probabilidad de administrarse de manera repetida, son aquellas que producen sensaciones gratificantes más agudas, aquellas que producen un mayor refuerzo positivo. Otro evento que, también, aumenta la acción de autoadministración de una droga es el descenso brusco de sus niveles en sangre, lo cual sucede cuando está se elimina muy rápidamente y, además, no existen metabolitos activos de la sustancia.⁶

En otros casos el consumo se realiza como estímulo para llevar a cabo tareas difíciles o con objeto de huir de una realidad no gratificante administrándose dosis de una droga para lograr eficazmente el efecto determinado.⁶

No existe una dosis estándar de alcohol que pueda ser considerada “normal” para todas las personas dado que la misma cantidad de alcohol las afectará de forma diferente, según sus características personales y según el entorno en donde se consuma la droga. Es decir, debemos de tener en cuenta entonces que el alcohol afecta a cada persona de forma diferente dependiendo del peso corporal, del metabolismo, de la tolerancia desarrollada previamente, de la comida que se encuentre en el estómago en ese momento, y de otros factores. Además, el alcohol tiene también diferentes efectos sobre una misma persona de acuerdo al momento y el lugar en que se lo consuma. Una dosis se define en base a la cantidad de alcohol puro que se consume y de acuerdo al tipo de bebida que se consuma.

Según el INEGI 2009 una copa completa de alcohol tiene diversos equivalentes de acuerdo con el tipo de bebida. Por ejemplo la cerveza, la bebida de mayor consumo en el país, tiene una presentación de 330 ml. La cantidad bebida en una sola ocasión de consumo se mide en términos del número de copas tomadas en un solo día.

En la tabla 42 Los estudiantes de la Lic. en Enfermería refirieron consumir de 1 a 2 copas 37.8%, 3 a 4 copas 17.9%, 5 a 7 copas 10.7%, 8 a 11 copas 4.3%, 12 a 23 copas 2.8% en una sesión.

En la Lic. en Nutrición refirieron consumir de 1 a 2 copas 41%, 3 a 4 copas 30.5%, 5 a 7 copas 8%, 8 a 11 copas 3.1%, 12 a 23 copas 2.8%.

El alcohol es la droga que consumen más personas. Los datos concuerdan con el INEGI 2009, el consumo de alcohol bajo, menor a 5 copas, concentra hombres y mujeres de 12 a 65 años, en la misma situación. Un límite de bajo riesgo para hombres: no más de 12 copas a la semana y no más de 4 por ocasión de consumo. Para mujeres no más de 9 copas a la semana y no más de 3 por ocasión de consumo. Los bebedores y las bebedoras consuetudinarias (toman diariamente y por lo menos una vez a la semana más de cinco copas por ocasión).

La mayor parte de las mujeres presentan un patrón de ingestión bajo. Los varones bebedores en el último año toman más de cinco copas por ocasión. Según el instrumento utilizado para este estudio los episodios del abuso de drogas para el alcohol son tres o más copas en un solo día en mujeres y cuatro o más copas en un solo día para hombres.

Tabla 42

Dosis de consumo de drogas lícitas en los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición. Facultad de Enfermería de la UASLP. Período octubre-noviembre 2009.

n= 581

Drogas lícitas				Dosis													
		Total		1= 1 - 2 copas		2= 3 - 4 copas		3= 5 - 7 copas		4= 8 - 11 copas		5= 12 - 23 copas		6= Más de 24 copas		Total	
		Enfermería	Nutrición	Enf	Nut	Enf	Nut	Enf	Nut	Enf	Nut	Enf	Nut	Enf	Nut		
Alcohol	Si	fr	309	133	159	66	75	49	45	13	18	5	12	0	0	0	442
		%	73.5	82.6	37.8	41	17.9	30.5	10.7	8	4.3	3.1	2.8	0	0	0	76
	No	fr	111	28													139
		%	26.5	17.4													24
Total		fr	420	161													
		%	100	100													

Fuente: Directa. Cuestionario "Sustancias utilizadas alguna vez en la vida y durante los últimos doce meses"

El tabaquismo es considerado como una de las principales causas de mortalidad, morbilidad y discapacidad en todo el mundo, además de ser un problema de salud pública. Los adolescentes son la población con mayor riesgo para iniciar con el consumo de tabaco temprano, lo que a largo plazo puede generar una adicción.³

Considerando que el instrumento que se utilizó para el estudio establece que los episodios de abuso de tabaco es el consumo de seis o más cigarrillos en un solo día.

En la tabla 43 Los estudiantes de la Facultad de Enfermería de la UASLP consumieron tabaco. En la Lic. en Enfermería refirieron consumirlo de 10 o menos (cigarrillos diarios) 22%, de 11 a 20 (cigarrillos diarios) 1.2%, de 21 a 30 (cigarrillos diarios) 0.2%, de 31 o más 0.4%.

En la Lic. en Nutrición refirieron consumirlo de 10 o menos (cigarrillos diarios) 37.3%, de 11 a 20 (cigarrillos diarios) 0.6%, de 21 a 30 (cigarrillos diarios) 0%, de 31 o más 0%.

Estudios como los que realiza el Centro de Integración Juvenil (2005) indican que el inicio de consumo de drogas se reportó a los 16.6 años en promedio; no obstante, se aprecian diferencias en la edad de inicio de consumo de tabaco (15 años) y la droga de mayor consumo en la vida fue el tabaco en forma de cigarrillo.

La frecuencia de abuso en los últimos 30 días el 53.5% reportó el consumo de tabaco de seis o más cigarrillos diarios, 10.4% lo hizo una o dos veces por semana; por el contrario, el 20.3% no llegó a fumar tal cantidad de cigarrillos en un día durante este lapso.

Tabla 43

Dosis de consumo de drogas lícitas de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición. Facultad de Enfermería de la UASLP. Período octubre-noviembre 2009.

n= 581

Drogas lícitas				Dosis (diario)									
Total				1= 10 o menos		2= 11-20		3= 21-30		4= 31 o mas		Total	
			Enfermería	Nutrición	Enf.	Nutr.	Enf.	Nutr.	Enf.	Nutr.	Enf.	Nutr.	
Tabaco	Si	fr	100	61	92	60	5	1	1	0	2	0	161
		%	23.8	37.9	22	37.3	1.2	0.6	0.2	0	0.4	0	27.8
	No	Fr	320	100									420
		%	76.1	62.1									72.2
	Total	Fr	420	161									
		%	100	100									

Fuente: Directa del cuestionario "Sustancias utilizadas alguna vez en la vida".

Estudios realizados por el Centro de Integración Juvenil (CIJ) han mostrado que el consumo de drogas se halla relacionado con factores psicosociales tales como estar expuesto a un alto número de estresores, experimentar un alto grado de estrés y recurrir predominantemente a estrategias de afrontamiento heterodirigidas, es decir, dirigidas a resolver los conflictos interpersonales a través de modificar las relaciones con los demás, haber consumido tabaco o alcohol los hacen recurrir al abuso de drogas con mayor accesibilidad.

La marihuana es la tercera droga de abuso consumida por los adolescentes en forma de cigarro, aunque es difícil calcular la dosis habitualmente consumida así como su biodisponibilidad, se sabe que una dosis fumada de 5mg. proporciona efectos leves, que serían similares a los de 10 mg. por vía oral, la cual altera el capacidad cognitiva y el rendimiento psicomotor.³⁶

La marihuana habitualmente se fuma, del total de delta-9-tetrahidrocannabinol (THC) contenido en un cigarrillo entre un 10 y un 30% llega a los pulmones y la sangre, un 30% se destruye por la combustión y un 50% se pierde en el aire. La cantidad final de THC absorbido en el organismo depende de la profundidad y numero de fumadas y de la potencia de los cigarrillos.³⁶

Diversos estudios sobre el efecto del cannabis sobre distintas pruebas de rendimiento psicomotor, se demostró que el deterioro provocado por el cannabis en un máximo de una hora después de ser fumado y entre una y dos horas después de ser ingerido por vía oral. Pudo establecerse una relación dosis-efecto. Cuando la dosis de cannabis está entre 200 y 300 microgramos/por kilo de peso, equivalentes a un cigarrillo conteniendo entre 14 y 21 mg de cannabis en una persona de 70 kg, los efectos son similares a los inducidos por el alcohol a concentraciones en sangre > 0.5gr/l. La afección psicomotora se incrementa al combinar el cannabis con otras sustancias como el alcohol, alcohol y otras drogas ilegales he aquí que se considera como droga

facilitadora o inductora del consumo de otras ilegales en la denominada “puerta de entrada”.³⁶

En la tabla 44 Los estudiantes de la Lic. en Enfermería refirieron consumir marihuana en forma de cigarrillos en dosis de 1 – 2 cigarrillos 5.5%, en la Lic. en Nutrición refirieron consumir en dosis de 1 a 2 cigarrillos 6.8%, quienes refirieron consumir 3-4 cigarrillos 0.6%, de 5 a 7 cigarrillos 0.6% por ocasión de consumo.

Los consumidores de marihuana consumen también con frecuencia otras drogas. Según la Encuesta Estatal Centro Drogas en Enseñanzas (ESTUDES) del año 2006 la población escolar de entre 14 y 18 años, refiriéndose a los últimos 30 días, un 36.2% han sido consumidores de marihuana. El consumo de otras sustancias (cocaína, éxtasis, alucinógenos, anfetaminas y sustancias volátiles, etc.) es mucho más minoritario, situándose entre el 1% y el 6% la proporción de estudiantes de los que han probado alguna vez y entre el 0.5% y el 2.3% la proporción de consumidores actuales.³⁹

Los preparados del cannabis, hachís y marihuana, se han utilizado desde hace muchos años por sus propiedades psicoactivas, sus efectos son muy variables entre personas y depende de las dosis, del contenido de THC, de la forma de administración, así como de la personalidad, las expectativas y la experiencia previa del sujeto y también del contexto en que se consume.

Los estudiantes de la Facultad de Enfermería de la UASLP también refirieron consumir otro tipo de sustancias como el hachís, quienes refirieron consumirlo en la Lic. en Enfermería de 1 a 2 cigarrillos represento el 1%, de 3 a 4 cigarrillos el 0.4%. En la Lic. en Nutrición quien refirió consumir de 1 a 2 cigarrillos represento el 1.9%, de 2 a 3 cigarrillos 0.6%.

La cocaína es, después del cannabis y los datos de la Encuesta Estatal sobre uso de Drogas 2006 nos muestra que se ha producido un descenso, rompiendo

con la tendencia creciente de los últimos años. Este descenso se ha producido sobre todo en los 17 y 18 años, edades en los que había aumentado en 2004.

En cuanto a cocaína quien refirió consumir de 1 a 2 cigarrillos en la Lic. en Enfermería represento 1.9%, de 3 a 4 cigarrillos 0.2%, en la Lic. en Nutrición quien refirió consumir de 1 a 2 cigarrillos represento el 1.2% esto nos confirma que el consumo de sustancias ilícitas ha disminuido considerablemente.

