

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-Managua  
Recinto Universitario Rubén Darío  
Facultad de Ciencias Médicas**



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN-MANAGUA

**Tesis para optar al título de especialista en psiquiatría**

**Tema:**

**Factores de riesgo psicosociales asociado al consumo de sustancias psicoactivas en pacientes con trastorno mental y del comportamiento por psicotrópicos ingresados al pabellón 4 del hospital psicosocial de enero 2020 a junio 2022.**

**Autor**

Dra. Elieth De Los Ángeles Balladares.  
Médico Residente de Psiquiatría.

**Tutor Clínico**

Dra. Odili Manzanares.  
Especialista en Psiquiatría

**Asesor Metodológico:** Dr. Manuel Pedrosa.

Managua, Nicaragua, 6 de abril 2023

# **Dedicatoria**

A Dios ya que todo en mi vida proviene de él y para él .

## **Agradecimiento**

Agradezco en primer lugar a Dios por haber permitido realizar el presente estudio.

A mi hija Arleth Nicole por el tiempo ausente para poder cumplir con esta meta.

A mi familia por todas sus oraciones y apoyo para lograr una meta más a nivel académico.

A la Dra. Odiliz Manzanares por aceptar la tutoría científica del presente estudio y ser más que una docente en mi vida.

A la Dra. Elda Jirón por su paciencia, apoyo y colaboración en la realización del presente estudio. Por siempre estar como una guía en el proceso.

## Resumen

Con el objetivo de analizar los Factores de riesgo psicosociales asociados al consumo de sustancias psicoactivas en pacientes con trastorno mental y del comportamiento por psicotrópicos ingresados en el pabellón de agudos de varones del hospital psicosocial Dr. José Dolores Flete Valle en el periodo de enero 2020 a junio 2022 se realizó un estudio analítico-correlacional mediante un DCA. Se cosificaron las características sociodemográficas, se dieron a Conocer los principales factores de riesgo psicosociales asociados al consumo de sustancias psicoactivas en la población a estudio se Determinaron las principales sustancias psicotrópicas consumidas por los pacientes en estudio y se Correlacionaron el número de sustancias consumidas con la cantidad de traumas, medios de comunicación, disfunción familiar, curiosidad y Influencia de Amistades. Los análisis estadísticos efectuados fueron: descriptivos y correlacional se utilizó la prueba de Chi cuadrada corregida. Del análisis y discusión de los resultados obtenidos, se alcanzaron las siguientes conclusiones: El rango de edades que predominó fue 36-50 años con un 48.9%, La procedencia urbana con un 66%, el nivel cultural que predominó fue la primaria 36.4%. el estado civil soltero con 67%. Los Factores de riesgo identificados fueron *Pérdida de un ser querido* 21.6%, abuso sexual 5.7%, agresiones físicas 40.9% y Otros traumas un 8% .No hubo correlación entre la cantidad de traumas y el número de sustancias consumidas, se demostrando que existe correlación entre los medios de comunicación como factor de riesgo y el número de sustancias psicoactivas que consume, no se demostró correlación en tre disfunción familiar y el número de sustancias, y si hay correlación entre curiosidad y el número de sustancias, así también se encontró correlación entre Influencia de Amistades y el número de sustancias que estos consumen,  $p:0.579$ ,  $p:0.039$ ,  $p:0.079$ ,  $p:0.00$ ,  $p:0.00$ .

Palabras Claves: Factores de riesgo, sustancias psicoactivas, dependencia, adicción.

# ÍNDICE

Dedicatoria.....	1
Agradecimiento.....	2
Resumen .....	3
I. INTRODUCCIÓN .....	6
II. ANTECEDENTES.....	8
III. JUSTIFICACIÓN .....	15
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	18
V. OBJETIVOS .....	20
VI. MARCO TEORICO .....	21
<b>1 . Drogas y sus efectos</b> .....	21
<b>3 definición de sustancias psicoactivas</b> .....	25
<b>5 Uso y abuso de sustancias psicoactivas</b> .....	27
<b>6.6 Tipos de consumo de sustancias psicoactivas</b> .....	28
<b>7 En relación al uso de droga y género:</b> .....	30
<b>8 . Causas sociales e individuales del consumo de droga</b> .....	30
<b>9 . Razones de consumo de sustancias psicoactiva</b> .....	31
<b>10 .Teorías de consumo de sustancias psicoactivas</b> .....	32
VII. HIPÓTESIS .....	52
VIII. DISEÑO METODOLÓGICO .....	53
IX. RESULTADOS .....	70
X. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	85
XI. CONCLUSIONES.....	95
XII. RECOMENDACIONES .....	98
XIII. BIBLIOGRAFÍA .....	99

XIV. ANEXOS.....104

## **I. INTRODUCCIÓN**

Las drogas en los últimos años no solamente se han convertido en un asunto de seguridad nacional, sino que también su difusión se cierne como una incuestionable inminencia de salud pública y social. Además, se trata de un factor excepcionalmente dinámico de muchos aspectos entre ellas la iniciación de nuevas sustancias cada vez más viables, más potentes y más adictivas que pueden llegar a crear más daños neurológicos que se asocian al desarrollo de trastornos mentales y del comportamiento en dichos consumidores.

El consumo cotidiano de drogas determina constantes cambios en el sistema nervioso central. En sí, un solo factor no puede determinar que se desarrolle dependencia a las drogas. En cuanto a los factores de riesgo psicosociales cada vez son más las evidencias científicas de su impacto en el desarrollo de la adicción.

En el Hospital Psiquiátrico como único hospital de referencia nacional de salud mental existente se ha visto cada día en las consultas tanto de emergencia, como en consulta externa, así como en los pacientes hospitalizados una alteración en la conducta y el comportamiento asociado al uso de sustancia psicotrópicas por lo que implica una preocupación desde el punto vista médico y de salud pública. (psiquiatría, 2020)

En esta unidad hospitalaria no se cuenta con un estudio dirigido a analizar los factores de riesgo psicosociales asociado al consumo de sustancias psicoactivas por lo que en el presente estudios se pretende determinar los Factores de riesgo psicosociales asociados al consumo de sustancias psicoactivas en pacientes con trastorno mental y del comportamiento por psicotrópicos ingresados en el pabellón de agudos de varones, así como clasificar las características socio - demográficas de los pacientes en estudio ,Conocer los principales factores de riesgo psicosociales asociados al consumo de sustancias psicoactivas en la población a estudio, así como determinar

las principales sustancias psicotrópicas consumidas por los pacientes en estudio y correlacionar el número de sustancias consumidas con la cantidad de traumas, medios de comunicación, disfunción familiar, curiosidad y Influencia de Amistades.

## **II. ANTECEDENTES**

Para desarrollar la investigación se realizó una rigurosa revisión bibliográfica en repositorios UNAN-Managua, UNAN-LEON, también búsquedas en repositorio de universidades Internacionales, revistas científicas de Psiquiatría y se constató la presencia de investigaciones relacionadas sobre el tema **“Factores de riesgo psicosociales asociado al consumo de sustancias psicoactivas en pacientes con trastorno mental y del comportamiento por psicotrópicos ingresados al pabellón 4 del hospital psicosocial de enero 2020 a junio 2022”**.

A nivel **internacional** se encontró estudios de posgrado relacionadas con el tema, por tal razón de acuerdo a la relevancia del contenido y al enfoque de esta investigación se seleccionaron los siguientes.

Un estudio en la Universidad Centro occidental “Lisandro Alvarado” de Venezuela titulado **FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS AL CONSUMO Y ADICCIÓN A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**. Demostró que el consumo y adicción de sustancias psicoactivas esta mediadas o influenciadas por diversos factores tales como familiares, individuales, psicológicos y comunitarios que actúan como medios de protección o riesgo para el desarrollo de conductas adictivas, además se demostró que el medio familiar ocupa un lugar destacado desde el principio de este proceso de socialización lo que va determinar en último término que ponga en práctica unas u otras conductas, por tanto los padres y el entorno familiar juegan un papel importante para el uso o no de drogas por parte de sus hijos; así también se demostró que la mejora en el bienestar social, biológico y psicológico de las personas, puede ser una de las mejores formas de hacer prevención para el consumo de drogas.(Carmona, 2017,p10)

En Argentina se realizó un estudio titulado FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, se demostró la percepción de riesgo aumenta cuando se indaga sobre consumo frecuente para una misma sustancia y, por lo tanto, es más baja la percepción de gran riesgo frente al consumo experimental (de una o dos veces). La percepción de gran riesgo frente al consumo experimental y de alguna vez de marihuana es la más baja, del 39,5% y 41% respectivamente. En cuanto a las tasas de consumo de tabaco y alcohol, ambas son más altas entre las personas con baja o ninguna percepción de riesgo sobre su uso frecuente. El 23% de la población bajo estudio sintió curiosidad alguna vez por probar una droga. Entre los 18 y 24 años, la población con curiosidad por probar alguna droga supera el 37%. Entre los más jóvenes (12 a 17 años), dicho porcentaje es del 16,4%. Un 9,4% de la población consumiría drogas si tuviera la ocasión, aunque sea de modo experimental. La marihuana es la droga de mayor percepción de facilidad de acceso (48,9%), seguida por la cocaína (34,5%) y esto se corresponde con los niveles de consumo encontrados en la población. (argentina, 2017,p15 )

Otro trabajo encontrado fue: Katalina Espinosa en la Fundación Universitaria San Martín, Colombia titulado Factores relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en donde demostró una prevalencia de consumo actual de SPA del 35%. En 28 mujeres (34%) y 23 hombres (37%) reportaron consumir actualmente algún tipo de SPA. En ambos sexos la sustancia más consumida es el alcohol (34%). El entorno familiar se evaluó con el test de Apgar familiar, y se observó que los escolares con algún tipo de disfunción familiar eran más propensos al consumo de SPA: disfunción familiar. Conseguir SPA en la instalación educativa es fácil para el 34% (OR = 1,29; IC95%, 0,59-2,79). En cuanto al entorno con la vecindad, se encontró que la existencia de expendios de sustancias ilícitas es de 45% (OR = 1,17; IC95%, 0,56-2,45). Conseguir SPA dentro del barrio es fácil para el 40% (OR = 1,95; IC95%, 0,92-4,15). Con

respecto al análisis multivariable mediante regresión logística no condicional, se obtuvo que las asociaciones más significativas con el consumo de SPA son tener disfunción familiar grave (OR = 7,32; IC95%, 1,74-30,76) y estar cursando el grado 11 (OR = 14,59; IC95%, 2,37-89,74). (Katalina, 2015, p,11)

Eva Peña en la Universidad de Alcalá Estados Unidos realizó un estudio titulado Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias psicoactivas. Demostró que cómo el riesgo aumenta ante la presencia de determinadas variables a medida que se incrementa el número y tipo de sustancias consumidas. Los estudiantes que consumen drogas suelen consumir varias sustancias y no una sola; confirmándose así una asociación estrecha entre los consumos de alcohol, tabaco y cánnabis. Se ha encontrado que, en general, el riesgo relativo aumenta progresivamente a medida que aumenta el número de sustancias consumidas. La presión que ejerce el grupo para los consumos ha sido también identificada como un factor de riesgo en el consumo de sustancias. Se demostró que los padres que muestran una actitud no permisiva con respecto al consumo de sustancias de sus hijos están asociados a un menor consumo de cualquiera de las sustancias por parte del adolescente. También se encontró que el absentismo escolar injustificado ha resultado tener un impacto relevante como factor de riesgo de una mayor implicación del joven en diferentes tipos de consumo. (Pedroza, 2009, p21)

En otro estudio Teresa Laespada, Ioseba Iraurgi y Elisabete Aróstegi en el año 2004 en la universidad de Deusto-España realizaron un estudio con el objetivo de Analizar el consumo de sustancias que determinados grupos de edad realizan en diferente momento temporales. En donde se demostró una reducción de la proporción de casos de consumidores excesivos de alcohol en un 25%; y un aumento importante del caso de abstemios, una existencia de un 13,7% de

bebedores excesivos; el efecto independiente del sexo y la edad sobre la tipología de consumo de alcohol resulto estadísticamente significativa , por tanto en definitiva, mientras los grupos más jóvenes tienden a mostrar una mayor tendencia a incrementar la proporción de casos abstinentes, los grupos de mayor edad tienden a mostrar una mayor estabilidad en cada una de las tipologías de consumo, es decir, la proporción de casos abstinentes, de bebedores moderados y/o excesivos se mantienen de forma más estable a lo largo de los años. (Teresa Laespada, 2004, p26)