Tabla 44

Dosis de consumo de drogas Ilícitas de los estudiantes de Facultad de Enfermería y Nutrición. Facultad de Enfermería de la UASLP. Período octubre-noviembre 2009.

n= 581

Drogas ilícitas								Dosis												Total	
		Enfermería			Nutrición			1= 1 - 2 cigarros		2= 3 - 4 cigarros		3= 5 - 7 cigarros		4= 8 - 11 cigarros		5= 12 - 23 cigarros		6= Más de 24 cigarros			
		fr		Total	fr		Total	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.		
Marihuana	fr	23	397	420	13	148	161	23	11	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	581
	%	5.5	94.5	100	8	92	100	5.5	6.8	0	0.6	0	0.6	0	0	0	0	0	0	0	100
Hachís	fr	6	414	420	4	157	161	4	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	581
	%	1.5	98.5	100	2.5	97.5	100	1	1.9	0.4	0.6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
Cocaína	fr	9	411	420	2	159	161	8	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	581
	%	2.1	97.9	100	1.2	98.8	100	1.9	1.2	0.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100

Fuente: Directa. Cuestionario "Sustancias utilizadas alguna vez en la vida y durante los últimos doce meses"

Anteriormente se pensaba que la cocaína solo producía dependencia física, pero en la actualidad se ha confirmado que esta droga ocasiona dependencia física y psicológica ocasionando que los servicios de urgencias hospitalarias presenten un incremento de forma importante por reacción aguda a sustancias psicoactivas con presencia de cannabis.³⁶

La dependencia física es un estado de adaptación del organismo en el que se necesita un nivel sérico de la sustancia de abuso para su funcionamiento normal y que se manifiesta por la aparición de trastornos físicos muy intensos que tienen características muy distintas. Con el tiempo, la misma dosis de la sustancia de abuso ira produciendo cada vez menos los efectos iniciales deseados por el usuario. Con el objeto de seguir experimentando las mismas sensaciones, la persona debe consumir dosis progresivamente mayores.³⁶

Tabla 45 Los estudiantes de la Lic. en Enfermería refirieron consumir metanfetaminas en dosis de 1 a 2 pastillas 0.2%, 2 a 3 pastillas 0.2%, mientras que en la Lic. en Nutrición refirió consumirlas de 1 a 2 pastillas 1.9%.

Dentro de las drogas alucinógenas y disociativas refirieron consumirlas en la Lic. en Enfermería dosis de 1 a 2 pastillas 0.8%, dosis de 3 a 4 pastillas 0.4%, en la Lic. en Nutrición refirieron consumirla en dosis de 1 a 2 pastillas 0.6%.

En coincidencia con los hallazgos de otros estudios (Centros de Integración Juvenil) considera que el episodio para abuso de drogas ilícitas incluye el consumo de cualquier cantidad o dosis.

Las principales drogas ilícitas de abuso después de la marihuana, solventes, cocaína, las drogas ilícitas menores consumidas se reporto el consumo de metanfetaminas (2.4%), reportando también en menor proporción el consumo de plantas alucinógenas y derivados con un 4.4%. su consumo en los últimos 30 días se reporto para metanfetaminas 7.6%, para drogas alucinógenas y

disociativas 0.5%. De los casos que reportaron utilizar drogas ilícitas en el último mes, 40.6% afirmó usarla todos los días, 23.8% afirmó usarla una o dos veces por semana, 15.7% cada tercer día, y 19.9% menos de una vez a la semana.³⁹

Tabla 45

Dosis de consumo de drogas ilícitas de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición. Facultad de Enfermería de la UASLP. Período octubre-noviembre 2009

n= 581

Drogas ilícitas		Dosis																		Total						
		Enfermería						Nutrición						1= 1 - 2 Pastillas		2= 3 - 4 Pastillas		3= 5 - 7 Pastillas			4= 8 - 11 Pastillas		5= 12 - 23 Pastillas		6= Más de 24 Pastillas	
		fr			Total	fr			Total	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.	Enf.	Nut.		Enf.	Nut.				
Metanfetaminas	fr	2	418	420	3	158	161	1	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	581					
	%	0.5	99.5	100	1.9	98.1	100	0.2	1.9	0.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100					
Drogas alucinógenas y disociativas	fr	5	415	420	1	160	161	3	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	581					
	%	1.2	98.8	100	0.6	99.4	100	0.7	0.6	0.4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100					

Fuente: Directa del cuestionario “Sustancias utilizadas “alguna vez en la vida y durante los últimos doce meses”

De los resultados obtenidos sobre los solventes, removedores y pegamentos Las encuestas nacionales indican que más de 22.9 millones de americanos han abusado de inhalantes por lo menos una vez en sus vidas. El Estudio de Observación del Futuro del Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA) revela que aproximadamente el 17.3 por ciento de estudiantes del 8° grado han abusado de inhalantes.³⁶

Incluso una sola sesión de abuso repetido de inhalantes puede producir la muerte. En la tabla 46 los estudiantes de la Lic. en Nutrición refirieron haber inhalado solventes, removedores, pegamentos de 1 a 2 inhalaciones por ocasión de consumo 0.6%, de 5 a 7 inhalaciones por ocasión de consumo 0.6%, en la Lic. en Enfermería refirieron inhalarlos de 1 a 2 veces por ocasión de consumo 0.2%.

Los esmaltes, pinturas refirieron inhalarlos por ocasión de consumo de 1 a 2 inhalaciones en la Lic. en Nutrición 1.2%, en la Lic. en Enfermería no se reporto caso alguno.

En gasolinas, combustibles la Lic. en Nutrición refirió inhalarlos de 3 a 4 veces por ocasión de consumo 1.2%, mientras que en la Lic. en Enfermería no se mostro caso alguno.

Tabla 46

Dosis de consumo de drogas ilícitas de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición. Facultad de Enfermería de la UASLP. Período octubre-noviembre 2009.

n= 581

Drogas ilícitas							Dosis													
		Enfermería		Nutrición			1= 1 - 2 inhalaciones		2= 3 - 4 Inhalaciones		3= 5 - 7 Inhalaciones		4= 8 - 11 Inhalaciones		5= 12 - 23 Inhalaciones		6= Más de 24 Inhalaciones		Total	
		Total		Total		Total	Enf.	Nut	Enf.	Nut	Enf.	Nut	Enf.	Nut	Enf.	Nut	Enf.	Nut		
Solventes/removedores/pegamentos	fr	1	419	420	2	159	161	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	581
	%	0.2	99.8	100	1.2	98.8	100	0.2	0.6	0	0	0	0.6	0	0	0	0	0	0	100
Esmaltes/pinturas	fr	0	420	420	2	159	161	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	581
	%	0	100	100	1.2	98.8	100	0	1.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
Gasolinas/combustibles	fr	0	420	420	2	159	161	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	581
	%	0	100	100	1.2	98.8	100	0	0	0	1.2	0	0	0	0	0	0	0	0	100
Estimulantes como anfetaminas y derivados anfetamínicos	fr	2	418	420	1	160	161	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	581
	%	0.4	99.6	100	0.6	99.4	100	0.2	0.6	0.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
Anorexígenos	fr	0	420	420	3	158	161	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	581
	%	0	100	100	1.9	98.1	100	0	0.6	0	0.6	0	0.6	0	0	0	0	0	0	100
Feniciclidina (PCP)	fr	1	419	420	0	161	161	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	581
	%	0.2	99.8	100	0	100	100	0.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
Ketamina	fr	0	420	420	0	161	161	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	581
	%	0	100	100	0	100	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100

Fuente: Directa del cuestionario "Sustancias utilizadas alguna vez en la vida y durante los últimos doce meses"

Tabla 47

Nivel de dependencia de consumo de tabaco de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición .Facultad de Enfermería de la UASLP. Período octubre-noviembre 2009

n=581

Pregunta		No consumen		Total	Nivel de dependencia				Total	% Total
		Enf.	Nut.		Si consumen					
¿Cuánto tiempo después de levantarse fuma usted su primer cigarrillo?					0= después de 60 minutos		De 5 a 60 min			
					Enfermería	Nutrición	Enfermería	Nutrición		
	Fr	320	100	420	95	58	5	3	161	581
	%	76.2	62.1	72.3	22.7	36.1	1.1	1.9	27.7	100
¿Cuál de los cigarrillos que usted fuma durante el día le satisface más?					El primero de la mañana (1 punto)		Todos los otros (0 puntos)			
	Fr	320	100	420	32	35	68	26	161	581
	%	76.2	62.1	72.3	7.6	21.7	16.2	16.2	27.7	100
¿Cuántos cigarrillos promedio Ud. Fuma diariamente?					10 o menos (0 puntos)		De 11 a 31 o mas			
	Fr	320	100	420	92	60	8	1	161	581
	%	76.2	62.1	72.3	22	37.3	1.8	0.6	27.7	100
¿Le resulta difícil mantenerse sin fumar en los lugares donde está prohibido, iglesia cines, otros?					No (0 puntos)		Si (1 punto)			
	Fr	320	100	420	90	52	10	9	161	581
	%	76.2	62.1	72.3	21.4	32.3	2.4	5.6	27.7	100
¿Fuma Ud. más durante la mañana que durante el resto del día?					No (2 puntos)		Si (1 punto)			
	Fr	320	100	420	65	47	35	14	161	581
	%	76.2	62.1	72.3	15.5	29.2	8.3	8.7	27.7	100
¿Fuma Ud. cuando está enfermo y debe permanecer en la cama la mayor parte del día?					No (0 puntos)		Si (1 punto)			
	Fr	320	100	420	82	42	18	19	161	581
	%	76.2	62.1	72.3	19.5	26	4.3	11.9	27.7	

Fuente: Directa del cuestionario Fagerström

Referente al nivel de dependencia de consumo de tabaco, el cuadro 3 mostró los resultados, y se observó que después del 76.2% en la Lic. en Enfermería y 62.1% en la Lic. en Nutrición (que no consumieron), el 15% de la Lic. en Enfermería, 13% de la Lic. en Nutrición, se encuentran en un nivel de no dependencia, sin embargo se observó mas alto el porcentaje en la Lic. en Nutrición con un 24.3% quienes mostraron un nivel de dependencia débil y en la Lic. en Enfermería un 7.2% para este nivel.

Desde hace varias décadas se ha identificado al tabaquismo como una de las principales causas prevenibles de enfermedad y muerte en el mundo. Investigaciones realizadas en diversos países, reportan ascenso en las tasas de consumo de tabaco, particularmente en adolescentes y mujeres, así como disminución de la edad de inicio.⁴¹

Según la Organización Mundial de la Salud, la epidemia de tabaquismo mata cada año a 5,4 millones de enfermos de cáncer de pulmón, cardiopatías y otras enfermedades. De proseguir esa tendencia, para 2030 la cifra aumentará hasta más de ocho millones anuales. El consumo de tabaco es un factor de riesgo para seis de las ocho principales causas de defunción en el mundo.