En **nuestro país** se encontraron las siguientes investigaciones que se aproximan al tema. Francia Saraí Martínez Madrid en el año 2017 realizo un estudio titulado factores determinantes del consumo de drogas en adolescentes. En donde demostró que la edad del consumo se incrementa desde los 13 años con un 22%, aumentando en las edades de 15 años hasta los 17 años en un 12%. El sexo de los participantes predomina el 52% sexo Masculino. La procedencia era de área urbana 78%, en relación a la escolaridad de los encuestados se observa que la mayoría cursa la educación primaria a pesar de la edad 66% seguido de educación secundaria 28%. El 44% sus padres están separados, seguido de adolescentes que provienen de padres de unión libre 32%. La sustancia que más se consume en las familias de los adolescentes es el alcohol 34% destaca la violencia intrafamiliar de tipo Física 48%. Viven solo con su madre 42%o con un familiar 38%. El 70% de los adolescentes obtienen la droga por medio de sus amigos. ana. Consumió por primera vez droga se analiza que un 50% lo realizo por curiosidad, un 20% por influencia de un amigo. (Madrid, 2015-2017,p38)

Otro estudio encontrado fue el Yeni del Carmen Meléndez Managua-Nicaragua titulado Factores de riesgo psicosociales asociados al consumo de sustancias psicoactivas de los (as)

jóvenes del Programa Ambulatorio de Drogodependencia Adolescente Juventud Policía Nacional-CENICSOL

. En donde demostró la mayoría de los participantes son masculino y un mínimo porcentaje femenino, el rango de edad más significativa es de 15 a 17 años, Con respecto al grado académico la mayoría de los jóvenes tienen aprobado el nivel de educación primaria y algunos poseen un nivel de primaria incompleta, los jóvenes consumen mayormente tabaco con una frecuencia de consumo de tipo compulsivo, de igual manera se destaca el consumo de la marihuana de manera habitual, las razones más comunes por las que esta población consume esta sustancia es la curiosidad y el deseo de formar parte de un grupo social aspectos que están vinculados al desarrollo social de los adolescentes. Otro elemento a mencionar es que el alcohol y el crack se consumen con igual porcentaje y con un consumo habitual. Un área de mayor riesgo observada en el estudio es la conducta la cual interfiere en los jóvenes como un factor de riesgo, la crianza de estos jóvenes fue sin normas establecidas y sin respeto a las leyes. La presión grupal es otra área de mayor riesgo que presentan los jóvenes, siendo los grupos a los que pertenecen los que promueven el consumo de drogas, la deserción escolar y la desobediencia a los padres y normas sociales. El desempeño escolar en los jóvenes es deficiente presentan bajo interés por su educación. (Mejía, 2016-2017, p47)

En otro estudio realizado por Eveling Danesa Guerrero Campos en el año 2016 en Boaco realizó un estudio descriptivo de corte transversal, titulado Prevalencia y Nivel de Riesgo del Consumo de Sustancias Psicoactivas, en adultos urbanos con el objetivo de Determinar la prevalencia y nivel de riesgo del consumo de sustancias psicoactivas, en adultos urbanos. En donde demostró que la mayoría eran adultos jóvenes, solteros, con baja escolaridad, obreros y con hijos. La prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas de vida y de los últimos 3 meses

fue de 77.6% y 60%, respectivamente, y la práctica de policonsumo en alguna ocasión fue de 48.8% y 40%, respectivamente. Las sustancias psicoactivas de mayor consumo fueron alcohol y tabaco, seguido por cannabis, cocaína y sedantes, respectivamente. Las sustancias psicoactivas con mayor porcentaje de problemas sociales y de salud fueron los inhalantes, opiáceos, seguidos por cocaína y cannabis. El nivel de consumo de riesgo de las sustancias psicoactivas fue clasificado como bajo, moderado y alto en 40.4%, 27.2% y 32.4%, respectivamente. El consumo diario se observó en alcohol, tabaco, cannabis, cocaína y sedantes. Solo 1.2% usaban drogas intravenosas. (Campos, 2016, p 29)

En un estudio multicéntrico publicado en el 2007 en que participaron 10 países latinoamericanos, incluyendo Nicaragüense concluyó que el consumo de alcohol (Promedio de litros/año) fue elevado, comparado con los promedios mundiales (8.7% vs. 6.2%). La prevalencia de ingesta peligrosa fue elevada en ambos sexos y en todos los países. La carga de morbilidad atribuible al alcohol de los jóvenes es elevada y las enfermedades neuropsiquiátricas constituyen una importante proporción de años de vida perdidos (7.7% en hombres y 9.8% en mujeres) y años de vida ajustados según discapacidad (47.1% en hombres y 61.7% en mujeres. (salud, 2007, p47)

Elda Yesenia Jirón Gonzáles en el año 2004 en Managua Nicaragua realizo un estudio descriptivo de corte transversal con el objetivo de determinar la comorbilidad psiquiátrica asociadas al consumo de sustancia psicotrópicas de los pacientes egresados de los pabellones de agudos del Hospital Psiquiátrico Nacional. En donde demostró que las edades en las que se presentaron mayor porcentaje de egreso por trastorno mentales asociados a psicotrópicos fueron las edades comprendidas entre 21 a 30 años de edad con el 42,85%, seguido de las edades

comprendidas entre los 31 a 40 años con el 26,46%, el sexo predominante fue el sexo masculino entre los pacientes que egresaron con el diagnostico de trastorno mental y de la conducta asociado a psicotr6picos con el 92,58% y el sexo femenino ocupo el 7,15%. El diagnostico de comorbilidad solo estaba consignado en el 26,54%, en cuanto el tratamiento fue a base de psicof6rmacos en el 87,50% y psicoterapia se dio en el 12,50%. (Gonzales, 2004.)

### **III. JUSTIFICACIÓN**

La ingesta de psicotrópicos, se entiende como un problema complejo de tipo social, en cuanto a la magnitud de sujetos que se ven afectados por este; resalta el crecimiento del consumo de sustancias etílicas en jóvenes y las consecuencias perjudiciales del uso de sustancias psicoactivas, que comprometen el estado de salud y desarrollo de una gran cantidad de infantes, adolescentes y adultos. (Mielgo, 2012)

Esto ha motivado a la OMS y sus Estados Miembros para actuar de manera continua a todos los niveles sobre este problema. (Salud., 2007). El Plan Nacional de Salud del MINSA incluye en sus objetivos la transformación de la conducta de las personas, la familia y la comunidad con relación a la salud y prácticas saludables, incluyendo la prevención del alcoholismo y la drogadicción. (Salud M. d., 20004-201)

En Nicaragua no hay una cifra exacta de cuantos padecen trastorno mental y del comportamiento asociado al consumo de psicotrópicos, sin embargo se ha observado el aumento de pacientes con este diagnóstico en el pabellón agudo de varones, hay evidencias científicas de la relevancia de los factores de riesgo psicosociales para el desarrollo de adicciones a sustancias psicoactivas que posteriormente pueden conllevar a múltiples alteraciones en la vida del consumidor tanto médicas ,sociales, psicológicas y mentales .

Por tal razón esto es lo que conllevo a seleccionar el tema titulado, Factores de riesgo psicosociales asociado al consumo de sustancias psicoactivas en pacientes con trastorno mental y del comportamiento por psicotrópicos ingresados al pabellón 4 del hospital psicosocial de enero 2020 a

junio 2022. Es relevante debido a que tiene conveniencia institucional, relevancia social, implicaciones prácticas, valores teóricos y utilidad metodológica.

**Conveniencia institucional:** este trabajo es de gran importancia porque estudia los , Factores de riesgo psicosociales asociado al consumo de sustancias psicoactivas en pacientes con trastorno mental y del comportamiento por psicotrópicos ingresados al pabellón 4 del hospital psicosocial, ya que ,no hay un estudio de este tipo realizado anteriormente en esta unidad se considera un tema de interés haber investigado y poder tener conocimiento sobre los factores psicosociales que influyen al consumo de sustancias psicoactivas en los pacientes a estudio ya que al identificarlos se podrá realizar estrategias psicoterapéuticas dirijas a dichos factores psicosociales interfiriendo de este modo a reducir el uso psicofármacos y reforzar la psicoterapia según permita el estado mental del paciente.

También se podrán utilizar la información psicosocial para el seguimiento ambulatorio de los pacientes fortaleciendo redes de apoyo según su ámbito social que a su vez disminuirá los reingresos al pabellón de agudos de varones.

**Relevancia social:** Los datos obtenidos de esta investigación podrán ser utilizados para desarrollar estrategias de prevención de consumo de sustancias en los diferentes ámbitos sociales como en escuelas, universidades, barrios etc. Así como por diferentes instituciones afines a la prevención del consumo de sustancias, ya que al identificar los principales factores de riesgo psicosociales abren camino a planes preventivos de formas más específicas a los grupos sociales dirigidos y disminuir de esta forma la cantidad de habitante que desarrollen adicciones que los puede conllevar a presentar trastornos mentales y del comportamiento por psicotrópicos.

**Implicaciones Prácticas:** El presente trabajo sirvió para Determinar los Factores de riesgo psicosociales asociados al consumo de sustancias psicoactivas en pacientes con trastorno mental y del comportamiento por psicotrópicos ingresados en el pabellón de agudos de varones del hospital psicosocial., nos permitió a la vez pensar en nuevos estudios que se pueden realizar en base al tema estudiados crear un plan de trabajo, enfocados en los datos obtenidos , que nos permita una mayor calidad de vidas, nueva esperanza, permitirles mantener mayor estabilidad mental, social, laboral y académica.

**Valor Teórico:** a través del conocimiento obtenido de la investigación nos permitió conocer afondo cuales los Factores de riesgo psicosociales asociados al consumo de sustancias psicoactivas en pacientes con trastorno mental y del comportamiento por psicotrópicos y teniéndolos presente se nos facilita durante la consulta médica incidir en estos factores, nos permite se explicaran con mayor sustento científico cuales son los fenómenos actuales que están presentando nuestros pacientes No habiéndose estudiado anteriormente permitiendo el análisis de la correspondencia con estudios internacionales.

**Utilidad Metodológica:** este trabajo es de tipo enfoque mixto basado en la solución de problemas en la realidad, y de integración sistémica de métodos cualitativos y cuantitativos de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua (UNAN-Managua). Este es el primer trabajo en línea científica que se realizó en esta unidad para conocer cuáles han sido los factores de riesgo psicosociales asociados al consumo en los pacientes con trastorno mentales y del comportamiento por psicotrópicos.

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

##### **Caracterización**

Las sustancias psicoactivas son diversos compuestos naturales o sintéticos, que actúan sobre el sistema nervioso generando alteraciones en las funciones que regulan pensamientos, emociones y el comportamiento. El daño asociado al uso de sustancias psicoactivas, a corto o a largo plazo, depende de la interacción de un conjunto de factores, tales como el tipo de sustancia y la forma de consumo, las características personales, físicas y psicológicas, del consumidor, pero también del contexto psicosocial en el que se produce el consumo.

Los factores culturales y sociales son muy importantes en el inicio y la continuación del consumo de sustancias. Los trastornos por uso de sustancias generalmente implican patrones de comportamiento en el que las personas afectadas continúan consumiendo una sustancia a pesar de tener problemas causados por su uso. También puede haber manifestaciones fisiológicas, incluyendo cambios en los circuitos cerebrales. Existen numerosas intervenciones con base en la evidencia científica, que son efectivas en la reducción del uso de sustancias y de su impacto en la salud, ya sea previniendo el uso, abordando tempranamente los factores de riesgo psicosociales de la población vulnerable.

##### **Formulación.**

A partir de la caracterización y delimitación del problema antes expuesta, se plantea la siguiente pregunta principal del presente estudio: ¿Cuáles son los factores de riesgo psicosociales asociados al consumo de sustancias psicoactivas en pacientes con trastorno mental y del comportamiento por psicotrópicos ingresados al pabellón de agudos de varones del Hospital Escuela José Dolores Fletes Valle en el periodo de enero 2020 a junio 2022?

## **Sistematización.**

Las preguntas de sistematización correspondientes se presentan a continuación:

¿Cuáles fueron las características sociodemográficas que influyeron en el consumo de sustancias psicoactivas en los pacientes en estudio?

¿Cuáles fueron los principales factores de riesgo psicosociales asociados al consumo de sustancias psicoactivas en la población a estudio?

¿Cuáles fueron las principales sustancias psicotrópicas consumida por los pacientes en estudio?

¿Cuál es la correlación entre el número de sustancias consumidas con la cantidad de traumas, medios de comunicación, disfunción familiar, curiosidad y Influencia de Amistades?

## **V. OBJETIVOS**

### **General**

Analizar los Factores de riesgo psicosociales asociados al consumo de sustancias psicoactivas en pacientes con trastorno mental y del comportamiento por psicotrópicos ingresados en el pabellón de agudos de varones del hospital psicosocial Dr. José Dolores Flete Valle en el periodo de enero 2020 a junio 2022.

### **Específicos**

- Clasificar las características socio - demográficas de los pacientes en estudio.
- Conocer los principales factores de riesgo psicosociales asociados al consumo de sustancias psicoactivas en la población a estudio.
- Determinar las principales sustancias psicotrópicas consumidas por los pacientes en estudio.
- Correlacionar el número de sustancias consumidas con la cantidad de traumas, medios de comunicación, disfunción familiar, curiosidad y Influencia de Amistades.

## **VI. MARCO TEORICO**

El presente protocolo de investigación está enfocado sobre el tema “Factores de riesgo psicosociales asociados al consumo de sustancias psicoactivas en pacientes con trastorno mental y del comportamiento por psicotrópicos ingresados en el pabellón de agudos de varones del hospital psicosocial Dr. José Dolores Flete Valle en el periodo de enero 2020 a junio 2022”. Esta investigación se sustenta por medio de la recopilación de investigaciones previas, experimentos y soporte teórico como es el llamado, “Marco Teórico”.

Según Hernández, (2015) Señala que:

“Un Marco Teórico es un compendio escrito de artículos, libros y otros documentos que describen el estado pasado y actual del conocimiento sobre el problema de estudio. Nos ayuda a documentar cómo nuestra investigación agrega valor a la literatura existente. Con esta recopilación de información, también se intenta demostrar cuál es el aporte novedoso que el proyecto de investigación va a hacer en su área de conocimiento respectiva “(p60).

### **1 . Drogas y sus efectos**

Bajo la denominación de “sustancia psicoactiva” o “droga”, se incluye un grupo variado de sustancias, cuyo potencial adictivo, así como su peligrosidad, puede variar significativamente. Estas diferencias se deben no sólo a características farmacológicas particulares de cada sustancia, sino también a la cronicidad del uso, la dosis, la vía de administración, las características del usuario y el contexto en que se consume. (delito, (2015- 2017 )

La investigación desarrollada en las últimas décadas en el campo de las neurociencias ha aportado la evidencia necesaria que permite sustentar una relación íntima entre las estructuras

cerebrales y las conductas asociadas con el consumo de drogas, además de la predisposición, los efectos a corto y largo plazo que puede causar el consumo de sustancias y la importante participación de los factores medioambientales. Gracias al avance en el conocimiento de la neurobiología de las adicciones, ahora se sabe que el consumo repetido de drogas se sigue de cambios persistentes en el funcionamiento del sistema nervioso central. (delito, (2015- 2017 ).

## **2 Características de una conducta adictiva**

Para el DSM-IV-TR la dependencia de una sustancia se caracteriza por un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres o más de los síntomas y durante un 7 período continuado de 12 meses. (Becoña Iglesias, 2016)

El DSM-IV-TR también considera el abuso de sustancias, el cual define como:

- Un fuerte deseo o un sentimiento de compulsión para llevar a cabo la conducta particular (especialmente cuando la oportunidad de llevar a cabo tal conducta no está disponible).
- La capacidad deteriorada para controlar la conducta (especialmente, en términos de controlar su comienzo, mantenimiento o nivel en el que ocurre).
- Malestar y estado de ánimo alterado cuando la conducta es impedida o la deja de hacer.
- Persistir en la conducta a pesar de la clara evidencia de que le está produciendo graves consecuencias al individuo. (Becoña Iglesias, 2016)

### **Las adicciones con sustancias, o consumo de drogas psicoactivas**

El **alcohol** es el principal factor causal de más de sesenta tipos de enfermedades y lesiones, y es responsable de aproximadamente 2,5 millones de muertes en el mundo cada año. El consumo de alcohol en grandes cantidades por períodos prolongados de tiempo representa un grave riesgo para la salud. Su consumo en la adolescencia es especialmente nocivo para la salud. La evidencia muestra que las personas que empiezan a beber antes de los 15 años de edad tienen cuatro veces más probabilidad de cumplir con el criterio de dependencia en algún momento de sus vidas. Dado el proceso de desarrollo del cerebro, el consumo de alcohol en la adolescencia, especialmente si se hace en grandes cantidades, puede alterarlo, afectando tanto las estructuras, como sus funciones. Esto puede ocasionar problemas cognitivos o de aprendizaje haciéndolo más propenso a la dependencia. (Vásquez-Zarate V, 2010)

El consumo de **cannabis**, en sus distintas formas, tiene efectos psicoactivos en el individuo. Es una droga por sus propiedades de producir intoxicación, tolerancia, dependencia, etc...Su presentación puede ser:

- En forma de hachís, que es un compuesto obtenido a partir de la resina de la planta.
- Como triturado seco de flores y hojas.
- Como aceite. Habitualmente se consume fumándolo, y tiene un efecto bifásico, comenzando por una fase de estimulación, con euforia, bienestar, aumento de la percepción y ansiedad; y seguida por una fase de sedación, en la que predominan la relajación y la somnolencia, pudiendo llegarse a conciliar el sueño. (Vásquez-Zarate V, 2010)

Otros fenómenos habituales en el consumo de cannabis son la agudización de las percepciones visuales, auditivas y táctiles, la distorsión del espacio y del tiempo, la risa fácil, locuacidad y aumento del apetito. Existe paralelamente una alteración de las funciones cognitivas, con afectación de la atención, alteración de la memoria reciente y dificultades para la resolución de problemas. (Vásquez-Zarate V, 2010)

El consumo habitual de cannabis durante largos períodos de tiempo se asocia a alteraciones neuropsicológicas relacionadas con los procesos atencionales, amnésicos y de velocidad de procesamiento de la información, así como a dificultades psicomotrices. La utilización habitual de esta droga se asocia en numerosas ocasiones a un elevado fracaso escolar y al abandono de los estudios. Algunos autores han descrito, en consumidores de cannabis de larga evolución y grandes cantidades, la existencia de un síndrome amotivacional, consistente en anergia y abulia con importante limitación en su actividad diaria. (Vásquez-Zarate V, 2010)

En relación a la **cocaína**, La cocaína es un potente estimulante con una gran capacidad adictiva. Se extrae de las hojas de la planta *Erythroxylon coca*. El consumo de cocaína produce una amplia gama de efectos nocivos en la salud a corto plazo: alteraciones a la transmisión de los estímulos nerviosos, formación de coágulos al interior de los vasos sanguíneos, trastornos del ritmo y las contracciones cardiacas e infartos en órganos especialmente susceptibles como corazón y cerebro. A largo plazo, la cocaína puede causar atrofia cerebral, alteraciones en la memoria y trastornos del sueño y del ánimo, como la depresión. (Becoña Iglesias, 2016)

Las drogas de **síntesis** son sustancias que, al igual que la cocaína, ejercen una acción estimulante sobre el SNC. Sus principales efectos son la elevación del estado de ánimo, disminución de la sensación de fatiga y del apetito. Al finalizar los efectos estimulantes iniciales surge la depresión y la fatiga. La supresión súbita del consumo provoca la aparición de signos contrarios a la intoxicación: agotamiento, sueño excesivo, apetito voraz y depresión. Algunos de los efectos conductuales más importantes que produce la abstinencia de las anfetaminas son depresión, irritabilidad, anhedonia, falta de energía, aislamiento social y, en algunos casos, ideación paranoide, alteraciones de la atención y problemas de memoria. En ocasiones, se pueden producir comportamientos agresivos durante los períodos de intoxicación. (Becoña Iglesias, 2016)

Los inhalables son un rango diverso de sustancias que tienen diferentes efectos psicoactivos y toxicológicos. Su uso prolongado está relacionado con una diversidad de trastornos neuropsicológicos, incluidos la pérdida de la coordinación muscular y el deterioro del cerebro. El tolueno produce daños al corazón, los pulmones, el hígado y los riñones. (Becoña Iglesias, 2016)

### **3 definición de sustancias psicoactivas**

La Organización Mundial de la Salud OMS (2004), define las drogas o sustancias psicoactivas como cualquier sustancia, natural o sintética, que al consumirse puede alterar la actividad mental y física de las personas, debido a sus efectos sobre el Sistema Nervioso Central. ( Salud OMS ,2004).

Es definida para otros autores como toda sustancia natural o sintética que genera adicción, es decir, la necesidad imperiosa o compulsiva de volver a consumir para experimentar la recompensa que produce. (Placer, euforia, alivio de la tensión). (familia, 2010)

#### **4 Tipos de sustancias psicoactivas**

La Organización Mundial de la Salud OMS (2004), ha clasificado las drogas o sustancias psicoactivas agrupándolas según sus efectos, es decir, según induzcan pautas de comportamiento similares en los consumidores. De acuerdo con este criterio las drogas pueden ser: Depresoras, Estimulantes y Alucinógenas. (Salud O. M.S, 2004)

#### **Clasificación de las drogas por sus efectos en el organismo:**

**Estimulantes-psicoanalépticos:** aceleran o estimulan el funcionamiento del sistema nervioso central, mediante la liberación por parte de las de células nerviosas de neurotransmisores estimulantes. (Cocaína, pasta crack o base Libre, Anfetaminas, Café, Té, Chocolate. Tabaco). Las cuales producen efectos como: mejoría del estado de ánimo con mayor sensación de felicidad, disminución del apetito, mantiene al individuo despierto, activan el metabolismo con un aumento de las pulsaciones del corazón. (Salud O. M., 2004)

**Depresoras-psicolepticos:** Aquellas que desaceleran el funcionamiento y la velocidad de la actividad mental y de ciertas funciones físicas, enlentecen o deprimen el funcionamiento del sistema nervioso central. (Alcohol, sedantes, barbitúricos, inhales, narcóticos). Los cuales producen efectos como: Relaja el Sistema Nervioso Central, produciendo relajación En dosis pequeñas produce euforia En dosis elevadas produce aturdimiento, apatía; disminución de la tensión, desaparición de la angustia, entre otras. (Salud O. M., 2004)

**Perturbadoras o Alucinógenas-Psicodislépticos:** Distorsionan tu percepción de la realidad, que alteran significativamente la química cerebral, generando alteraciones visuales, táctiles y auditivas. (polvo de ángel, peyote, lsd, marihuana). Entre sus efectos se encuentran: modifican la noción de tiempo y espacio. produce la exageración de las percepciones sensoriales, en especial de los sentidos de la vista y del oído. (Salud O. M., 2004)

**Sustancias mixtas:** producen efectos combinados, es decir, pueden disminuir o acelerar el nivel de funcionamiento del sistema nervioso central. Dentro de este grupo encontramos: La marihuana, el éxtasis, cannabinoides. (Salud O. M., 2004)

Todas poseen además propiedades de refuerzo, entendidas como la capacidad de producir efectos que despiertan en el que las utiliza el deseo imperioso de consumirlas otra vez, en la búsqueda de efectos similares. (Salud O. M., 2004)

## **5 Uso y abuso de sustancias psicoactivas**

El uso y abuso de drogas o sustancias psicoactivas es explicado a partir del esquema conductual de Gleen (1973) quien explica de una mejor manera los diferentes tipos de conductas asociadas al uso y abuso de las drogas. (Maite., 2007)

**El uso:** es cuando las sustancias son utilizadas como un caso aislado, episódico y ocasional sin generar dependencia o problemas de salud. Ello sin descartar el posible daño que pudiera ocasionar una sobredosis. (Maite., 2007)

**El abuso:** es cuando el uso de sustancias psicoactivas se vuelve compulsivo, se depende de la droga y del contexto y estilo de vida en torno a ella. Es probable que ese “estilo de vida” no se refiera únicamente al consumo, sino al círculo social de la persona, el reconocimiento y la aceptación dentro de un grupo. Ello puede también desarrollar un consumo solitario y asilado. (Maite., 2007)

## **6.6 Tipos de consumo de sustancias psicoactivas**

En el informe del Programa sobre prevención en manos de los y las jóvenes, realizado por la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2010) distingue los siguientes tipos de consumo:

**Experimental:** Todo consumo de sustancias psicoactivas comienza en este punto. Es cuando una persona prueba una o más sustancias, una o dos veces, y decide no volverlo a hacer. (Anual, 2006)

**Recreativo:** El consumo empieza a presentarse de manera más regular y enmarcada en contextos de ocio con más personas, generalmente amistades, con quienes hay confianza. El objetivo de este tipo de consumo es la búsqueda de experiencias agradables, placenteras y de disfrute. El consumo no es la única actividad en el tiempo libre, no es un “escape” o una “solución”. Rara vez se pierde el control, no se consume en solitario, ni se tiende a experimentar con sustancias o vías de administración de alto riesgo. (Anual, 2006)

**Habitual:** Para llegar aquí se tuvo que haber pasado por alguna fase previa. Se tiene una droga de preferencia (quizás después de probar con muchas otras) y un gusto por la sensación que produce. La frecuencia y la cantidad aumentan. La droga juega un papel importante en la vida y cumple funciones cada vez que la consume, por lo que es muy probable que lo haga repetidamente. Dependiendo de la droga, la persona puede desarrollar una dependencia física o psicológica. (Anual, 2006)