Cuadro 3

Nivel de dependencia de consumo de tabaco de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición. Facultad de Enfermería de la UASLP. Período octubre-noviembre 2009.

n=581				
Nivel de dependencia de consumo de tabaco		Enfermería	Nutrición	% Total
No consumen	fr	320	100	420
	%	76.2	62.1	72.3
No dependencia	fr	63	21	84
	%	15	13	14.5
Dependencia débil	fr	30	39	69
	%	7.2	24.3	11.9
Dependencia moderada	fr	6	1	7
	%	1.4	0.6	1.2
Dependencia fuerte	fr	1	0	1
	%	0.2	0	0.1
Dependencia muy fuerte	fr	0	0	0
	%	0	0	0
				581
				100%

Fuente: Directa del cuestionario Fagerström

Los datos del estudio, señalan que el 76.2% de la Lic. en Enfermería y el 62.1% de la Lic. en Nutrición refirieron no consumir cigarrillos, seguido del 22.7% quienes refirieron consumir el primer cigarrillo (60 minutos después de levantarse) en la Lic. en Enfermería, y la Lic. en Nutrición, el 36.1% refirió hacerlo igualmente en ese tiempo. Solo el 0.7% tarda 5 minutos en consumir su primer cigarrillo, este dato es de importancia pues, refleja el nivel de dependencia.

El tabaquismo es una entidad clínica definida como adicción a la nicotina del tabaco, se expresa por la necesidad compulsiva de consumir tabaco y la dificultad para abandonarlo, cuando existen estos elementos se puede determinar que existe una forma de dependencia al tabaco.

En la adicción al tabaco se distinguen componentes físicos y psicológicos; la dependencia física tiene que ver con la presencia de la nicotina y las partes orgánicas que ésta estimula, así como con la abstinencia al estar ausente; un aspecto relacionado con la dependencia, es el tiempo que tardan en consumir tabaco después de despertar. La dependencia psicológica se caracteriza por el largo proceso de asociación entre el fumar (que produce placer) y las situaciones cotidianas durante las cuales se usa el cigarro.⁴²

En la Lic. en Enfermería el 76.2% refirieron no consumir cigarrillos, en la Lic. en Nutrición el 62.1% le sigue el 21.4% de Lic. en Enfermería y en la Lic. Nutrición el 32.3%, quienes refirieron no tener problemas para mantenerse sin fumar en sitios donde está prohibido.

Para algunos adolescentes los cigarros son un símbolo muy seductor de madurez, pese a las pruebas de que representan un serio peligro para la salud. Es interesante señalar que el tabaquismo se relaciona en forma estrecha con el consumo de otras sustancias durante la adolescencia.

Se observan que después del grupo de quienes no consumen, los resultados son similares en las dos licenciaturas, pues el 16.2% refirieron que les satisface

mas (los otros cigarrillos), que el primero de la mañana, seguido de 7.6% en la Lic. en Enfermería que refirieron mas satisfacción con el primero de la mañana, en la Lic. en Nutrición se observó mayor proporción, con un 21.7% (el primero de la mañana)

La conducta de fumar es un proceso vital que, generalmente, comienza en la adolescencia período en el que los jóvenes aún no se plantean dejarlo, por lo que en ese momento son fumadores consonantes. Con el paso de los años, empiezan a ser consientes de los potenciales efectos nocivos del tabaco para la salud, y pueden llegar a plantearse el abandono, pero entonces, en ese momento ya puede ser difícil.⁴³

Se encontraron resultados de otro aspecto de la dependencia, el número de cigarrillos por día, en la Licenciatura en Enfermería el 76.2% y en la Lic. en Nutrición, el 62.1%(refirieron no consumir). Quienes sí lo hacen, la cantidad de cigarrillos que refirieron consumir en la Licenciatura en Enfermería fueron (10 o menos) con un 22% seguida de un 1.2% que refirieron consumir (11-20), solo el 0.4% refirió un consumo de alto riesgo (31 o más). En la Lic. en Nutrición se observó mayor el consumo de (10 o menos) un 37.3%, y un 0.6% (11-20)

Es importante señalar que el grado en el cual la nicotina mantiene el control en un fumador depende de las necesidades individuales. Las personas usan el tabaco de manera diferente, algunos lo usan varias veces al año en un contexto puramente social; otros fuman pocos cigarrillos al día, también existen fumadores extremos, los que fuman de 4 a 5 paquetes por día empezando cuando despiertan por la mañana.⁴⁴

Después de los que no consumen 76.2% en la Lic. en Enfermería, 62.1% en la Lic. en Nutrición, el grupo que si consume refirió que el periodo en el que fuman con mayor frecuencia es durante el resto del día y no por la mañana, el 15.5% en la Lic. en Enfermería, 29.2% en la Lic. en Nutrición.

El uso con riesgo abarca tanto las características del consumidor (edad, enfermedad crónica etc.) las condiciones de consumo (consumo en lugares prohibidos), cantidad, la manera de consumo, la naturaleza de los productos. No obstante, desde este punto de vista, el primer cigarrillo de tabaco ya supondría un consumo con riesgo.³⁰

Indica la respuesta a la pregunta, si fuma cuando está enfermo, no consumen 76.2% de la Lic. en Enfermería, 62.1% de la Lic. en Nutrición, de los que si consumen, el 19.5% de la Lic. en Enfermería respondió que no, en la Lic. en Nutrición se observó una diferencia mayor, el 26% contestó no hacerlo y un 11.9% contestó afirmativamente.

La dependencia a la nicotina está relacionada con la periodicidad y cantidad de la droga utilizada en las primeras horas después de despertarse, el primer cigarro de la mañana; este es importante por su fuerza para reducir los síntomas del síndrome de abstinencia.⁴⁴

En la Facultad de Enfermería de la población encuestada, el grupo de edad de (17-21 años) un 64.2% (no consume) 19% de la Lic. en Enfermería consumen su primer cigarrillo (60 minutos después de levantarse) seguido de 0.4% (después de 5 minutos), en la Lic. en Nutrición este grupo de edad (17-21 años) el 21.2% no consume, de los que lo hacen el 32.3% refirió hacerlo (60 minutos después de levantarse) 1.2% (de 31 a 60 min).

La encuesta de tabaquismo en jóvenes, muestra la prevalencia de consumo de tabaco en adolescentes según genero y entidad, en San Luis Potosí, se reporta que 64.2% han fumado cigarros los últimos 30 días, 19.3% las mujeres y 21.2% los hombres, entre el 2 y 12% muestran signos de adicción a la nicotina.²⁸

El grupo de edad que no consumen se encuentra de (17-21 años) la Lic. en Enfermería 64.2%, la Lic. en Nutrición 55.2% en este mismo grupo de edad el

18.2% la Lic. en Enfermería y 55.2% de la Lic. en Nutrición refirieron no tener problemas para dejar de fumar en sitios prohibidos.

Los adolescentes son objeto especial de atención porque se ha observado un incremento en sus patrones de consumo; según Salud Pública de México (2001) algunos de los factores que contribuyen a que los niños y adolescentes sean un grupo de riesgo para el consumo de tabaco incluyen, entre otros, la facilidad de acceso a los cigarrillos, la presión de grupo y las campañas de promoción del consumo de esta sustancia, no obstante que en esta edad es ilegal el uso del tabaco; asimismo, se conoce que el consumo de esta droga se hace cada vez a edades más tempranas, lo que puede tener como consecuencia la iniciación para el consumo de otro tipo de drogas.³⁵

Se observa que después del grupo (17-21 años) que no consume, la Lic. Enfermería (64.3%) la Lic. en Nutrición (55.3%) se encuentra el 13.4% en la Lic. Enfermería que refirieron que les da más satisfacción los cigarrillos que fuman después de la mañana, se observa una diferencia en nutrición, donde contestó el 18.6%, (el primero de la mañana).

Todo tipo de consumo produce daño. Fumar un cigarrillo supone la absorción de sustancias tóxicas e irritantes que en ninguna dosis puede ser inocua. Sin embargo el riesgo se asocia con el número de cigarrillos consumidos por día o el tiempo que se lleva fumando, para la OMS, un fumador es la persona que ha fumado a diario durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos, inclusive uno.⁴¹

Al analizar el consumo por grupos de edad se observa los que no consumen de (17-21 años) en la Lic en .Enfermería 64.3%, Lic. en Nutrición 55.3%, en este mismo grupo de edad se observa una mayor porcentaje en la Lic. en Nutrición que refirieron 33.5% consumir (10 o menos cigarrillos) diariamente, mientras que en la Lic. en Enfermería, el 18.7% consumen (10 o menos)

diariamente. Llama la atención en la Lic. en Enfermería 0.4% refirió consumir (31 o más)

Al preguntarles el horario del día en el que más fuman, el cuadro 31 muestra que en la Lic. en Enfermería (17-21) años después de los que no consumen, 64.3%, la Lic. en Nutrición 55.3% refirieron hacerlo el resto del día, 12.4% en la Lic. en Enfermería mientras que un 7.6% contestaron (por la mañana) en la misma edad. En la Lic. en Nutrición el 26% de (17-21 años) refirió, durante el resto del día y el 8% en esa edad refirió, más (durante la mañana),

El consumo con riesgo define a los sujetos que, sin formar parte de una categoría de consumo excesivo o dependiente, presentan rasgos de comportamiento, o circunstancias de consumo que ya de por si implican un riesgo inmediato o potencial para el consumidor (por ejemplo si se trata de un adolescente, un enfermo con sensibilidad a la sustancia etc.), las condiciones de consumo (consumo en lugares prohibidos) , las cantidades consumidas (según sexo y el producto del que se trate), la manera de consumo.¹⁶

De los estudiantes encuestados el grupo de edad de 17-21 años 64.3% de la Lic. en Enfermería y 55.3% de la Lic. en Nutrición no consumen, mientras que los que si lo hacen en ese grupo de edad el 16.7% de Lic. en Enfermería y 23.6% de la Lic. en Nutrición, refirieron no hacerlo cuando están enfermos.

El Instituto Mexiquense contra las adicciones en el foro académico juventud y tabaco refirió que en los últimos 9 años la edad inicio se haya reducido notablemente de los 21 a los 13 años, cuyas consecuencias podrían desencadenar daños físicos y psicológicos a corto y largo plazo debido al aumento en los años de exposición al humo del tabaco y a la facilidad para adquirir la adicción a la nicotina y a otras drogas. De acuerdo con la encuesta sobre tabaquismo en jóvenes, un dato sobresaliente anotó que las mujeres adolescentes fuman la misma cantidad que sus compañeros, pues ligan el habito

de fumar con el atractivo sexual, el mantener la línea delgada y la sensación de nuevas experiencias.

La adolescencia es de por sí una etapa proclive a probar sensaciones nuevas, sobre todo si representan un desafío o suponen una conducta de riesgo o provocativa y más si se realiza como actividad de grupo. Las adolescentes femeninas tienen más susceptibilidad aunque no se conoce la razón exacta que explique esta diferencia entre sexos.⁴³ Los motivos por los cuales los adolescentes inician y consumen tabaco son: Edad del adolescente, estructura familiar alterada, poca autoestima, estrés, ansiedad, consumo de alcohol, inactividad física, accesibilidad al producto, bajo precio.³⁶

Referente al género femenino en la Lic. en Enfermería no consumen tabaco el 65% en la Lic. en Nutrición el 50.3%, del género masculino, el 11.2% en la Lic en Enfermería 11.8% en la Lic en Nutrición, igual no consumen.

Los que si consumen se observa una diferencia en ambas licenciaturas, en la Lic en Enfermería el 15.6% del sexo femenino en la Lic. en Nutrición 25.5% refirieron fumar el primer cigarro (después de 60 min. después de levantarse).

El sexo masculino 7.2%, de la Lic. en Enfermería y 10.6% en la Lic. en Nutrición refirieron (después de 60 min de levantarse), llama la atención que el porcentaje es mayor en ambos géneros en la Licenciatura en Nutrición.