**Compulsivo:** La persona necesita la sustancia y organiza su vida entorno al consumo a pesar de las complicaciones que le puede ocasionar. Entre estas complicaciones podemos hablar de incumplimiento de obligaciones en el trabajo, descuido de los/las hijos/as, consumir drogas cuando se conduce el automóvil, accionando una máquina, problemas legales a causa del consumo, problemas con la familia y problemas en la escuela. (Anual, 2006)

Según la Organización Mundial de salud droga es: “Toda sustancia que al ser introducida al cuerpo produce un cambio temporal o permanente en las funciones fisiológicas, en los sentimientos o en la conducta. Las drogas también conocidas como “fármaco”: “Es toda sustancia química que, introducida voluntariamente en el organismo de un sujeto, posee la propiedad de modificar las condiciones físicas o químicas de este. (Salazar, 2004) La drogadicción, drogodependencia, o también llamada dependencia o sustancias psicoactivas “es la imperiosa necesidad que una persona tiene por consumir bebidas con contenido alcohólico u otra clase de drogas (marihuana, cochina, inhalante, tranquilizantes, alucinógenos. (Salazar, 2004)

## **7 En relación al uso de droga y género:**

En las últimas décadas el consumo de sustancias ha crecido en forma importante; entre las mujeres, sigue manteniéndose en niveles sensible mente inferiores a los observados entre los hombres. No obstante, el ritmo de crecimiento de los consumos ha sido proporcionalmente más intenso entre las mujeres, lo que, unido a equiparación de los consumos entre los grupos de edad más jóvenes, hace permisible que continúen reduciéndose las diferencia entre hombres y mujeres. (Sánchez Pardo, 2006)

**Adicción:** El termino adicción se refiere al “uso permanente, frecuente e incontrolable de una sustancia. -Este comportamiento compulsivo está motivado por la sustancia consumida”. (Sánchez Pardo, 2006)

**Tolerancia:** “Es la necesidad que experimentan los consumidores de sustancias psicoactivas de ingerir dosis mayores con propósito de obtener el mismo efecto inicial. (Sánchez Pardo, 2006)

**Dependencia:** “Es la necesidad física o psicológica, que experimentan una persona de consumir alguna sustancia. (Sánchez Pardo, 2006)

## **8 . Causas sociales e individuales del consumo de droga**

Uno de los aspectos complejos de las conductas adictivas es su relación con el placer, alivio y otra compensación a corto plazo; pero provocan dolor, desastre, desolación y multitud de problemas a medio plazo. Las consecuencias negativas asociadas a las adicciones afectan a muchos aspectos diferentes de la vida de una persona. (Fantin, 2011)

Estas consecuencias son muy diversas y pueden agruparse en dos grandes grupos:

**Medios de comunicación:** Los medios de comunicación tienen hoy día un rol central en la promoción de conductas dañinas o protectoras de la salud. (Fantin, 2011)

**Medios audio visuales:** La televisión y el cine, pueden fomentar que el uso de sustancias químicas sea en forma directa (a través de avisos promocionales) o indirecta (al mostrar a sus héroes, cantantes, o actores famosos consumiendo alcohol o tabaco, y sugerir que son modelos dignos de ser imitados). (Fantin, 2011)

## **9 . Razones de consumo de sustancias psicoactiva**

Las personas que consumen las distintas sustancias parecen hacerlo por una diversidad de razones, unas veces expresadas, otras inconscientes. (Fantin, 2011)

### **Las razones más comunes son:**

- Satisfacer la curiosidad sobre los efectos de determinados productos.
- Presión de los pares: pertenecer a un grupo o ser aceptados por otros.
- Tener experiencias nuevas, placenteras, emocionales o peligrosas.
- Expresar independencia y a veces hostilidad.
- Personalidad mal integrada.
- Desajustes emocionales, intelectuales, y sociales.
- Descontento de su calidad de vida, ausencia de proyecto de vida.
- Carencia de autoestima.

- Falta de información acerca de los peligros del uso indebido de drogas.
- Ambiente desfavorable, crisis familiares y fácil acceso a menudo a sustancias que producen dependencia.
- Escapar del dolor, la tensión o la frustración.

Los importantes factores señalados, reforzados por los efectos farmacológicos y de otra índole que producen las drogas causantes de dependencia, pueden hacer a estos productos atractivos para algunos jóvenes que los experimenten. (Fantin, 2011)

**Las posibles propiedades fármaco dinámicas de las drogas pueden ser, según la droga empleada:**

- Alivio del dolor de la ansiedad
- Disminución de las inhibiciones.
- Sensación de bienestar.
- Relajación y embotamiento de la conciencia.
- Sensación de alivio de la fatiga.
- Producción de estados eufóricos.
- Se debe recordar que el fármaco dependencia será recíproca a la acción entre la droga y el sujeto que la toma, así como la que hay entre éste y el medio ambiente. (Fantin, 2011)

## **10 .Teorías de consumo de sustancias psicoactivas**

**La teoría del aprendizaje social:**

La teoría del aprendizaje sociales una teoría psicológica basada en los principios del aprendizaje, la persona y su cognición junto a los aspectos del ambiente en que lleva a cabo la conducta La teoría del aprendizaje social fue propuesta por Bandura en 1987, haciendo la aportación de incluir el aprendizaje social, vicario o de modelos, que como elemento práctico permite explicar y cambiar cierto tipo de conductas. (Lopez-Torrencilla, 2002)

La porción cognitiva reconoce la influyente contribución causal de los procesos de pensamiento hacia la motivación, afecto y acción humana. (Lopez-Torrencilla, 2002)

**Propone la existencia de tres sistemas implicados en la regulación de la conducta:**

- Los acontecimientos o estímulos externos, que afectarían a la conducta principalmente a través de los procesos de condicionamiento clásico.
- Las consecuencias de la conducta en forma de refuerzos externos y que ejercerían su influencia a través de los procesos de condicionamiento operante o instrumental.
- Los procesos cognitivos mediaciones, que regularían la influencia del medio, determinando los estímulos a los que se prestará atención, la percepción de los mismos y la propia influencia que éstos ejercerán sobre la conducta futura. (Lopez-Torrencilla, 2002)

**La Teoría Cognitiva Social**

Resultar de una considerable utilidad para explicar el proceso que, a nivel de cogniciones (expectativas, creencias, pensamientos), encausa a un sujeto hacia una conducta de consumo. Es decir, las cogniciones funcionan como detonadores de la decisión de consumo/no consumo, ya que, debido a los altos niveles de estrés y, no tener la percepción de conductas alternativas, se inician los episodios de consumo para pasar a los hábitos. (Lopez-Torrencilla, 2002)

### **El modelo integrador de los factores de riesgo**

En este modelo se representa un modelo que integra los principales factores que contribuyen al consumo de la droga en la adolescencia, agrupados en tres categorías. El modelo considera que los factores sociales y personales actúan conjuntamente facilitando la iniciación y escalada de consumo de alcohol y otras drogas. Así algunos adolescentes pueden verse influidos por los medios de comunicación, mientras que otros pueden ser influenciados por familiares o amigos que consumen. (Salazar, 2004)

Las influencias sociales tienen más impacto en adolescentes psicológicamente vulnerables, cuyos repertorios básicos de conducta son pobres, cuantos mayores factores de riesgos incidan en un adolescente tendrá mayor probabilidad de consumo de alcohol y otras drogas. (Salazar, 2004)

## **Factor Familiar**

En ocasiones, la familia puede encontrarse en una situación de mayor vulnerabilidad al actuar al mismo tiempo varios estresores, o al acumularse varias tensiones previas como consecuencia de otras crisis no resueltas satisfactoriamente, ya que se produce una acumulación de cambios vitales y tensiones, a la vez que se produce un agotamiento o merma de los recursos interpersonales, sociales y económicos. (Salazar, 2004)

**Problemas familiares:** Los adolescentes al vivir una etapa de crisis y al tratar de evadir los problemas, buscan salidas fáciles o formas de olvidarlos. (Ejemplo por medio del alcohol y las drogas). (Salazar, 2004)

**La desestructuración familiar:** la carencia de disciplina y organización, las estructuras de comunicación inexistentes o deficientes, las actitudes de sobreprotección, los comportamientos agresivos a nivel psíquico o físico, el consumo/abuso de drogas por parte de los padres y/o los hermanos, incluidas las legales y la coadición por parte de la familia o alguno de sus miembros se constituyen en posibles factores determinantes del consumo/abuso/dependencia por parte de alguno de los miembros del grupo familiar. (Salazar, 2004)

El grupo de iguales o pares, se constituye sin duda en uno de los factores de riesgo o de protección más importante para el consumo de drogas. En la propia naturaleza humana subyace siempre el deseo de integrarse a un grupo afín con el objeto de hacer intercambios sociales, de recibir apoyo, reconocimiento. El grupo tiene unas leyes psicológicas diferentes a las de la psicología individual. (Newcomb, 1989)

En éste el liderazgo y la cohesión grupal son componentes básicos fundamentales. El grupo arrastra, contagia. En él tienen lugar fenómenos de, simulación, por tratar de parecerse, de identificarse el uno con el otro y todos con el grupo. Esta actitud individual y grupal innata, presiona de manera directa (abierta) o indirecta (encubierta). Si en el grupo existe de manera individual o colectiva consumos de drogas, esta tensión empieza a presionar, por contagio social, curiosidad o por temer a no ser aceptado/a. (Newcomb, 1989)

**La aceptación social:** Ciertas drogas no sólo son toleradas por una sociedad determinada, sino que, incluso, su consumo es estimulado por los medios sociales (ejemplo, el alcohol se anuncia y promueve por los medios de comunicación social, prensa, radio y televisión) y hasta por la misma familia. (Newcomb, 1989)

Relaciones Interpersonales: la persona que es consumidora tiende a aislarse del grupo de amigos/as no consumidores y a unirse a personas que sí consumen. Al cambiarle su estado de ánimo, puede mostrarse triste, agresiva o inquieta. (Newcomb, 1989)

**Familia:** se ve afectada desde diversos ángulos, hay una disminución económica al invertir el dinero en la compra de la droga, se produce una situación de angustia, tristeza y hasta de agresividad en el núcleo familiar. La comunicación puede verse afectada, y frecuentemente, el consumidor no asume el papel que le corresponde dentro de la familia, lo cual conlleva a que otros/as deben asumirlo. (Newcomb, 1989)

**Influencias sociales:** También, recurren a las drogas cuando se presentan problemas en su alrededor. Por ejemplo: Al no ser aceptado por los amigos o una condición para ingresar a cierto grupo es el ingerir droga, ser como ellos, imitarlos, hacerles creer que “los viajes” son lo máximo. (Salazar, 2004)

**Curiosidad:** En ocasiones los jóvenes con una curiosidad insana, por observar que algunos adolescentes de su edad imitan el acto de probar y sentir el uso de cualquier droga. Problemas emocionales: Cuando surgen los problemas en la vida de algunos adolescentes (regañones, golpes, desconfianza, incomprensión, conflictos económicos en la familia, padres adictos o divorciados, dificultad de aprendizaje escolar.), reflejan una gran depresión emocional, en la que pueden sentirse llenos de rencor, ira y vergüenza, por el comportamiento de los padres, amigos o conocidos. Los problemas generalmente ocasionan en los adolescentes depresión, sentimiento de culpa, autoestima baja, evasión de la realidad, desamparo y prepotencia, ellos piensan que son los causantes del daño y posteriormente con el uso de las drogas (incluyendo alcohol y tabaco) creen librarse de las dificultades. (Salazar, 2004)

**Estrés:** Es el equilibrio o constancia del medio interno corporal, propuesto es esencial para el mantenimiento de una vida saludable, y la noción de homeostasis. Este concepto lo integra Cannon en su teoría de la de la activación emocional, centrada básicamente en la activación del sistema nervioso central autónomo ante estímulos amenazantes y en las características, respuestas externas de lucha o huida emitida por los organismos. (OLIVARI MEDINA, 2007)

El estrés se entiende en este contexto como un estímulo o factor del medio que exige un esfuerzo inhabitual de los mecanismos homeostáticos, lo que sientan las bases para el estudio de los efectos patógenos del estrés. El Estrés es la experiencia emocionalmente negativa acompañada por cambios predecibles a nivel bioquímico, fisiológico, cognitivo, y conductual y que están dirigidos ya sea para alterar el evento estresante o para adecuarse a sus efectos. (OLIVARI MEDINA, 2007)

La respuesta Psicológica asociada al estrés es de tipo emocional. Un fenómeno que suele ser común en la respuesta de estrés es la sensación subjetiva de malestar emocional (distrés). En presencia de estrés agudo es frecuente experimentar subjetiva de ansiedad y miedo cuando el estrés se hace crónico predomina la experiencia de estado de ánimo depresivo. (OLIVARI MEDINA, 2007)

Frecuentemente se ha indicado que las respuestas psicológicas asociadas al estrés no son únicamente respuestas emocionales. Así, se han descrito respuestas cognitivas y conductuales que se definen como modo de afrontamiento que median la experiencia de estrés, y que tienen como finalidad reducir la respuesta fisiológica y emocional de estrés. (OLIVARI MEDINA, 2007)

**Trabajo y/o estudio:** se comienza a bajar el rendimiento laboral o académico, se presentan llegadas tardías, ausencias hasta el punto que se llega a perder el trabajo o se da el abandono de estudios. (OLIVARI MEDINA, 2007)

**Economía:** se comienza a utilizar el dinero en la obtención de la droga y no para cubrir necesidades básicas, lo cual afecta no sólo a la persona consumidora sino a quienes le rodean o dependen de la misma. (OLIVARI MEDINA, 2007)

**Recreación:** se empieza a asociar la recreación con el consumo, al punto que el consumo se convierte en el único interés. (OLIVARI MEDINA, 2007)

**Psicológica:** tal y como se vio en los efectos de las drogas, se observan cambios en el estado de ánimo y de comportamiento, tanto en el núcleo familiar como social. El consumo conforme avanza, lesiona la autoestima de la persona. (OLIVARI MEDINA, 2007)

**Física:** dependiendo del tipo de droga, la cantidad y la frecuencia con que se utilice, el organismo presentará una serie de alteraciones que provocarán diversos daños en distintos grados, inclusive la muerte. (OLIVARI MEDINA, 2007)

**Judicial:** se pueden dar contravenciones a la ley, como, por ejemplo: detenciones por estado de ebriedad, escándalos en la vía pública y pleitos. También pueden darse delitos mayores como los son los robos, estafas y atentados contra la vida. (OLIVARI MEDINA, 2007)

**La droga desde el modelo jurídico,** es percibida como un elemento peligroso y capaz en determinadas circunstancias y en manos de determinadas personas de crear situaciones de riesgo que hagan peligrar la integridad física de los individuos y la salubridad colectiva” y tamaño de muchos órganos, como respuesta de adaptación a dicha reacción. (OLIVARI MEDINA, 2007)

Se describe que el policonsumo simultáneo de sustancias psicoactivas genera un efecto desinhibitorio en el actuar, en donde están presentes acciones que no son precedidas por un componente cognitivo, prevalecen componentes de tipo emotivo y comportamental, generando conductas de riesgo y en ocasiones actos denominados delictivos que requieren desde llamadas de atención, suspensiones y amonestaciones, hasta acciones de tipo legal, con las correspondientes intervenciones coercitivas y sancionatorias. Lo anterior se relaciona con la percepción que se puede tener de las drogas y su uso, en donde como lo plantean algunos autores. (Organization, 2011)

**Policonsumo de sustancias psicoactivas:** definido por la Organización Mundial de la Salud como: “Consumo de más de una droga o de más de un tipo de droga por una persona, normalmente al mismo tiempo o una detrás de otra, y por lo general, con la intención de aumentar, potenciar o contrarrestar los efectos de otra droga”, es una parte del fenómeno que podría aumentar la complejidad del mismo, pues los estudiantes en algunos casos presentan diferentes tipos de consumo (en cantidad de sustancias y de ocasiones que las usan) y la creencia de tener la capacidad de controlarlo. (Organization, 2011)

**La UNESCO** (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura) propone otras formas de clasificar el consumo de sustancias. Como veremos a continuación las dos primeras: Experimental y Ocasional, son consumos que no implican dependencia o adicción. Mientras que los consumos de tipo Habitual y Compulsivo nos hablan de un consumo problemático. (Calabrese, julio 2009)

**Experimental:** sería el caso de aquella persona que, por curiosidad, se anima a probar una droga, Un uso puntual, con muy pocas experiencias de consumo a título de experimento pero que luego es abandonado muy precozmente. Se caracteriza por ser fortuito y limitado. (Calabrese, julio 2009)

**Ocasional:** Es esporádico, la persona no va en busca de la droga, se consume cuando las circunstancias externas como por ejemplo la disponibilidad de la droga o la presión de grupo posibilitan el consumo, no es algo planificado. Algunos lo llaman consumo recreativo o social. (Calabrese, julio 2009)

**Habitual:** Es un consumo que se presenta a diario como una tentativa de obtener alguna utilidad específica por ejemplo para evitar el dolor o estimulantes para poder estudiar; para evitar la sensación de cansancio, incrementar el rendimiento, etc.) Puede convertirse en problemático cuando se hace necesario recurrir a la sustancia como condición para mantener la actividad. (Calabrese, julio 2009)

**Compulsivo:** forma de consumo problemático donde las personas varias veces al día recurren a la droga o drogas de que se trate. Su vida se va estrechando hasta girar obsesivamente en torno a las drogas, mientras cualquier otra actividad va progresivamente perdiendo importancia. (Calabrese, julio 2009)

**Factores psicosociales relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas** Son múltiples los factores psicosociales que están relacionados con el consumo de SPA en los adolescentes, estos influyen sobre la salud de los mismos dando lugar a conductas antisociales o autodestructivas, dentro de estos factores tenemos el pertenecer a familias disfuncionales, el bajo rendimiento escolar, la baja autoestima entre otros. (Calabrese, julio 2009)

## **ESTRÉS Y DISTRES**

El estrés es un fenómeno muy frecuente en el mundo laboral, con graves consecuencias para la salud de la persona que lo padece. Esta patología va en aumento debido a los grandes cambios que está sufriendo el mundo económico y social. Los trabajadores tendrán que ir asumiendo todos estos cambios, posiblemente cada vez más difíciles de superar, pudiendo llevar esta situación a padecer estrés. (García-A-L, 2002)

En los procesos de aprendizaje y memoria influyen componentes de la respuesta fisiológica del estrés como los glucocorticoides, hormonas que pueden facilitar procesos cognitivos como la modulación de la fuerza con la que la memoria se retiene a largo plazo cuando se liberan en situaciones estresantes de corta duración, pudiendo resultar perjudiciales en dichas situaciones, pero larga duración (deterioro cognitivo y conductual). La percepción de la situación estresante es individual predominando la activación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, aumentando los niveles de cortisol. (García-A-L, 2002)

En cuanto a los estresores en la adolescencia, se encuentra gran vulnerabilidad ante la transformación corporal y personal, el cambio en las relaciones con padres y amigos y el inicio de las relaciones de pareja. El afrontamiento del estrés constituye el elemento esencial que emplea el individuo para hacer frente al estrés, pudiendo dirigir su acción tanto a los estresores (tratando de eliminarlos o reducir su nivel de amenaza) como a sus propias respuestas físicas, psicológicas y sociales. (García-A-L, 2002)

En el estrés, cuando hay emoción placentera, decimos que hay estrés (estrés correcto o bueno) donde se plantea el clásico dilema de lucha o huida. Es el estrés fisiológico o normal, natural que ayuda a responder y superar las demandas del medio. También es el estrés de la emoción positiva o constructiva. En una emoción conflictiva o en un entrapamiento físico o psíquico, encontramos el distrés (estrés incorrecto o malo). (García-A-L, 2002)

Es el estrés de la enfermedad, el estrés patológico Como en la vida hay placer y conflictos alternadamente, podemos decir que estrés es una reacción natural y biológica de la vida. Con lo de natural, nos referimos a que es parte de la esencia de los seres vivos. (García-A-L, 2002)

Decimos biológica porque afecta a todos los seres vivos. Acá debemos aclarar que el estrés biológico y natural, que sugerimos llamar orto estrés o estrés correcto, es el que la naturaleza nos proporciona para luchar o huir. Por lógica, el estrés del ser humano tiene connotaciones propias debido a que sus emociones y estímulos son distintos a los otros seres vivos y es el único ser que queda entrapado en el conflicto sin atinar a luchar o huir. (García-A-L, 2002)

Debido a que el estrés es una reacción de vía común final para cualquiera de sus manifestaciones, esto nos obliga a definir eustrés, distrés y orto estrés. Si bien estrés es etimológicamente tensión debemos aclarar que no siempre tensión es igual a estrés. La palabra tensión es polisémica (tiene varios significados denotativos y connotativos) y es un término que básicamente en la física fue empleado para designar fuerzas que actúan sobre un cuerpo para estirarlo, pero a su vez también para evitar que sus partes se separen. Es decir, hay una fuerza que intentar extender un cuerpo, mientras que otra se opone a que dicho cuerpo sea desmembrado. (García-A-L, 2002)

### **Distrés**

El distrés es un estrés negativo provocado por los reajustes constantes o alteraciones en una rutina. La angustia crea sentimientos de malestar y falta de familiaridad. Hay dos tipos de distrés: El estrés agudo es un estrés intenso que llega y desaparece rápidamente. 24 El estrés crónico es un estrés prolongado que existe desde hace semanas, meses, o incluso años. Alguien que está en constante reubicación o cambio de trabajo puede experimentar distrés. (García-A-L, 2002)

Las respuestas psicológicas asociadas al stress son de tipo emocional y/o conductuales no existen tantas diferencias entre género masculino y femenino, las variaciones existentes se destacan en aspectos como la cordialidad, la aprensión y la ansiedad. Las mujeres tienen más acentuados estos rasgos, mientras que los hombres suelen destacar en estabilidad emocional, la dominación, la atención a las normas y la vigilancia. (García-A-L, 2002)

**Familia:** Es un grupo de personas del hogar que tienen cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado por lo general al cabeza de familia, su esposa y los hijos solteros que conviven con ellos. (García-A-L, 2002)

**Funciones de la Familia:** Satisfacer las necesidades afectivas de sus integrantes. Compartir colectivamente los deberes y derechos de la misma. Cumplir con el mantenimiento económico material de sus miembros. Reproducir sus miembros para la conservación de la especie. Educar a sus hijos en los valores de la sociedad. (García-A-L, 2002)

**Disfunción familiar:** Se entiende como el no-cumplimiento de alguna(s) de las funciones de la familia como: afecto, socialización, cuidado, reproducción y estatus, por alteración en algunos de los subsistemas familiares. (Teofilo, 1997)

La norma funcionalidad de una familia está reflejada en los lazos emocionales que unen a los miembros de una familia; afectividad e intimidad que satisface las necesidades afectivas de sus miembros, los cuales si no se integran en la estructura familiar en este proceso puede o no producir deterioro en la perspectiva de sus miembros en especial en la etapa adolescentes. (Saameño.J.A, 1996)

**Objetivos de la evaluación de la función familiar:** Determinar si el asesoramiento familiar constituye el tratamiento adecuado y cuáles son las modificaciones específicas que requiere la familia. Determinar un estado basal que sirva para juzgar las mejoras o los deterioros que se produzcan como consecuencia de un abordaje terapéutico. (Saameño.J.A, 1996)

**Apgar Familiar:** Es un instrumento Desarrollado por Smilkstein en 1978, su uso rutinario puede servir para que el abordaje modifique su visión de las demandas de algunos de sus pacientes y pase de interpretarlas en un contexto individual a ensayar un abordaje relacional. (Saameño.J.A, 1996)

**Modelo de Olson:** Es un modelo que facilita el diagnóstico familiar usando la perspectiva sistémica. Desarrollado en el año 1979 por David H. Olson. Los objetivos del desarrollo del modelo son:

- Identificar y describir las principales dimensiones del funcionamiento familiar en la cultura occidental: la cohesión y la adaptabilidad. (Saameño.J.A, 1996)
- Demostrar la utilidad de estas funciones, a fin de reducir la diversidad de conceptos acerca de: Proporciona una tipología de familia sobre la base de dos variables: Adaptabilidad. Cohesión. (Saameño.J.A, 1996)

**Cohesión:** son los lazos emocionales que unen a los miembros de una familia.

El modelo no evalúa realmente la función familiar, sino el grado de satisfacción o insatisfacción que tiene el encuestado con respecto al funcionamiento de su familia, su percepción personal, subjetiva. (Saameño.J.A, 1996)

### **Interpretación de la puntuación de ASSIST**

El cuestionario ASSIST asigna una puntuación de riesgo a cada sustancia para después iniciar una conversación (intervención breve) con los usuarios sobre el consumo de sustancias. La puntuación obtenida para cada sustancia cae bajo una categoría de riesgo ‘bajo’, ‘moderado’ o ‘alto’, que determina la intervención más adecuada para cada nivel (‘no tratamiento’, ‘intervención breve’ o ‘derivación a algún servicio especializado para evaluación y tratamiento’ respectivamente). (Salud O. O., 2001)