La acción adversa de la nicotina sobre el cerebro representa el más importante daño que el tabaco ocasiona al fumador, ya que este alcaloide líquido y oleaginoso estimula y seda al sistema nervioso central y periférico creando dependencia y tolerancia.¹⁸

Puede observarse que 14.5% de los que consumen cigarro en la Lic. en Enfermería y 23% en la Lic. en Nutrición, refirió no tener problemas para dejar de fumar en los sitios donde está prohibido.

Fumar es un hábito muy difícil de eliminar, debido a que el número de estímulos al que puede estar asociado es potencialmente infinito, y las gratificaciones que se obtienen son numerosas también. Si se considera que cada inhalación representa un reforzador y si se toma en cuenta el número de fumadas por cigarro (de 7 a 10 promedio), así como la cantidad de estos por día, se obtienen muchos reforzamientos; lo cual demuestra que en múltiples ocasiones la dependencia psicológica es más difícil de eliminar que la física.¹⁸

El 65% del género femenino en la Lic. en Enfermería, y el 50.3% de la Lic. en Nutrición, no consumen, de los que si consumen el 10.7% de la Lic. en Enfermería refirieron, les satisface mas los otros cigarrillo que consumen, (se refieren a que no es el de la mañana), el sexo masculino refirió igual un 5.5%, en este género hay una similitud en cuanto los que no consumen en ambas Licenciaturas, Enfermería el 11.2% y Nutrición un 11.9%.

Llama la atención en la Licenciatura de Nutrición que ambos géneros refirieron sentir más satisfacción por el primer cigarrillo de la mañana 14.2%, (femenino) 6.8% (masculino).

La Secretaria de Salud en su publicación México 2006 proporciona información sobre el consumo de tabaco en adolescentes; a nivel nacional 22.7% de los adolescentes ha fumado al menos 100 cigarrillos y 13.8% de las adolescentes comparten esa característica.⁴⁵

El consumo en el sexo femenino en la Lic. en Enfermería muestra que un 15.4% consume (10 o menos cigarrillos), en la Lic. en Nutrición en el mismo género 26% (10 o menos). En el sexo masculino, en la Lic. en Enfermería un 6.7% refirió (10 o menos), 11.2% la Lic. en Nutrición, (10 o menos), aunque las cifras anotan un consumo menor llama la atención que en la Lic. en Enfermería el 0.7% del sexo femenino refirió consumir (11-20) y el 0.4% (31 o más) del sexo femenino.

Se observó que el género femenino en la Lic. en Enfermería el 65% y el 50.3% de la Lic. en Nutrición, no consumen, el 11.2% de la Lic. en Enfermería y 11.9% de Nutrición del género masculino igualmente no consumen.

En cuanto a género la proporción de los que refirieron consumir, el género femenino en ambas licenciaturas refirió hacerlo más durante el resto del día, observándose ser más alto en la Lic. en Nutrición 21.1%, en la de Enfermería 11%, en el género masculino se observó más alta la proporción de los que refirieron fumar mas durante la mañana 3.7% en la Lic. en Nutrición, a diferencia de la de enfermería que refirieron hacerlo más durante el resto del día 4.5%.

La Encuesta de Tabaquismo en Jóvenes (etj) 2008 muestra que en el estado de San Luis Potosí la susceptibilidad de empezar a fumar fue de 31.2% (masculino) 31.5% (femenino), adicción al consumo 11.3% (masculinos) 3.9% (femenino).

Es importante mencionar que las mujeres que fuman tienen más probabilidad de ser infértiles, puede también llevar a una menopausia temprana, de 1.5 a 2 años antes que en las no fumadoras, por lo que la osteoporosis también se presentaría con la misma diferencia.⁴¹

Referente al género femenino de la Lic. en Enfermería el 65% y el 50.3% en la de Nutrición, no consumen, 11.2% del género masculino de Lic. en Enfermería y 11.9% en la Lic. en Nutrición no consumen. El 18.6% de Lic. en Nutrición y el 14% en Enfermería del género femenino refirieron no fumar cuando están enfermas, 7.5% de la Lic. en Nutrición y 5.5% en la de Enfermería del género masculino igual respondieron no fumar al estar enfermos.

Cuadro 4

Problemas derivados del consumo de alcohol de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición. Facultad de Enfermería de la UASLP. Período octubre-noviembre de 2009

N=581

Problemas derivados del consumo de alcohol		Enfermería	Nutrición	% total
No consumen	Fr %	111 26.5	28 17.4	139 23.9
0 - 7 consumo de bajo riesgo	fr %	255 60.9	121 75.2	376 64.7
8 -15 consumo de riesgo y/o dependencia media	fr %	40 9.5	12 7.4	52 8.9
. Mayor de 16 dependencia alta	fr %	13 3.1	0 0	13 2.2
				581 100%

Fuente: Directa del cuestionario Audit.

De los problemas derivados del consumo del alcohol, (consumo y dependencia), se encontró que después de los que no consumen, 26.5% Lic. en Enfermería, 17.4% Lic. en Nutrición, la mayor proporción se encuentra en un consumo de bajo riesgo, 60.9% de la Lic. en Enfermería, y el 75.2% de la Lic. en Nutrición, sin embargo un 9.5% de la Lic. en Enfermería, y el 7.4% de la Lic. en Nutrición, se encontraron en un consumo de riesgo y/o dependencia media, solo en la Lic. en Enfermería se observó que el 3.1% se encuentra en una dependencia alta.

Tabla 48

Problemas derivados del consumo de Alcohol de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición. Facultad de Enfermería de la UASLP. Período octubre -noviembre 2009.

n=581

Problemas derivados del consumo de alcohol											
1. Problema de consumo de riesgo											
¿Con que frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	No consumen			Total	Si consumen					Total	% Total
	Enf.	Nut.	Total		1= 1 vez al mes o menos			De 2 veces por mes a 4 o más veces por semana			
					Enf.	Nut.	Total	Enf.	Nut.		
	fr	111	28	139	193	72	265	116	61	177	581
	%	26.5	17.4	23.9	46	44.8	45.6	27.5	37.8	30.5	100
¿Cuántas copas se toma en un día típico de consumo normal?				0= 1 o 2			De 3 a 10 o mas				
	fr	111	28	139	159	66	225	150	67	217	581
	%	26.5	17.4	23.9	37.8	41	38.7	35.7	41.6	37.4	100
				0= Nunca			Menos de una vez al mes a semanalmente				
¿Con qué frecuencia toma 5 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	fr	111	28	139	162	76	238	147	57	204	581
	%	26.5	17.4	23.9	38.5	47.1	40	35	35.3	35.2	100

Fuente: Directa del cuestionario Audit.

Tabla 49

Problemas derivados del consumo de Alcohol de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición. Facultad de Enfermería de la UASLP. Período octubre -noviembre 2009.

n=581

Problemas derivados del consumo de alcohol															
2. Problema de dependencia de alcohol	No consumen				Si consumen										
		Enf.	Nut.	Total	0=Nunca		Total	Menos de una vez al mes a casi a diario		Total	% Total				
¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez que ha empezado?	fr	111	28	139	Enf.	266	Nut	118	384	Enf.	43	Nut	15	58	581
	%	26.5	17.4	23.9	63.3	73.2	66.1	10.2	9.3	10	100				
¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	fr	111	28	139	0= Nunca		279	113	392	Menos de una vez al mes a semanalmente		30	20	50	581
	%	26.5	17.4	23.9	66.4	70.2	67.5	7.1	13.4	8.6	100				
¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	fr	111	28	139	0=Nunca		294	130	424	Menos de una vez al mes a semanalmente		15	3	18	581
	%	26.5	17.4	23.9	70	80.7	73	3.5	1.9	3.1	100				

Fuente: Directa del cuestionario Audit.

Tabla 50

Problemas derivados del consumo de Alcohol de los estudiantes de Lic. en Enfermería y Nutrición. Facultad de Enfermería de la UASLP. Período octubre - noviembre 2009.

n=581

3. Daños relacionados con alcohol.	No consume			Si consumen						Menos de una vez al mes a semanalmente		Total	% Total
	Enf.	Nut	Total	0=Nunca			Si pero no en el curso del último año			Enf.	Nut.		
¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?				Enf.	Nut.	Total	Enf.	Nut.	Total	Enf.	Nut.	Total	% Total
	fr	111	28	139	242	106	348	67	27	94	27	94	581
	%	26.5	17.4	23.9	57.5	65.8	60	16	16.8	16.1	16.8	16.1	100
¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?				0= Nunca			Menos de una vez al mes a diario						
	fr	111	28	139	266	107	373	43	26	69	26	69	581
	%	26.5	17.4	23.9	63.3	66.4	64.2	10.2	16.2	11.9	16.2	11.9	100
¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?				0=No			Si pero no en el curso del último año			Si el último año			
				Enf	Nut		Enf	Nut		Enf	Nut		
	fr	111	28	139	294	131	1	0	1	14	2	16	581
	%	26.5	17.4	23.9	70	81.4	0.2	0	0.1	3.3	1.2	2.7	100
¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?				0=No			Si pero no en el curso del último año			Si el último año			
				Enf	Nut		Enf	Nut		Enf	Nut		
	fr	111	28	139	283	128	1	1	2	25	4	29	581
	%	26.5	17.4	23.9	67.3	79.6	0.2	0.6	0.3	5.6	2.4	5	100

Fuente: Directa del cuestionario Audit.

El consumo de bebidas alcohólicas y sus problemas relacionados configuran uno de los principales problemas de salud pública. Y no solo por la elevada prevalencia de su consumo sino también por el amplio arraigo social de este hábito, la escasa percepción de riesgo que genera su uso y la consolidación de un patrón de consumo muy extendido en la población juvenil que se ha venido en denominar de carácter “recreativo”, esto es, asociado a los espacios de ocio centrado en las noches de los fines de semana y, en consecuencia, acompañado de un conjunto de conductas de riesgo que añaden mas peligrosidad a la propia ingesta de alcohol.³⁷

Los datos del estudio señalan que del 100% de los estudiantes de Lic en Enfermería el 26.5% refirieron no consumir alcohol, lo que significa que el 73.5% si consume, de los cuales el 46% refieren un consumo mínimo (1 o menos veces al mes), seguida del 23.8% (2 o 4 veces al mes), en la Lic. en Nutrición el 17.4% no consumen, se observa una ligera diferencia con un 72% los que consumen, 44.8% (1 o menos veces al mes) el 33.5% (2 o 4 veces al mes)

Nadie duda que el alcoholismo constituye un tipo de trastorno adictivo que, sin generar tanta alarma como otros relacionados con las drogas ilegales, provoca importantes repercusiones de salud, sociales y económicas. El consumo de alcohol representa una alta correlación con los accidentes de tráfico, la violencia domestica, diversas patologías orgánicas y mentales, la siniestralidad, absentismo laboral, problemas que afectan al bienestar de los ciudadanos.³⁷

Los datos señalan que el 26.5% de la Lic. en Enfermería y el 17.4% en la Lic. en Nutrición no consumen, de los que consumen bebidas alcohólicas, la cantidad que toman en un día de consumo normal, la Lic en Enfermería el 37.8% refirió (1 o 2), seguido de 17.9% que consumen (3 o 4), el 10.7% (5 o 6) el 2.8% consume (10 o más). La Lic. en Nutrición refirió el 41% (1 o 2 copas), el 30.5% refirieron consumir (3 o 4)

Una copa completa de alcohol tiene diversos equivalentes de acuerdo con el tipo de bebida. Las formas más usuales del consumo de alcohol son la cerveza, que contiene un 5% de alcohol, el vino, con un 11 a 15%, y los licores destilados (ron, whisky) que contienen hasta un 45%.⁸

Según la ENA 2008 el patrón de consumo típico, es de grandes cantidades por ocasión de consumo y presentan frecuencias de consumo que oscilan entre menos de una vez al mes y diario.