Aunque la prueba ASSIST proporciona una indicación del grado de riesgo asociado con el consumo de sustancias, vale la pena observar que hay limitaciones en las evaluaciones de riesgo basadas únicamente en este, así como sucede con cualquier tipo de instrumento psicométrico. Los problemas relacionados con el consumo de sustancias son multifacéticos, y hay muchos factores que modifican los riesgos y consecuencias negativas en la salud por el consumo de sustancias, entre ellos el historial familiar de problemas por el consumo, la comorbilidad psiquiátrica, la edad, el sexo y el estado socioeconómico. Los trabajadores de la salud deben tener en cuenta estos factores al calcular el riesgo individual real de cada usuario. (Salud O. O., 2001)

### **Riesgo bajo**

Los usuarios que obtuvieron puntuaciones de ‘tres o menos’ (‘10 o menos’ para alcohol) tienen un riesgo bajo de presentar problemas relacionados con el consumo de sustancias. Aunque pueden consumir sustancias de vez en cuando, actualmente no se enfrentan con esos problemas y dado sus hábitos actuales de consumo tienen un riesgo bajo de desarrollar futuros problemas. (Salud O. O., 2001)

### **Riesgo moderado**

Los usuarios que obtuvieron una puntuación de ‘entre 4 y 26’ (‘11 y 26’ para alcohol), aunque quizás presenten algunos problemas, tienen un riesgo moderado de presentar problemas de salud y de otro tipo. El continuar el consumo a este ritmo indica una probabilidad de futuros problemas de salud y de otro tipo, entre ellos la probabilidad de dependencia. (Salud O. O., 2001)

El riesgo aumenta en los usuarios que tienen un historial de problemas por el uso de sustancias y dependencia. (Salud O. O., 2001)

### **Riesgo alto**

Una puntuación de ‘27 o más’ en cualquier sustancia sugiere que el usuario tiene un alto riesgo de dependencia de esa sustancia y probablemente esté teniendo problemas de salud, sociales, económicos, legales y en las relaciones personales, como resultado del consumo de sustancias. Además, los usuarios que en promedio se han inyectado drogas en los últimos tres meses más de cuatro veces al mes, también tienen probabilidad de estar en alto riesgo. (Salud O. O., 2001)

### **Vinculación de la puntuación del ASSIST al tratamiento**

La tarjeta de reporte de retroalimentación se completa al final de la entrevista y se utiliza para informar al usuario sobre su nivel de riesgo relacionado con el consumo de sustancias. ¿Una buena manera de iniciar la intervención breve es preguntarle al usuario, “le interesa ver la puntuación del cuestionario que acaba de contestar?”. (Salud O. O., 2001)

Registre las puntuaciones de riesgo del ASSIST para cada sustancia en los recuadros que aparecen en la tarjeta de reporte de retroalimentación. En las páginas siguientes anote el nivel de riesgo indicado por la puntuación de riesgo del ASSIST para todas las sustancias y marque el recuadro pertinente ('bajo', 'moderado' o 'alto'). La tarjeta de reporte de retroalimentación se utiliza durante la consulta para dar información al usuario, y se le entrega para que la lleve a su casa como recordatorio de lo conversado durante la cita médica. (Salud O. O., 2001)

### **Riesgo bajo**

Estos usuarios deben recibir el tratamiento normal para el cual asistieron a la consulta médica, y ser informados de sus puntuaciones si el tiempo lo permite. Se debe felicitar a usuarios con riesgo bajo o abstinencia y alentarlos a seguir así. Este nivel de intervención es suficiente. (Salud O. O., 2001)

### **Riesgo moderado**

Estos usuarios deben recibir una intervención breve con una duración de 3-15 minutos y consiste en proporcionar retroalimentación por medio de la tarjeta de reporte de retroalimentación empleando una estructura simple de entrevista motivacional. Se ha comprobado que la intervención breve vinculada a ASSIST resulta ser eficaz para que los usuarios reduzcan considerablemente el consumo de sustancias. (Salud O. O., 2001)

## **Riesgo alto**

La intervención breve debe proporcionarse también a los usuarios que presentan riesgo alto, aunque no es viable como un solo tratamiento para los usuarios con este tipo de riesgo. En este caso, la intervención breve puede ser útil para alentar a los usuarios a tener una evaluación clínica detallada y tratamiento adecuado especializado. Estos servicios pueden ser proporcionados por profesionales de la salud dentro de la atención primaria de salud o por un especialista para el tratamiento de drogas y alcohol, si estos servicios están disponibles y son accesibles para el usuario dentro de un período razonable de tiempo. (Salud O. O., 2001)

Si hay servicios de tratamiento especializados, el personal clínico debe conocer los procedimientos relacionados con las citas, las remisiones y las posibles listas de espera en el caso de usuarios de alto riesgo. Si las instalaciones para el tratamiento contra las drogas y el alcohol no son accesibles fácilmente o si existe estigmatización en ellas hacia los usuarios, se debe hacer todo lo posible para brindar tratamiento en el ámbito de la atención primaria. (Salud O. O., 2001)

## **Excepciones**

Es probable que un usuario no haya consumido cierta sustancia en los últimos tres meses y que aún tenga una puntuación de '6' para esa sustancia, lo que lo colocaría en el grupo de 'riesgo moderado'. Esta situación puede surgir si el usuario, actualmente abstemio, tuvo problemas en el pasado por el consumo de la sustancia y se le dio una puntuación de '3' a las preguntas 6 y 7 ('sí, pero no en los últimos tres meses'). Es importante estimularlos y hacerles ver que se les reconoce el esfuerzo que han hecho por mantener una continua abstinencia. No es probable que estos usuarios requieran una intervención completa, pero se les debe informar sobre sus puntuaciones y

explicarles que están en la categoría de riesgo moderado. Es importante hacerles saber que corren un riesgo mayor debido a sus problemas anteriores con la sustancia, y que por lo tanto deben permanecer alertas. (Salud O. O., 2001)

## **VII. HIPÓTESIS**

### **Hipótesis de Investigación General**

En los pacientes ingresados con el diagnóstico de trastorno mental y del comportamiento por psicotrópicos en el pabellón de agudos de varones del hospital psicosocial Dr. José Dolores Flete Valle en el periodo de enero 2020 a junio 2022 el presentar Factores de riesgo psicosociales como vivencias traumáticas, Curiosidad, Influencia del círculo de amistades y la Disfunción familiar, medios de comunicación, podría estar asociado a mayor número de sustancia psicoactivas, alcohol, Cannabis, Cocaína, crack, tolueno tabaco, Opio, Heroína, consumidas.

## VIII. DISEÑO METODOLÓGICO

El diseño metodológico es el plan o estrategia que se desarrolla para obtener la información que se requiere en una investigación. De acuerdo a Hernández (2015), expresa que: “es un trabajo cuidadosamente concebido con hechos para generar conocimiento del estudio a través de un proceso ordenado”. (p.126).

### 8.1 Tipo de estudio

De acuerdo al tema establecido y a los objetivos formulados la investigación es **analítica - correlacional**, ya que posee las pautas para el desarrollo investigativo, pues se pretende determinar los “Factores de riesgo psicosociales asociado al consumo de sustancias psicoactivas en pacientes con trastorno mental y del comportamiento por psicotrópicos ingresados al pabellón de agudos de varones del hospital psicosocial Dr. José Dolores Flete Valle de enero 2020 a junio 2022”.

García (2019), explica que:

Este análisis se va a considerar como un estudio investigativo caracterizado por la separación o desmembramiento de las partes de un compuesto o elemento, para lograr así obtener una descripción completa de cada elemento conformante del material en investigación, una información que abarque la naturaleza, causas, formas y los efectos que cada pieza ejecuta sobre el material completo. (p.22)

El tipo de estudio es **descriptivo** ya que la investigación se basa en recolectar información de los pacientes con diagnóstico de trastorno mental y del comportamiento por psicotrópicos y datos que benefician a la investigación sobre los factores de riesgos psicosociales asociados al consumo de sustancias psicoactivas en estos pacientes. Estos estudios buscan especificar las propiedades

importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Para Hernández (2015), menciona que:

Con los estudios descriptivos se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan estas. (p.92).

De acuerdo, al tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información, el estudio es **Prospectivo**, una de la característica específica es que los estudios prospectivos es que los datos se recogen a medida que se van sucediendo según Dagnino (2014), afirma que:

El llamado **estudio Prospectivo** es un **estudio** en el tiempo que se diseña y comienza a realizarse en el presente, pero los datos se analizan transcurrido un determinado tiempo, en el futuro. (p.2).

Por el período y secuencia del estudio es **transversal**, ya que se efectuó en un lapso establecido, el cual comprendió dos meses, Para Manterola (2020) define que:

Su característica fundamental es que todas las mediciones se hacen en una sola ocasión, por lo que no existen períodos de seguimiento. En otras palabras, con éste diseño, se efectúa el estudio en un momento determinado de la evolución de la enfermedad o evento de interés. De esta manera,

no se puede distinguir si la exposición determinó el desarrollo de la enfermedad evento de interés (EI), o sólo afecta el nivel individual de la exposición. (p12).

Según la clasificación de estos autores el estudio es **correlacional** ya que Hernández (2015) afirma que: “este tipo de estudio tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que existe entre dos o más concepto, categorías o variables en un contexto en particular”.

## **8.2 Método.**

El estudio tiene un enfoque **cuantitativo**, por qué se determinaron variables que serán medidas y analizadas bajo métodos estadísticos. Según Hernández (2015), manifiestan que:

En este sentido, el método cuantitativo usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías, además señalan que este enfoque es secuencial y probatorio, cada etapa precede a la siguiente y no podemos “brincar o eludir” pasos, el orden es riguroso, aunque desde luego, podemos redefinir alguna fase y parte de una idea, que va acotándose y una delimitada, se derivan objetivos y preguntas de investigación, se revisa la literatura y se construye un marco o una perspectiva teórica. De las preguntas se establecen hipótesis y determinan variables; se desarrolló un plan para probarlas (diseño); se miden las variables en un determinado contexto; se analizan las mediciones obtenidas (con frecuencia utilizando métodos estadísticos), y se establece una serie de conclusiones respecto de las hipótesis. (p.104).

### 8.3 Área de estudio:

El estudio se realizará en el pabellón de agudos de varones del Hospital Docente de Atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle, la cual es un área de Atención de internamiento ubicada en el sector norte del hospital psicosocial que está ubicado Managua, Nicaragua. Kilómetro 5 carretera sur contigo a ENACAL.

### 8.4 Universo y Muestra:

Pacientes con diagnóstico de Trastorno Mental y del Comportamiento asociado al uso al consumo de psicotrópicos ingresados en el pabellón de agudos de varones y que cumplen los criterios de inclusión y fueron atendidos en el período comprendido de enero 2020 a junio 2022.

#### Muestra

A partir de un universo de 115 pacientes, el cálculo probabilístico del tamaño de muestra se realizará de acuerdo al método de Mounch Galindo (1996), usando la fórmula de *poblaciones finitas y muestreo completamente aleatorio*, tal como se describe a continuación:

$$n = \frac{Z^2 * p * q * N}{N * e^2 + Z^2 * p * q}$$

#### donde:

**Z** = 1.96, para el nivel de confianza del 95%; *es variable en función del “e”* error de estimación.

**N** = es la población objeto de estudio, **igual a 115 pacientes.**

**p y q** = probabilidades complementarias de 0.5, por tanto, la varianza muestra  $S^2 = p*q = 0.25$ .

**e= B** = *error de estimación del 0.05.*

**n**= tamaño de la muestra **n = 128**

El tamaño de muestra en este estudio será calculado utilizando el software bioestadístico *EPI INFO v 7*, obteniéndose tamaño de muestra de 88 pacientes, los cuales serán seleccionados en función del cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión, según los expediente disponibles en el departamento de estadísticas del hospital HEBCR.

### **Criterios de inclusión y exclusión:**

#### **Criterios de inclusión :**

- Pacientes ingresados a sala de hospitalización de pabellón de agudo con trastorno mentales y del comportamiento secundario al consumo y adicción de sustancia psicotrópicas.
- Edad comprendida entre 15 a 50 años de edad.

#### **Criterios de exclusión:**

- Expediente clínico incompleto.
- Paciente con expediente clínico que al momento de la recolección de la información no se encontró en archivo.
- Sexo femenino.
- Pacientes fuera del rango de edad para el estudio.
- Paciente que ya se le haya realiza la recolección de datos en ingresos previos

### **8.5 Técnicas e instrumento.**

Un buen instrumento determina en gran medida la calidad de la información, siendo esta la base para las etapas subsiguientes y obtención de resultados, en el desarrollo de la investigación es necesaria la técnica e instrumento de recolección de datos que contribuyan a analizar, determinar

correlacionar Los factores de riesgo psicosociales asociados al consumo de sustancias psicoactivas en pacientes con trastorno mental y del comportamiento por el uso de psicotr3picos .

La t3cnica de investigaci3n que se us3 fue: una ficha de recolecci3n de datos.

Recolecci3n: Secundaria por la revisi3n del libro de registro y expedientes cl3nicos para el llenado de la ficha de recolecci3n de datos correspondiente a los pacientes en estudio de la sala de hospitalizaci3n de pabellones de agudo de varones del hospital psicosocial Dr. Jos3 Dolores Fletes Valle durante el periodo de enero del 2020 a Junio del 2021.

M3todo ficha de recolecci3n de datos.

T3cnica: Llenado de ficha de recolecci3n de informaci3n en forma de instrumento.

Se solicit3 permiso a la Direcci3n Hospitalaria para la realizaci3n del estudio, con copia a la subdirecci3n m3dica, departamento de estadística y jefe del servicio del servicio.

Instrumento: Basada en estudios cl3nicos nacionales e internacionales.

#### **Procedimiento para la recolecci3n de datos e informaci3n:**

Se transcribi3 la informaci3n obtenida en el software estadístico IBM SPSS Statistics 26 y se utiliz3 una tabulaci3n y gráficas correspondientes por medio de éste.

#### **Plan de tabulaci3n y análisis de datos e informaci3n:**

De los datos recolectados a partir de la ficha de recolecci3n, se diseñ3 la base de datos correspondientes, utilizando el software estadístico SPSS, v. 26 para Windows.

Se realizó el control de calidad de los datos registrados, y se hicieron los análisis estadísticos pertinentes.

De acuerdo a la naturaleza de cada una de las variables (*cuantitativas o cualitativas*) y guiados por el compromiso definido en cada uno de los objetivos específicos. Serán realizados los análisis descriptivos correspondientes a: (a) para las variables nominales transformadas en categorías: El análisis de frecuencia, (b) para las variables numéricas (continuas o discretas) se realizarán las estadísticas descriptivas, enfatizando en el Intervalo de Confianza para variables numéricas. Además, se realizarán gráficos del tipo: (a) pastel o barras de manera univariadas para variables de categorías en un mismo plano cartesiano, (b) barras de manera univariadas para variables dicotómicas, que permitan describir la respuesta de múltiples factores en un mismo plano cartesiano. Estos procedimientos, se realizarán según se describen en Pedroza y Dicoskiy, 2006.

Se realizarán los **Análisis de Contingencia para estudios correlacionales** definidos por aquellas variables de categorías *que sean relevantes*, a las que se les aplicará los Análisis de Contingencia, tales como: Pruebas de Asociación de Phi, V de Cramer, la Prueba de Independencia de  $\chi^2$  (Chi Cuadrado). Estas pruebas de hipótesis, estarán guiadas por la hipótesis estadística siguiente:

***H<sub>0</sub>: X e Y, ... son Independientes entre sí.***

***H<sub>a</sub>: X e Y, ... son Dependientes entre sí.***

## **8.6 Tipo de Muestreo:**

El tipo de muestreo utilizado en esta investigación fue no probabilístico intencionado por conveniencia, en dependencia de los pacientes que se ingresaban al pabellón cuatro con

diagnóstico de trastorno mental y del comportamiento por psicotrópicos.

Según Ñaupas (2014), afirma que “el muestro no probabilístico son los procedimientos que no utilizan la ley del azar ni el cálculo de probabilidades; por tanto, se desconoce la probabilidad de escoger un solo individuo y sus muestras son sesgadas y no se puede saber cuál es el nivel de confiabilidad de los resultados de la investigación”.

### **8.7. Ética.**

El estudio se ajustó a las condiciones establecidas por la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 (ONU, 1948) y las normas éticas instituidas por la Declaración de Helsinki (WMA, 2008). La cual establece que:

“los principios de beneficencia, respeto a la dignidad humana y justicia, con lo que se garantiza a los individuos participantes su autonomía en la participación con el consentimiento informado, el uso de un código para garantizar su confidencialidad, la custodia de los datos por el investigador y que la investigación está haciendo un aporte a la comunidad científica” (¶.3)

### **Lista de variables:**

**Objetivo 1:** Describir las características socio - demográficas de los pacientes en estudio.

Edad.

Procedencia.

Ocupación.

Estado Civil.

Escolaridad.

Correlacionar el número de sustancias consumidas con la cantidad de traumas, medios de comunicación, disfunción familiar, curiosidad y Influencia de Amistades

**Objetivo 2:** Determinar las principales sustancias psicotrópicas consumidas por los pacientes en estudio.

Vivencias traumáticas.

Curiosidad.

Falta de motivación y objetivo.

Disfunción familiar.

Depresión.

Ansiedad.

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Influencia del círculo de amistades.

Medios de comunicación.

**Objetivo 3:** Determinar las principales sustancias psicotrópicas consumidas por los pacientes en estudio.

Alcohol.

Cannabis.

Cocaína.

Anfetaminas.

Alucinógenos.

Tabaco.

Opio.

Heroína.

## 7.8 Matriz de operacionalización de variable (MOVI)

Objetivo específico	Variable conceptual	Sub variable o dimensiones	Variable Operativa/Indicador	Técnica de recolección	Tipo de variable	Categorías Estadística
<b>Objetivo Específico 1</b> Describir las principales características socio - demográficas	Características socio – demográficas conjunto de características biológicas, socioculturales que están presente en la población sujeta a estudio. Que pueden ser medibles y que pueden alterar el desarrollo biológico	Edad	Tiempo biológico transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de realizar la Entrevista.	Ficha de recolección	Cuantitativa discreta	15 a 25 años 26 a 35 años 36 a 50 años
		Procedencia	Lugar de origen y donde habita el paciente.		Cualitativa Nominal	Urbano Rural
		Escolaridad	Año lectivo aprobado al momento de ser encuestado		Cualitativa nominal	Analfabeta Primaria Secundaria Universidad
		Ocupación	Tipo de ejercicio u obra que genera remuneración económica.		Cualitativa nominal	Empresario, Agricultor Maestro, Comerciante, Conductor, Otros
		Estado civil	Es la situación estable o permanente en la que se encuentra una persona física en relación con sus circunstancias personales y con la legislación, y que va a determinar la capacidad de obrar y los efectos jurídicos que posee cada individuo.		Cualitativa nominal	Soltero Casado Viudo Unión libre

## 7.8 Matriz de operacionalización de variables (MOVI)

Objetivo específico	Variable conceptual	Sub variable o dimensiones	Variable Operativa/Indicador	Técnica de recolección	Tipo de variable	Categorías Estadística
<b>Objetivo Especifico 2</b> Identificar los principales factores de riesgo psicosociales asociados al consumo de sustancias psicoactivas en la población a estudio	son elementos que pueden condicionar una situación volviéndose la causante de la evolución que puede ser precipitante y predisponente, esto lo convierte en factores de riesgo para la incidencia y prevalencia de la problemática del consumo	Ansiedad	Se trata de la condición de una persona que experimenta una conmoción, intranquilidad, nerviosismo o preocupación	Ficha de recolección	Cualitativa nominal	Pérdida de un ser querido. Abuso sexual. Amenaza u ocurrencia real de agresión física (asalto, ataque, robo, abuso físico).Otros
		Trastorno por déficit de atención e hiperactividad	trastorno del neurodesarrollo de carácter neurobiológico originado en la infancia y que afecta a lo largo de la vida, que se caracteriza por la presencia de tres síntomas típicos		Ordinal	SI, NO
		Influencia del círculo de amistades	Una conducta que se suele dar en la adolescencia y en la que se refuerzan conductas inapropiadas o ilegales al contacto con las amistades.		Ordinal	SI, NO
		Medios de comunicación	Los medios de comunicación son instrumentos en permanente evolución ya que a través de los años su forma de transmitir información se ha hecho bastante masiva e instantánea.		Ordinal	SI NO

## 7.8 Matriz de operacionalización de variables (MOVI)

Objetivo específico	Variable conceptual	Sub variable o dimensiones	Variable Operativa/Indicador	Técnica de recolección	Tipo de variable	Categorías Estadística
<b>Objetivo Especifico 2</b> Identificar los principales factores de riesgo psicosociales asociados al consumo de sustancias psicoactivas en la población a estudio		Vivencias traumáticas	Es la experiencia de un suceso impactante, como una pérdida, muerte, cambio en nuestra vida doloroso e inesperado, entre otros.	Ficha de recolección	Cualitativa nominal	Pérdida de un ser querido. Abuso sexual. Amenaza u ocurrencia real de agresión física (asalto, ataque, robo, abuso físico).Otros
		Curiosidad	Deseo que tiene una persona de conocer o averiguar un asunto ajeno que no le concierne o no es de su incumbencia.		Ordinal	SI, NO
		Falta de motivación y objetivo	Los estímulos externos o internos que llevan a un individuo a desarrollar una acción. Una persona desmotivada, por lo tanto, no encuentra estímulos para actuar.		Ordinal	SI, NO
		Disfuncion familiar	Es toda familia que no es capaz de proveer lo necesario para que los hijos crezcan sanos (tanto física como emocionalmente) y felices		Ordinal	SI NO
		Depresión	Se caracteriza por una tristeza persistente y por la pérdida de interés para la realización de actividades.		Ordinal	SI NO

### 7.8 Matriz de operacionalización de variables (MOVI)

Objetivo específico	Variable conceptual	Sub variable o dimensiones	Variable Operativa/Indicador	Técnica de recolección	Tipo de variable	Categorías Estadística
<b>Objetivo Específico 3</b> Determinar las principales sustancias psicotrópicas consumidas por los pacientes en estudio	Toda sustancia química que, al introducirse por cualquier vía y luego pasar al torrente sanguíneo ejerce un efecto directo sobre el sistema nervioso central y que ocasiona cambios específicos en sus funciones	Alcohol	se caracteriza por ser una sustancia psicoactiva, depresora del sistema nervioso central, y con capacidad de causar dependencia	Ficha de recolección	Ordinal	SI NO
		Cannabis	sustancias químicas activas que se llaman canabinoides que causa efectos similares a los estupefacientes en todo el cuerpo, incluso en el sistema nervioso central y el sistema inmunitario.		Ordinal	SI, NO
		Cocaína	Es un alcaloide tropano y fuerte estimulante utilizado sobre todo como droga recreativa		Ordinal	SI, NO
		Anfetamina	Es un agente adrenérgico sintético, potente estimulante del sistema nervioso central. son unas drogas estimulantes muy adictivas. Aceleran las funciones del sistema nervioso central y del cuerpo		Ordinal	SI NO
		Alucinógenos	son drogas que causan alucinaciones, es decir, alteraciones profundas en la percepción de la realidad del usuario		Ordinal	SI NO
		Tabaco	El tabaco contiene nicotina, el ingrediente que puede causar adicción. El tabaco se puede fumar, masticar o aspirar.		Ordinal	SI NO
		Opio	Sustancia que se obtiene desecando el jugo de las cabezas de adormideras verdes; tiene, propiedades analgésicas, hipnóticas y narcotizantes y puede provocar dependencia.		Ordinal	SI NO
		Heroína	Por sus efectos eufóricos, la heroína se utiliza como droga recreativa semisintética		Ordinal	SI NO

## 7.8 Matriz de operacionalización de variables (MOVI)

Objetivo específico	Variable conceptual	Sub variable o dimensiones	Variable Operativa/Indicador	Técnica de recolección	Tipo de variable	Categorías Estadística
<b>Objetivo 4</b>  Correlacionar los principales factores de riesgo psicosociales con los principales tipos de sustancias psicotrópicas consumidas	son elementos que pueden condicionar una situación volviéndose la causante de la evolución que puede ser precipitante y predisponente, esto lo convierte en factores de riesgo para la incidencia y prevalencia de la problemática del consumo	Vivencias traumáticas	Es la experiencia de un suceso impactante, como una pérdida, muerte, cambio en nuestra vida doloroso e inesperado, entre otros.	Ficha de recolección	Cualitativa nominal	Pérdida de un ser querido. Abuso sexual. Amenaza u ocurrencia real de agresión física (asalto, ataque, robo, abuso físico).Otros
		Curiosidad	Deseo que tiene una persona de conocer o averiguar un asunto ajeno que no le concierne o no es de su incumbencia.		Ordinal	SI, NO
		Falta de motivación y objetivo	Los estímulos externos o internos que llevan a un individuo a desarrollar una acción. Una persona desmotivada, por lo tanto, no encuentra estímulos para actuar.		Ordinal	SI, NO
		Disfunción familiar	Es toda familia que no es capaz de proveer lo necesario para que los hijos crezcan sanos (tanto física como emocionalmente) y felices		Ordinal	SI NO
		Depresión	Se caracteriza por una tristeza persistente y por la pérdida de interés para la realización de actividades.		Ordinal	SI NO