Se observó en los resultados obtenidos mediante la pregunta relacionada al consumo de bebidas alcohólicas en un día de consumo normal, 26.5% de la Lic. en Enfermería y el 17.4% de Lic. en Nutrición (no consumen) que los estudiantes encuestados en la Lic. en Enfermería, después de los que no consumen el 21.2% refirieron consumir 5 o más bebidas alcohólicas (menos de una vez al mes) el 7.4% (mensualmente) 6.4% (semanalmente). En nutrición 23.6% refirió hacerlo (menos de una vez al mes) mensualmente el 7.4%.

Los problemas relacionados con el consumo de alcohol han sido clasificados en: problemas sociales, problemas que incluyen accidentes y hechos violentos, problemas mentales y problemas de salud física. La relación entre el consumo y los problemas es compleja y tiene variaciones en relación con el medio ambiente, los individuos y las culturas.⁴⁴

Los bebedores son más en cantidad, que los alcohólicos. Las repercusiones sociales del consumo de alcohol son responsabilidad, en mayor medida, de personas que no presentan dependencia al alcohol, sino que consumen con frecuencia altas cantidades.

En la Lic. en Enfermería los datos del estudio muestran la frecuencia con que los encuestados (no han podido parar de beber una vez que empezaron), el 6.7% (menos de una vez al mes) el 1.9% (mensualmente)

En la Lic. en Nutrición (menos de una vez al mes) el 8.7% (mensualmente) el 0.6%

El consumo excesivo de alcohol produce una variedad de efectos metabólicos, fisiológicos, y conductuales; el patrón de este consumo tiene dos formas principales de presentación, las cuales determinan en gran medida los tipos de daño que pueden producirse. La primera forma de consumo corresponde a episodios agudos caracterizados por una elevada ingesta, que conduce al estado de embriaguez y cuya frecuencia se incrementa sensiblemente los fines de semana y en las festividades. La segunda corresponde al consumo consuetudinario y persistente de bebidas alcohólicas.⁴⁴

Al preguntarles con qué frecuencia no pudo hacer lo que esperaba por el consumo de alcohol, la Lic. en Enfermería refirió el 66.4% (nunca) 6.2% (menos de una vez al mes) en nutrición 70.2 (nunca) el 11.2% (menos de una vez al mes)

El patrón de consumo de alcohol en México se caracteriza porque la población bebe en grandes cantidades en un solo episodio aunque el tiempo entre una y otra ocasión sea lejana.⁴⁵

En la Lic. en Enfermería el 70% refirió (nunca) ha necesitado beber en ayunas para recuperarse, seguido de 2.1% quienes refirieron hacerlo (menos de una vez al mes) y en la Lic. en Nutrición el 80.7% (nunca), seguido de 1.9% (menos de una vez al mes)

Al preguntarles si habían tenido remordimientos o habían sentido culpa después de haber bebido, 57.5% de Lic en Enfermería contestó (nunca), el 13.1% (menos de una vez al mes) en la Lic. en Nutrición 65.8% refirió (nunca), el 15.6% (menos de una vez al mes).

Los datos de las consecuencias negativas del consumo, la Lic. en Enfermería refirieron el 63.3% (nunca) seguido del 7.5% que refirió (menos de una vez al

mes) no recordar lo sucedido porque había bebido, en la licenciatura en Nutrición 66.4% refirió (nunca) seguido de quienes refirieron (menos de una vez al mes) con una proporción más alta que en la Lic. en Enfermería 16.2%.

Se observaron los resultados de la pregunta acerca de una de las consecuencias perjudiciales, como es el daño a los demás o al que consume alcohol en enfermería el 0.2% contestó afirmativamente (pero no en el último año) y el 3.4% (el último año) en nutrición el 1.2% sucedió (el último año)

Los datos señalan en la Licenciatura de Enfermería el 67.3% y 79.6% en Nutrición refirieron que no se ha preocupado alguien por su consumo de alcohol, solo el 5.6% en enfermería y el 2.4% en nutrición refirió (si el último año).

Los adolescentes se involucran con el alcohol y las drogas a través de patrones de progresión desde la abstinencia inicial, el adolescente progresa al consumo de cerveza, cigarrillos, vino, licor y, con frecuencia más tarde al de cannabis y después a otras sustancias psicotrópicas. Es importante destacar el hecho de que, por lo general, los adolescentes no abandonan el uso de una sustancia para comenzar a consumir otra, sino que pasan a ser consumidores de múltiples sustancias con cierta habitualidad (alcohol, tabaco, cannabis, éxtasis) con lo cual se produce una mutua elevación de riesgos.²¹ Este dato es importante, pues dadas las características de la edad, (adolescencia) de los estudiantes, se encuentran predispuestos a este problema.

De la Licenciatura en Enfermería en el grupo de edad de 17-21 años el 38.4% refieren un consumo mínimo (1 o menos veces al mes) seguida de (2 a 4 veces) un 20.3%, un 2.4% (2 a 3 veces a la semana) en el segundo grupo de edad 22-26 años el 7.2% refirió (1 o menos veces al mes) un 3.6% de (2 a 4 veces al mes).

En la Lic. en Nutrición de 17-21 años refirió el 41% de (1 o menos veces al mes) seguida del 31.1% que refirió de (2 a 4 veces al mes) en el segundo grupo 22-

26 años el 3.1% (1 o menos veces al mes) seguida del 1.9% (2 a 4 veces al mes).

Los alcohólicos se incuban en la niñez y pre adolescencia florecen en la segunda y tercera décadas de la vida y sufren las consecuencias del consumo, en términos de enfermedad o muerte, desde los cuarenta en adelante.⁷

En los datos se encontró que muestra se observa que la edad de 17-21 años refiere consumir (1 o 2 copas) el 31.6%, el 15.8% refirió (3 o 4), el 8.9% (5 o 6), en este grupo de edad en la Lic. en Nutrición muestra que el 38% consumen (1 o 2), el 28% (3 o 4) el 6.8% refirió consumir (5 o 6).

En el grupo de 22-26 años de la Lic. en Enfermería el 5.7% refirió consumir (1 o 2), el 2.1% (3 o 4) el 1.9% (5 o 6).

La Lic. en Nutrición en este grupo mostró que el 2.5% refirió consumir (1 o 2) el 1.9% (3 o 4). La información estadística en el Instituto Mexicano del Seguro Social en 2005 presentó un resumen sobre la demanda de servicios de salud en medicina familiar, consulta de especialidades y en urgencias, por trastornos mentales y de comportamiento provocado por el consumo de alcohol y drogas psicoactivas. Entre 1991 y 2003 se registraron alrededor de 13 mil consultas anuales provocadas por el consumo de alcohol en los servicios de medicina familiar; cerca de 4000 en la consulta de especialidades y poco más de 20 000 en urgencias. No escapa a ningún sexo ni grupo de edad, el impacto sobre los hombres es mayor que en las mujeres pero el tipo de droga afecta diferente a los grupos de edad. El alcohol se concentra en los servicios de urgencias en donde el 16% de las consultas se otorgan a menores de 24 años.

El 18.6% de la Lic. en Enfermería refirió consumir (5 o más bebidas) en un solo día, y el 6.7% refirió hacerlo (mensualmente) el grupo de 22-26 años el 2.7% (menos de una vez al mes) 0.7% mensualmente. En Nutrición de 17-21 años refirieron el 21.8% (menos de una vez al mes) el 7.4% (mensualmente) de 22-

26 años el 1.9% refirió hacerlo (menos de una vez al mes) solo el 1.6% refirió (semanalmente).

La evidencia que resulta de diversos estudios y encuestas en la población general sugiere que los problemas que se presentan en el país, en cuanto a uso de alcohol se refiere, se explican por las características particulares del patrón de consumo; éste se presenta en forma episódica (no diaria) con grandes cantidades de alcohol por ocasión de consumo (Alcoholismo y abuso de bebidas alcohólicas). Los resultados en cuanto a la conducta ante el uso del alcohol mostraron que el 6.2% refirió no poder parar de beber una vez que había empezado (menos de una vez por mes) en el grupo de edad 17-21 años en la Lic. en Enfermería, seguido del 1.2 %, que refirió hacerlo (mensualmente) en la Lic. en Nutrición en este grupo de edad el 8% (menos de una vez al mes), en el grupo de 22-26 años de la Lic. en Enfermería reportó un 0.4% (menos de una vez al mes), en la Lic. Nutrición el 0.6%.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006, permite caracterizar de varias maneras a las personas dada su condición de consumo de alcohol. En relación a él en la población de adolescentes de 10 a 19 años, la encuesta permite estimar que 10.7% ha ingerido bebidas que contienen alcohol. La prevalencia de esta conducta de riesgo en los adolescentes de San Luis Potosí es menor a la reportada en el país (17.7%). Al comparar los porcentajes del consumo de alcohol de al menos “alguna vez en la vida” según sexo de los adolescentes, se identifica que en el caso de los hombres, este es mayor (14.2%) que el reportado por las mujeres (7.6%) Se encontró que 19.6% de los adolescentes de 15 a 19 años y 3.9% de los adolescentes de 10 a 14 años dijo haber ingerido bebidas alcohólicas “alguna vez en la vida”.

En la Licenciatura de Enfermería el 5.2% de los estudiantes de 17-21 años refirieron no haber podido hacer lo que esperaban de él porque había bebido (1 o menos veces al mes), el grupo de 22-26 años, 4% refirieron lo mismo (menos de una vez al mes).

Quienes lo hacen mensualmente en la Lic. en Enfermería el 0.4% y en la Lic.en Nutrición el 1.2% de 17-21 años, del segundo grupo de edad el 0.9% (menos de 1 vez al mes) en la Lic. en Enfermería y en la de Nutrición el 1.9%.

Los que han necesitado beber en ayunas para recuperarse en las edades de 17-21 años tanto en la Lic. en Enfermería como en la de Nutrición que el 1.9% refirió hacerlo (menos de una vez al mes). Solo en la Lic. en Enfermería en el mismo grupo de edad refirió hacerlo el 0.7% (mensualmente) y el 0.7% (semanalmente). Se observan consecuencias negativas del consumo como tener remordimientos después de haber bebido el 1.7% en la Lic. en Enfermería refirió (mensualmente) y el 0.4% (semanalmente) de 17-21 años, en este grupo de edad en Nutrición solo el 1.2% refirió (semanalmente) y, de 22-26 años solo en la Lic. en Enfermería el 0.7% refirió (semanalmente), en la Lic. en Nutrición no se observó ninguna cifra.

Otra consecuencia se observó en donde el grupo de 17-21 años refirió que no podía recordar lo que sucedió porque había bebido el 6.7% (menos de una vez al mes) y el 1.2% (mensualmente). En la Lic. en Nutrición se observó más alto en el grupo de 17-21 años que refirió el 15.6% presentar (menos de una vez al mes).

En el grupo de 22-26 llama la atención que el 0.7% refiere (menos de una vez al mes) y el 0.7% (a diario o casi a diario).

Se observa que el 2.6%de 17-21 años de la Lic. en Enfermería refirió que alguien había resultado herido por su consumo en el último año, en nutrición el 1.2% contestaron (en el último año). En el grupo de edad de 22-26 solo en la Lic. en Enfermería se observó el 0.7% que refirieron (si, en el último año).

Se cuenta con información que valora el impacto producido por el consumo de alcohol en la salud de las personas. En su mayoría los problemas se asocian más con la condición de abuso en el consumo de alcohol que con la

dependencia, en los estudiantes de la Facultad de Enfermería, al preguntarles, si alguien se preocupaba por su consumo el grupo de 17-21 años en la Lic. en Enfermería respondió el 3.8% (si el último año) y en Nutrición el 2.5% solo en la Lic. en Enfermería el 2.1% respondió afirmativamente, en el grupo de 22-26 años.

Según la ENA las cifras de consumo por tipo de bebida varían según los grupos de edad. El consumo de alcohol de 96° aumenta con la edad. El mayor consumo de cerveza, de destilados, de vino y de bebidas preparadas ocurre entre los 18 y los 29 años. El gusto por las bebidas preparadas disminuye en forma importante después de los 29 años. En los adolescentes, el orden de preferencia cambia, ya que prefieren bebidas preparadas más que el vino. Las diferencias entre hombres y mujeres son menores que en la población mayor de 17 años, con excepción de las bebidas preparadas, en relación con éstas, se observa una mayor diferencia entre hombre y mujeres adolescentes.

Los datos de la encuesta 2008 confirman lo que se había observado en encuestas previas. La población mexicana no bebe diario o casi diario: 8 de cada 1 000 personas informaron consumir todos los días, en una proporción de 7.5 hombres por cada mujer. Este tipo de consumo aumenta con la edad; por ejemplo, es 3.4 veces más frecuente en hombres mayores de 50 años que en aquellos que tienen entre 18 y 29.³⁹

El 32% del género femenino en enfermería refirió consumir (1 o 2 copas) seguido de 14.7% quienes consumen (3 o 4) el 8.4% (5 o 6). En la Lic. en Nutrición el 31.7% refirió consumir (1 o 2) seguido del 23% que refirieron consumir (3 o 4), el 4.3% (5 o 6). En el género masculino se observa que en la Lic. en Enfermería el 5.9% consumen (1 o 2), 3% (3 o 4), en la misma proporción 2.4% (5 o 6) y (10 o más), en Nutrición 9.3% refirieron consumir (1 o 2), 7.5% (3 o 4), 3.7% (5 o 6).

Estudios realizados han señalado la importancia de la cantidad de alcohol consumida por ocasión, y su importante función en la manifestación de problemas. Esto es, el consumo ocasional asociado con grandes cantidades explica el elevado índice de problemas que se presentan.¹⁰ La frecuencia con que consumen 5 o más bebida alcohólicas se observó que el 33.8% del género femenino en la Lic. Enfermería refirió (nunca) 15.7% (menos de una vez al mes), en Nutrición el 35.4% refirió (nunca), 19.3% (menos de una vez al mes).

En el sexo masculino en la Lic. en Enfermería se observó que 5.5% (menos de una vez al mes) refirieron consumir 5 o más bebidas en un solo día, le siguen el 4.7% que refirieron (nunca).

El Síndrome de Dependencia al Alcohol (SDA) incluye distintos tipos de manifestaciones en conducta y factores psicobiológicos, que se caracterizan principalmente por la falta de control sobre la ingestión de la sustancia. Uno de los síntomas más frecuentes es incapacidad de control.⁴²

Los resultados mostraron que en la Lic. en Enfermería el 49.7% del sexo femenino refirió (nunca) ha sido incapaz de parar beber una vez que ha empezado 6.2% refirieron (menos de una vez al mes), en la Lic. en Nutrición el género femenino el 13.7% refirió (nunca) 4.3% (menos de una vez al mes).

En cuanto al género masculino en la Lic. en Enfermería 13.7% refirió (nunca) seguido del 0.9% quienes refirieron hacerlo (mensualmente), en Nutrición el 18.7% refirieron (nunca), seguido del 4.3% (menos de una vez al mes).

De las consecuencias negativas del consumo como no haber hecho lo que se esperaba porque había bebido, el género femenino el 52.2% refirió en la Lic. en Enfermería (nunca), el 4.6% (menos de una vez al mes, en Nutrición 50.9% refirió (nunca).

El género masculino la proporción que refirieron (nunca) se observó más alta en Nutrición con un 19.3% seguido de una vez al mes 3.7% y en la Lic. en Enfermería un 14.1% (nunca), (menos de una vez al mes) 1.7%.

El bebedor problema bebe en exceso, también existen otros datos significativos:

El abuso de alcohol, suele manifestarse en alcoholizaciones agudas repetidas, es decir, en frecuentes estados de ebriedad.

La alcoholización repetida que, con el tiempo no se traduce en estados de ebriedad reconocible.

. La vida social y familiar sufre cambios negativos con la forma de consumir alcohol del bebedor excesivo.

El daño a la salud necesariamente empieza a verse afectada, aunque de manera muy variable.

El proceso de bebedor problema, con la posibilidad de llegar al síndrome de dependencia, los cambios que se producen en la conducta, conforme se pasa de un uso integrado del alcohol al de un consumo excesivo y después a la verdadera adicción.¹⁰ Referente al género femenino en la Lic. en Enfermería el 56% y en la de Nutrición el 57.7% refirieron (nunca) haber necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido, el género masculino refirieron que (nunca) en la Lic. en Nutrición un 23% y en la de Enfermería el 13.9%.

Se observó que de los problemas derivados del consumo del alcohol, referente al género femenino el 69.6% de Lic. en Enfermería, y el 48.7% en Nutrición refirieron, nunca haber tenido remordimientos con el consumo de alcohol, las dos licenciaturas no presentan diferencias pues en las dos se observa el 10.6% refirieron (menos de una vez al mes). En el género masculino se observa que la proporción es mayor en la Lic. en Nutrición 17.5% (nunca) y en la de Enfermería

11.9% refirió (nunca), de los que refirieron (menos de una vez al mes) se observó mayor proporción en la Lic. en Nutrición con un 5% y Enfermería un 2.6% (menos de una vez al mes).

Se muestra los resultados al preguntarles con qué frecuencia no recuerdan lo que sucedió porque había bebido 50.2% del género femenino en la Lic. en Enfermería y el 50.3% en Nutrición refirieron (nunca), quienes refirieron (menos de una vez al mes), se observó más alto en la Lic. Nutrición con un 9.3% y en la Lic. en Enfermería el 5.9%.

En el sexo masculino se registró más alta la proporción que respondieron (nunca) 6.2% y en la Lic. en Enfermería 13.2%, quienes refirieron (menos de una vez al mes) Se observó una diferencia mayor en la Lic. en Nutrición un 6.8% y en Enfermería, solo el 1.4%.

Los resultados en cuanto al porcentaje de jóvenes que reportó problemas sociales por el consumo, de estos (que alguien resulte afectado) en el género femenino en la Lic. en Enfermería el 55.1% y el 59.9 en Nutrición refirieron (no), el género masculino el 22.4% en la Lic. en Nutrición, y el 14.8% en la de Enfermería.

En el género femenino se registró una proporción más alta en la Lic. en Enfermería con el 2.4 % y el 0.6% en la Lic. en Nutrición refirieron que en el último año alguien había resultado herido por su consumo, ante esta misma situación el género masculino en la Lic. Enfermería 0.9% y 0.6% en la de Nutrición refirieron (si el ultimo año).

La dependencia al alcohol presenta manifestaciones en la conducta y factores psicobiológicos que se reflejan principalmente por la falta de control sobre la ingestión de la sustancia uno de los síntomas es incapacidad de control.

De los estudiantes encuestados al el 54.2% del género femenino en la Lic. de Enfermería y el 58.4% en la de Nutrición al preguntarles que si alguien se

preocupaba por su consumo de alcohol refirieron (no). El género masculino 13.1% en Enfermería y el 21.1% en la Lic. en Nutrición igual refirieron (no), sin embargo en ambos géneros se observó una diferencia, ya que la mayor proporción de los que refirieron (si el ultimo año) fue el género femenino 3.1% y masculino 2.8% en la Lic. en Enfermería.

De los problemas derivados del consumo de drogas ilícitas, (objetivo específico 4) solo se encontró un estudiante, 0.1%, quien refirió haber presentado problemas académicos (ausentismo, bajo rendimiento escolar), frecuentes internamientos por problemas de salud, riesgo de deserción y múltiples internamientos a terapia para favorecer su recuperación del consumo de drogas.

CONCLUSIONES

- De acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio se encontró, que más de la mitad de la población en estudio han consumido alguna sustancia adictiva “alguna vez en la vida”, los tipos de droga que más se consume entre los jóvenes fueron en primer lugar las lícitas: alcohol y tabaco, la proporción aumentó importantemente en el uso de estas sustancias, “hace más de un año” a los últimos doce meses. En orden, la sustancia más usada en las dos licenciaturas, fue el alcohol, en segundo lugar el tabaco. En la Lic. en Nutrición un 82.6% refirieron haber consumido alcohol, el 17.4% refirieron no hacerlo. En la Lic. en Enfermería el 73.5% refirieron consumirlo y 26.5% no consumirlo.
- En el consumo de alcohol por género el femenino mostró una ligera diferencia entre las dos licenciaturas, en la de Nutrición de 59.6% y en la de Enfermería de 57.7%, en el caso del género masculino la Lic. en Nutrición, también mostró las cifras más altas con un 23% y la Lic. en Enfermería con 15.9%.
- Los datos mostraron que de los problemas derivados del consumo de alcohol, el de bajo riesgo se ubicó en la Lic. en Nutrición con 75.2% y en la Lic. en Enfermería con 60.9%. Para el nivel de consumo de riesgo y/o dependencia media, Enfermería mostró 9.5% y Nutrición 7.4%, solo la Lic. en Enfermería mostró 3.1% de dependencia alta y en Nutrición no registró datos para este nivel.
- El consumo de estas sustancias que son aceptadas por la sociedad, no son inofensivas y sus consecuencias dependen de cómo y cuanto se consumen, hay que considerar que entre la población encuestada han comenzado a consumir sustancias adictivas a una edad muy temprana, y que según los especialistas, el alcohol y el tabaco son la puerta de entrada a otras drogas. Los jóvenes no relacionan el consumo del

alcohol con los daños que este ocasiona, solo esperan los efectos positivos (desinhibidor, facilita la convivencia etc.).²

- En general los estudiantes se encuentran expuestos a factores de riesgo considerando la frecuencia en el consumo, aunque los datos registran una frecuencia mayor en el consumo de alcohol, en relación a la de tabaco, es mayor el riesgo de la dependencia en este último y los problemas de salud aumentan con el consumo de nicotina, ya que los datos mostraron que es la sustancia de mayor consumo (a diario), este se registró más alto en la Lic. en Nutrición con 37.9%, el 62.1% refirieron no consumir; en la Lic. en Enfermería el 23.8% refirió consumir y el 76.2% no lo usaron.
- Por género las cifras mostraron mayor porcentaje de consumo en la Lic. en Nutrición un 26.1%, para el género femenino y en la Lic. en Enfermería 16.4%. El género masculino igual mostró las cifras más altas en la Lic. en Nutrición con un 11.8%, la Lic. en Enfermería solo el 7.9% refirió consumirlo.
- En el grupo de edad, en ambas licenciaturas los datos mostraron que la mayor proporción que consumen estas sustancias lícitas se encontró de 17-21 años, una vez más mostró las cifras más altas la Lic. en Nutrición con un 75.8% y la Lic. en Enfermería con un 61.2% para el consumo de alcohol. Para el de tabaco 34.2% en la Lic. en Nutrición y 19.9% en la Lic. en Enfermería para el mismo grupo de edad de 17-21 años.
- El nivel de dependencia de consumo de tabaco en el que se encuentran los estudiantes: para dependencia débil, la Licenciatura en Nutrición fue de 24.3% 7.2% en Enfermería, para dependencia moderada fue 1.4% en Enfermería y 0.6% en Nutrición, para el nivel de dependencia fuerte solo en la Lic. en Enfermería registró 0.2% y Nutrición no registró ningún caso.
- De las sustancias ilícitas, se registró la marihuana en primer lugar seguida de la cocaína y el hachís, el consumo disminuye a la mitad,

entre “alguna vez en la vida” y “hace más de un año”, mostrando nuevamente un aumento en los “últimos doce meses”. El orden en que se registró el consumo de estas sustancias fue: la marihuana ocupó el primer lugar en la Lic. en Nutrición con un 6.8%, la Lic. en Enfermería 3.6% , el hachís 1.9% en la Lic. en Nutrición y 1% en Enfermería; la cocaína se presentó más alto en la Lic. en Enfermería con 1.7% y en la Lic. en Nutrición con 0.6%.

- Los objetivos planteados fueron alcanzados ya que en el presente estudio se identificó el tipo de droga que consumen los estudiantes, en nivel de dependencia de consumo de tabaco y los problemas de consumo de drogas lícitas como ilícitas. Las acciones realizadas para la investigación fueron enmarcadas teóricamente en el modelo médico-sanitario. El que hace la observación en la sustancia, esta es el agente que infecta a la persona. De los elementos que conforman este modelo, dentro de su dimensión de prevención secundaria contempla la detección o impedimento para que la enfermedad que se ha manifestado en las personas, sea detenida o controlada antes de tener un alcance maligno o mortal.
- Así, la prevención se entiende como una defensa ante la amenaza externa que significa la droga, a semejanza de la prevención que suministra la vacunación en las enfermedades infectocontagiosas, esto fue importante en este estudio ya que el primer paso para prevenir es valorar la magnitud del problema, por lo que la detección temprana de un problema de consumo de alguna sustancia adictiva en los estudiantes, es relevante para poder ofrecer ayuda y evitar que se vea afectado tanto personal y familiar como socialmente, al identificar la dependencia en su primera etapa favorece evitar que se incremente el problema de consumo de drogas, para con ello, reducir el daño causado o bien evitarlo totalmente.

RECOMENDACIONES

No existen estudios en la Facultad de Enfermería acerca del consumo de drogas lícitas e ilícitas en los estudiantes.

Diseñar e implementar un programa con base en la investigación en coordinación con otras instituciones como el Centro Estatal contra las Adicciones (CECA) para prevenir el consumo en aquellos que no han iniciado.

Continuar con una intervención para ayudar a los jóvenes con problema de adicciones.

REFERENCIAS

- 1.- Programa Nacional de Salud, 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. Secretaria de Salud. Primera edición, 2007 México.
- 2.- Martínez M. Rubio G. Manual de Drogodependencias para Enfermería. 2002. Ediciones Díaz de Santos. S.A.
- 3.- www.inegi.com.mx {acceso 25 julio 2009}.
- 4.- Cohen J. Psiquiatría Teórica y Práctica. España: McGraw-Hill Interamericana; 2006.
- 5.- Kalina E. Adicciones. 1ª. Edición. Argentina: Ediciones Paídos Ibérica; S.A. 2000.
- 6.- Lorenzo P. Drogodependencias Farmacología. Patología. Psicología. Legislación. 2ª. Edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2003.
- 7.- Stoppard M Que son las drogas. Argentina: Ediciones B; 2000. 124 pág.
- 8.- Florenzano R. Psiquiatría. Santiago de Chile: Publicaciones técnicas Mediterráneo; 2000. Pág. 47-48.
- 9.- Guisa V, Díaz B, Salgado L. Fernández C. Niños, adolescentes y adicciones Una mirada desde la prevención. México D.F: Centros de Integración Juvenil A.C; 2005.
- 10.- Nato A, Rodríguez G. las Víctimas de las Drogas. Buenos Aires; Editorial Universidad; S.R.L. 2001.
- 11.- Katzung G. Farmacología básica y clínica. 9ª. Edición. México: Editorial El Manual Moderno; 2005.

- 12.- García E. drogas de síntesis. Barcelona España: Grupo ARS XXI de comunicación; S.L. 2005.
- 13.- Larrañaga A. C.I.J. informa año13. Núm. 44. Julio-septiembre 2008. Pag.14-15.
- 14.- Revista médica del IMSS. Fernández S. Artículo: El IMSS en cifras. El consumo de alcohol y sustancias psicoactivas. Volumen 43. Núm. 5. Sep.-oct. 2005.
- 15.- Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Adicciones 2008 encuesta por entidad federativa. Primera edición; México: 2009
- 16.- Marcelli D. Manual Psicopatología del adolescente. 2ª Edición. España: MASSON S. A; 2005.
- 17.- <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/028ssa29.html> {Acceso 2 febrero 2010}
- 18.- Tapia R. Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas. 2ª. Edición. México: Editorial El Manual Moderno; 2001.
- 19.- Feldman S. Psicología con aplicaciones en países de habla hispana.6ª. Edición. McGraw-Hill Interamericana: 2006.
- 20.- Goldstein A. Adicción de la Biología a la política de drogas. Barcelona España: Medicina STM. Editores; S.L. 2003.
- 21.- Alarcón D. Psiquiatría. 2ª. Edición. Washington D.C: OPS/ Manual moderno; 2005.
- 22.- Landaburu E. IV Seminario de Educación sobre adicciones; Mayo 2007 Cd. Mendoza Chile.
- 23.- Lara P.www.infoadicciones.net/Pdf/0489-42pdf { acceso 25 julio 2009}

- 24.- Hernández R. Metodología de la Investigación. 4ª. Edición. México: McGraw-Hill/interamericana editores. S.A de C.V; 2006
- 25.- Berruecos L. aspectos culturales que inciden en la prevención de las adicciones. Revista LiberAddictus. Artículo www.infoaddiciones.net. [fecha de acceso 25 junio 2009]
- 26.- Nueva Vida. Centros e instituciones especializadas en la prevención y tratamiento de las adicciones. ww.conadic.gob.mx. {acceso 17 julio 2009}
- 27.- Josep T. Pedreira J. Problemática de la adolescencia y otros aspectos de la edad evolutiva. Barcelona España: Laertes S.A. de Ediciones; 2001.
- 28.- Becoña E. Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. Madrid España: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2002.
- 29.- Encuesta Nacional de Adicciones 2008. Tendencias 2002 – 2008, México, 2008
- 30.- www.drugestatistics.sam. Psicoactiva. Las drogas. {Acceso 17 de febrero 2010}.
- 31.- Fernández C. Metanfetaminas lo que los padres deben saber. México D.F: Centros de Integración Juvenil A.C; 2009.
- 32.- Papalia E. Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia. 9ª. Edición. Editorial Mc. Graw – Hill. México D.F. 2005.
- 33.- http://www.mchc.org/ipc/PoisoningHazards/InhalatAbuse_spa.pdf Datos sobre el abuso de inhalantes.
- 34 Moreno K. Drogas: las 100 preguntas más frecuentes. México: Centros de Integración Juvenil A.C; 2003.
- 35.- www.drugabuse.gov/NIDA.Infofacts. {Acceso 12 abril 2010}.

- 36.- www.drugabuse.gov/NIDA. Serie de reportes de investigación. {Acceso 15 abril 2010}
- 37.- Moreno R. Niños, adolescentes y adicciones. Una mirada desde la prevención. México: Centros de Integración Juvenil A.C; 2005.
- 38.- Bilbao M. Revista LiberAddictus. www.infoadicciones.net/Pdf/0489-42pdf {Acceso 25 julio 2009}
- 39.- Plan Nacional Sobre Drogas (2007). Encuesta sobre drogas a la población escolar (ESTUDES). Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2006
- 40.- Becoña E. Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. (2002). Madrid: Plan Nacional sobre Drogas. Sección monográfica.
- 41.- Ruiz C. Consejería en tabaquismo Consejo Nacional contra las Adicciones. México, D.F. 2006
- 42.- Mujeres y hombres de México www.inegi.gob.mx.
- 43.- Jiménez C. Fagerström O. Tratado de Tabaquismo: 2ª. Edición. Majadahonda Madrid; 2007
- 44.- Coleman J. Adolescencia y salud. Editorial Manual moderno. México; 2008
- 45.- www.inegi.org.mx Inegi 2009.Pdf (SECURED)-Adobe Reader {acceso 02 02 2010}.

APENDICE A

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI
FACULTAD DE ENFERMERIA



HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar: _____ Fecha: _____
Por medio de este documento declaro que acepto participar en el estudio de investigación titulado: _____

Registrado ante el Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, con el número de registro: _____

Aprobado en el Acta N° _____
Con Fecha: _____
Financiado por: _____

El objetivo del estudio es: _____

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: _____

Con una duración de: _____

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, Inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: (riesgo mínimo, riesgo máximo)

El Investigador responsable: _____

se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como responder a toda pregunta y aclarar las dudas que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o algún otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención de salud que recibo en: _____

El Investigador responsable me ha dado la seguridad de que no se me identificará en los reportes, publicaciones o presentaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma estrictamente confidencial.

También se ha comprometido a proporcionarme la información sobre mi condición de salud (si fuera el caso) que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre, identificación y firma del paciente, Nota: La firma puede ser sustituida por huella digital en los casos que así lo amerite.

Nombre, identificación y firma del Representante legal para menores de edad o incapacitados.

Nombre, firma y cédula de Investigador Responsable.

Números telefónicos del investigador responsable a los que puede comunicarse en cualquier momento en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio:

APÉNDICE B

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES: CONSUMO DE DROGAS LICITAS E ILICITAS.

DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION NOMINAL U OPERATIVA	DIMENSIONES
<p>El modelo medico-sanitario hace énfasis en los efectos o consecuencias de las drogas para la salud mediante la transmisión de información y utiliza la disuasión como la herramienta más eficaz.</p> <p>Los tres elementos que conforman este modelo son los siguientes:</p> <p>1) Prevención primaria:</p> <p>Es evitar un acto, suceso o hecho que se interpreta como nocivo para la salud de los sujetos.</p> <p>Estrategia: informar, orientar y capacitar a la población sobre el mal que se quiere prevenir.</p> <p>Las técnicas más comunes son las pláticas, los cursos y los mensajes a través de los medios de comunicación, entre otros.</p> <p>2) Prevención secundaria:</p> <p>Es la detección o impedimento para que alguna enfermedad sea detenida o controlada antes de que llegue a tener un alcance maligno o mortal.</p> <p>Estrategia: Diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado, consiguiendo con ello evitar la gravedad de la enfermedad y a su vez, reducir el daño causado o bien evitarlo totalmente.</p> <p>3) Prevención terciaria:</p> <p>Es minimizar los daños ocasionados y rehabilitar al sujeto para funcionar en la vida, recuperando sus habilidades y capacidades, que fueron afectadas por la enfermedad.</p>	<p>La farmacodependencia es una enfermedad con los tres factores clásicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agente, - Ambiente y - Huésped. <p>Se medirá a través de cuestionarios autoadministrados que miden consumo y frecuencia de alcohol en fases tempranas, así como dependencia a nicotina y uso de sustancias utilizadas alguna vez en la vida.</p>	Dimensión Primaria
		Dimensión Secundaria
		Dimensión terciaria

		Instrumento del centro de Integración Juvenil, fracción: Sustancias utilizadas alguna vez en la vida.		
	Frecuencia	Tabaco	Nominal	De una a cinco veces
		Sustancias utilizadas alguna vez en la vida.	Numérica	De seis a 20 veces.
		Edad de inicio	Numérica	De 21 a 50 veces.
		Frecuencia	Nominal	De 51 a 100 veces.
		Forma de administración	Nominal	Más de 100 veces.
		Abstinencia ocasión	Nominal	
		Ultimo consumo	Numérica	
		Dosis	Numérica	
		Bebidas alcohólicas		
		Edad de inicio	Numérica	
		Frecuencia	Nominal	
		Forma de administración	Nominal	
		Abstinencia ocasión	Nominal	
		Ultimo consumo	Numérica	
		Dosis	Numérica	
	Formas de administración	Cannabis: Marihuana, Hachís		Fumada o inhalada.
		Frecuencia	Nominal	Aspirada (en mucosa nasal)
		Forma de administración	Nominal	Inyectada
		Abstinencia ocasión	Nominal	Ingerida
				Tópica (cutánea)

		Ultimo consumo	Numérica	Aplicada en otras.
		Dosis	Numérica	
	Abstinencia	Cocaína: crack, otra presentación		
		Edad de inicio	Numérica	
		Frecuencia	Nominal	
		Forma de administración	Nominal	
		Abstinencia ocasión	Nominal	
		Ultimo consumo	Numérica	
		Dosis	Numérica	
	Ultimo consumo	Inhalables, Solventes/removedores, Pegamentos, Esmaltes/Pinturas,		Ocasión 1.- Mismo día o anterior. 2.- De dos a siete días. 3.- de ocho a treinta días. 4.- Más de treinta días. 5.- Más de 9 meses.
	Ocasión:	Gasolinas/combustibles, Otros.		
		Edad de inicio	Numérica	
		Frecuencia	Nominal	
		Forma de administración	Nominal	
		Abstinencia ocasión	Nominal	
		Ultimo consumo	Numérica	
		Dosis	Numérica	
	Dosis:	Estimulantes/Anfetamina/Derivados anfetamínicos/ Anorexígenos, Metanfetaminas/otros: Drogas de diseño/MDMA (extásis)/otras		
		Edad de inicio	Numérica	
		Frecuencia	Nominal	
		Forma de administración	Nominal	

		Abstinencia ocasión	Nominal	
		Ultimo consumo	Numérica	
		Dosis	Numérica	

prevención secundaria		Instrumento Fagerström: Calcula la dependencia de nicotina.		
		1.- ¿Cuánto tiempo después de levantarse fuma Ud. su primer cigarrillo?	Nominal	A los 5 minutos (3 puntos) A los 6-30 minutos (2 puntos) A los 31-60 minutos (1 punto) Después de 60 minutos (0 puntos).
		2- ¿Le resulta difícil mantenerse sin fumar en los lugares donde está prohibido, iglesias, cines, otros?	Nominal	Si (1 punto) No (0 puntos)
		3- ¿Cuál de los cigarrillos que Ud. fuma durante el día le satisface más?	Nominal	El primero de la mañana (1 punto) Todos los otros (0 puntos)
		4- ¿Cuántos cigarrillos promedio Ud. fuma diariamente?	Numérica	10 o menos (0 puntos) 11-20 (1 puntos) 21-30 (2 puntos) 31 o más (3 puntos)
		5- ¿Fuma Ud. más durante la mañana que durante el resto del día?	Nominal	Si (1 punto) No (2 puntos)
		6- ¿Fuma Ud. cuando está enfermo y debe permanecer en la cama la mayor parte del día?	Nominal	Si (1 punto) No (0 puntos)

DIMENSION A ESTUDIAR	INDICADORES	ITEMS:	TIPO DE VARIABLE:	PONDERACION DE ITEMS:
Prevención secundaria	Frecuencia de consumo	<p>Instrumento AUDIT establece indicadores clínicos de las fases tempranas de consumo peligroso de alcohol.</p>		
		1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Numérica	0= nunca 1= Una vez al mes o menos 2= Dos o cuatro veces al mes 3= Dos o tres veces por semana 4= Cuatro o más veces por semana
		2. ¿Cuántas copas se toma en un día típico de consumo normal.	Numérica	1= 1 o 2 2= 3 o 4 3= 7 a 9 4= 10 o más.
		3. ¿Con qué frecuencia toma bebidas alcohólicas vez al mes casi a diario en un solo día?	Numérica	0= Nunca 1= Menos de una vez al mes
		4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez que ha empezado?	Numérica	2= Mensualmente 3= Semanalmente
		5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	Numérica	4= Diario o casi diario
		6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Numérica	
		7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Numérica	
		8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Numérica	
		9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque en el curso del año usted había bebido?	Numérica	0= No 2= Si, pero no en el último año
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	Numérica	4= Si, en el último año, si diario		

ANEXO B TEST DE FARGESTROM (PARA MEDIR ÍNDICE DE NICOTINA)

1- ¿Cuánto tiempo después de levantarse fuma Ud. su primer cigarrillo?

A los 5 minutos (3 puntos)

A los 6-30 minutos (2 puntos)

A los 31-60 minutos (1 punto)

Después de 60 minutos (0 puntos)

2- ¿Le resulta difícil mantenerse sin fumar en los lugares donde está prohibido, iglesias, cines, otros?

Si (1 punto)

No (0 puntos)

3- ¿Cuál de los cigarrillos que Ud. fuma durante el día le satisface más?

El primero de la mañana (1 punto)

Todos los otros (0 puntos)

4- ¿Cuántos cigarrillos promedio Ud. fuma diariamente?

10 o menos (0 puntos)

11-20 (1 punto)

21-30 (2 puntos)

31 o más (3 puntos)

5- ¿Fuma Ud. más durante la mañana que durante el resto del día?

Si (1 punto)

No (2 puntos)

6- ¿Fuma Ud. cuando está enfermo y debe permanecer en la cama la mayor parte del día?

Si (1 punto)

No (0 puntos)

ANEXO C TEST DE IDENTIFICACIÓN POR CONSUMO DE ALCOHOL (AUDIT)

CUESTIONARIO	0	1	2	3	4	
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 veces a la semana	4 o más veces a la semana	
2. ¿Cuántas bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	7 a 9	10 o más	
3. ¿Con qué frecuencia toma 5 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	No		Sí, pero no el curso del último año		Sí, el último año	
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por un consumo de bebidas alcohólicas o le ha	No		Sí, pero no el curso del último		Sí, el último año	

sugerido que deje de beber?			año			
Total						

ANEXO D

Equivalencias entre unidad de bebida estándar y bebidas alcohólicas de la OMS

La OMS considera un trago: 1 botella de cerveza de 333 ml, 1 vaso de vino de 140 ml).

Una unidad o copa:

- Una lata o botella de cerveza o una lata o botella de bebidas preparadas o de cooler's = $\frac{1}{4}$ de litro = 8 copas o vasos
- Una copa de licor (tequila, mezcal, aguardiente, ginebra, vodka, whisky, brandy o ron) = $\frac{1}{2}$ litro = 2 copas o vasos
- Farolazo o una copa de vino de mesa = $\frac{3}{4}$ de litro = 6 copas o vasos
- Un jarro o jícara de pulque = 1 litro = 3 copas o vasos
- Un litro de cerveza = 3 copas o vasos
- Un litro de vino = 24 copas o vasos

Copa típica:

- Estimación de consumo: tipo de bebida, tamaño del recipiente, contenido de alcohol.
- Consumo total (en ml o gramos): convertir de acuerdo con las frecuencias en volúmenes diarios, mensuales o anuales. En México una copa promedio equivale a 13 gr de alcohol.

Según la NOM-28 bebida alcohólica es toda aquella que contenga alcohol etílico en una proporción de 2% y hasta 55% en volumen.

Equivalencias entre unidad de bebida estándar y bebidas alcohólicas

1 caña (200 ml) = 1 UBE	(50 ml) = 1 UBE	(50ml) = 2 UBE
Cerveza	Aperitivos generosos,	Whisky
1 litro = 5 UBE	Jerez, Vermut, Cava	
1 vaso (100 ml) = UBE	(25 ml) = 1 UBE	Unidad de bebida estándar
Vino	Carajillo	UBE = 10 gr de alcohol
1 litro = 10 UBE		
1 copa (50 ml) = 2 UBE	(50 ml) = 2 UBE	
1 copa (50 ml) = 2 UBE	Combinado	
Ginebra, Ron, Anís, Brandy		

GLOSARIO

Alguna vez en la vida: Es la prevalencia o proporción de individuos en la población estudiada que refiere haber consumido alguna droga lícita e ilícita. Permite hacer una distinción en la población entre los que han usado y no han usado drogas, sin considerar si las consumen actualmente.

Dependencia: Estado en que la persona le da mayor importancia al consumo de drogas que a otras actividades consideradas importantes, cuando estaban ajenas al uso de sustancias.

Dependencia física: Estado caracterizado por la necesidad que tiene el cuerpo de seguir experimentando los efectos de alguna sustancia cuando se suspende su uso.

Dependencia psicológica: Compulsión por usar de forma frecuente drogas para experimentar sensaciones agradables (placer, euforia) y evitar o disminuir el malestar que provoca no consumirlas.

Último año: Es la prevalencia o proporción de individuos que refieren haber usado alguna droga legal o ilegal una o más veces dentro de los 12 meses anteriores al estudio.

Últimos doce meses: Conocida también como uso actual permite estimar que proporción de la población utilizó drogas dentro de los últimos doce meses previos al estudio.

Adicción: (farmacodependencia o drogadicción) es un estado psicofísico causado por la interacción de un organismo vivo con un fármaco, caracterizado por la modificación del comportamiento y otras reacciones, generalmente a causa de un impulso irreprímible por consumir una droga en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, en ocasiones, para

aliviar el malestar producido por la privación de éste, es decir, el llamado síndrome de abstinencia.