## 7.8 Matriz de operacionalización de variables (MOVI)

Objetivo específico	Variable conceptual	Sub variable o dimensiones	Variable Operativa/Indicador	Técnica de recolección	Tipo de variable	Categorías Estadística
<b>Objetivo 4</b>  Correlacionar los principales factores de riesgo psicosociales con los principales tipos de sustancias psicotrópicas consumidas		Ansiedad	Se trata de la condición de una persona que experimenta una conmoción, intranquilidad, nerviosismo o preocupación	Ficha de recolección	Cualitativa nominal	Pérdida de un ser querido. Abuso sexual. Amenaza u ocurrencia real de agresión física (asalto, ataque, robo, abuso físico).Otros
		Trastorno por déficit de atención e hiperactividad	trastorno del neurodesarrollo de carácter neurobiológico originado en la infancia y que afecta a lo largo de la vida, que se caracteriza por la presencia de tres síntomas típicos		Ordinal	SI, NO
		Influencia del círculo de amistades	Una conducta que se suele dar en la adolescencia y en la que se refuerzan conductas inapropiadas o ilegales al contacto con las amistades.		Ordinal	SI, NO
		Medios de comunicación	Los medios de comunicación son instrumentos en permanente evolución ya que a través de los años su forma de transmitir información se ha hecho bastante masiva e instantánea.		Ordinal	SI NO

### 7.8 Matriz de operacionalización de variables (MOVI)

Objetivo específico	Variable conceptual	Sub variable o dimensiones	Variable Operativa/Indicador	Técnica de recolección	Tipo de variable	Categorías Estadística
<b>Objetivo 4</b>  Correlacionar los principales factores de riesgo psicosociales con los principales tipos de sustancias psicotrópicas consumidas	Toda sustancia química que, al introducirse por cualquier vía y luego pasar al torrente sanguíneo ejerce un efecto directo sobre el sistema nervioso central y que ocasiona cambios específicos en sus funciones	Alcohol	se caracteriza por ser una sustancia psicoactiva, depresora del sistema nervioso central, y con capacidad de causar dependencia	Ficha de recolección	Ordinal	SI NO
		Cannabis	sustancias químicas activas que se llaman canabinoides que causa efectos similares a los estupefacientes en todo el cuerpo, incluso en el sistema nervioso central y el sistema inmunitario.		Ordinal	SI, NO
		Cocaína	Es un alcaloide tropano y fuerte estimulante utilizado sobre todo como droga recreativa		Ordinal	SI, NO
		Anfetamina	Es un agente adrenérgico sintético, potente estimulante del sistema nervioso central. son unas drogas estimulantes muy adictivas. Aceleran las funciones del sistema nervioso central y del cuerpo		Ordinal	SI NO
		Alucinógenos	son drogas que causan alucinaciones, es decir, alteraciones profundas en la percepción de la realidad del usuario		Ordinal	SI NO
		Tabaco	El tabaco contiene nicotina, el ingrediente que puede causar adicción. El tabaco se puede fumar, masticar o aspirar.		Ordinal	SI NO
		Opio	Sustancia que se obtiene desecando el jugo de las cabezas de adormideras verdes; tiene, propiedades analgésicas, hipnóticas y narcotizantes y puede provocar dependencia.		Ordinal	SI NO
		Heroína	Por sus efectos eufóricos, la heroína se utiliza como droga recreativa semisintética		Ordinal	SI NO

**Consideraciones éticas.**

Para la realización del estudio no se someterá a los pacientes a ningún procedimiento invasivo, dado que la recolección de datos será de fuente secundaria (libro de registros y expedientes clínicos) por lo que las consideraciones de violación a las normas éticas serán mínimas.

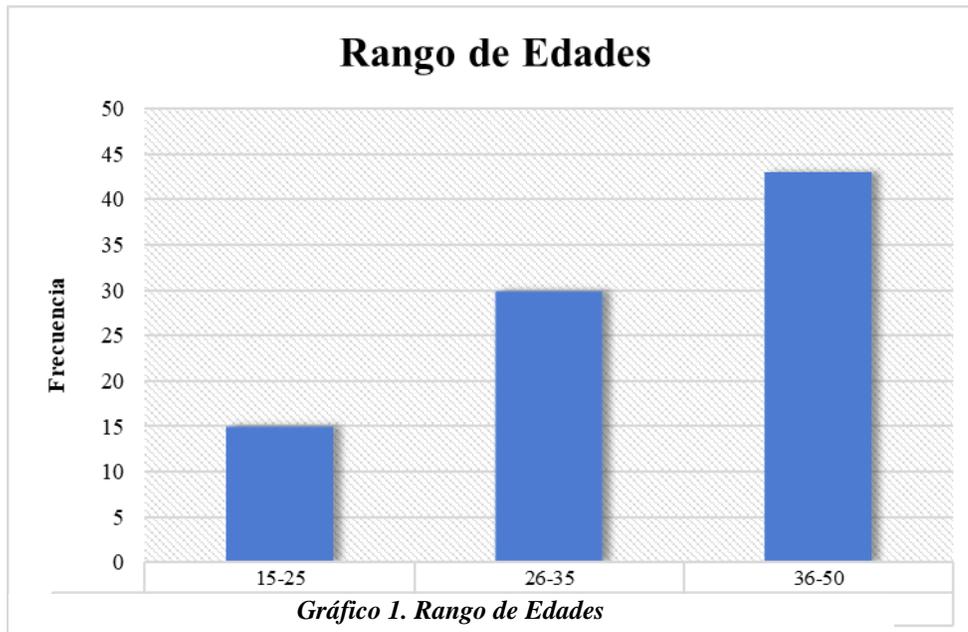
Se solicitará autorización a la subdirección docente del hospital psicosocial Dr. José Dolores Fletes Valle para la revisión de libros de registros y expedientes clínicos necesarios para la investigación. Los datos recolectados de los expedientes se usarán para fines estrictamente de la investigación, garantizando confidencialidad con cada uno de los datos revisados.

## IX. RESULTADOS

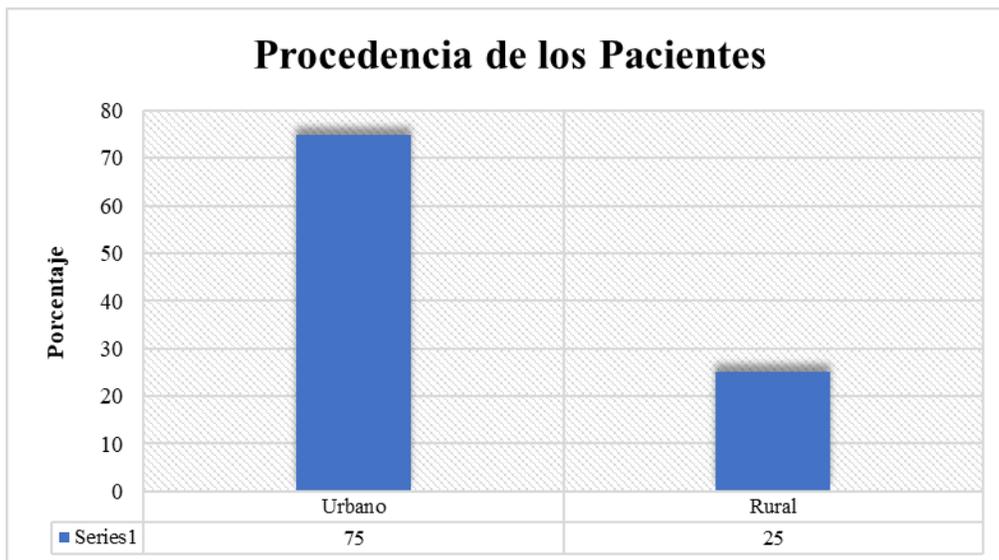
El presente análisis de resultado se hizo a partir del levantamiento de información mediante la ficha de recolección de dato, aplicada al Hospital psicosocial Dr. José Dolores Fletes Valle e ingresan a sala de hospitalización de pabellón de agudo de varones, de los cuales se obtuvieron los siguientes resultados.

- **Datos Sociodemográficos**

El gráfico 1, muestra el rango de edades prevalente en los pacientes donde se puede observar que el **Rango 1.** 36 – 50 años obtuvo un 48.9% (43 pacientes), seguido del **Rango 2.** 26 – 35 años con un 34.1 % (30 pacientes) y el **Rango 3.** 15 – 25 años con un 17 (15 paciente).

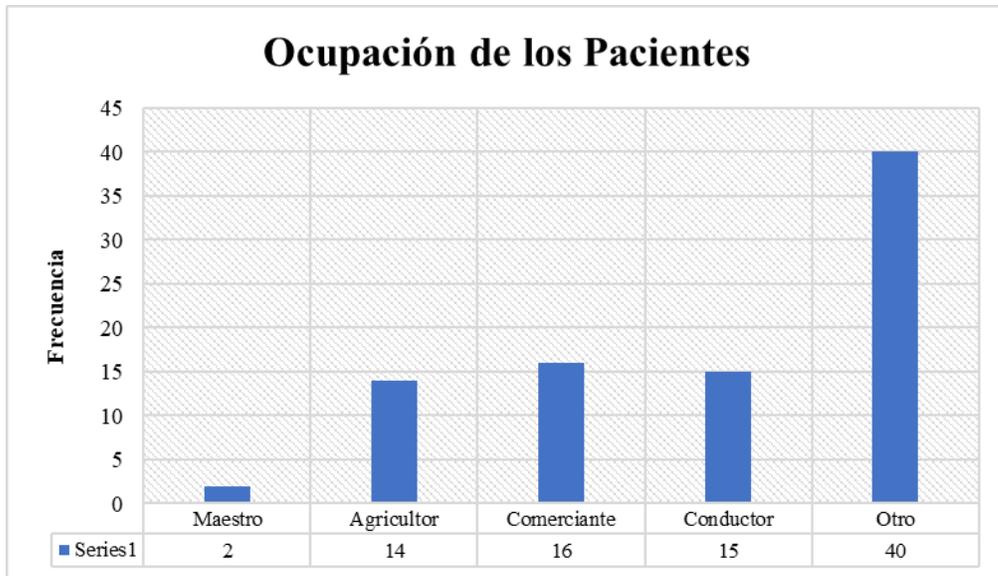


Refiriéndose a procedencia de los pacientes, **el gráfico 2**, muestra que prevaleció la procedencia urbana con un 66% (75 pacientes) y para el rural 22% (25 pacientes).

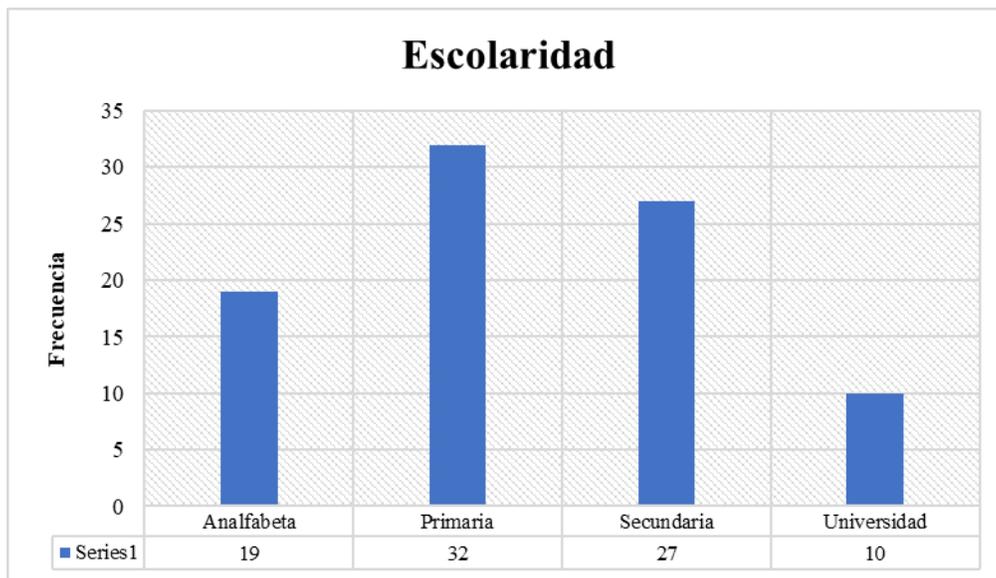


*Gráfico 2. Procedencia de los pacientes*

En cuanto a la ocupación de estos el **gráfico 3**, muestra que la mayoría manifestó ser de otra ocupación 45.5% (40 pacientes) de las expresada en la ficha de recolección de datos, seguido de un 18.2 % indica que son comerciante (15 pacientes), luego un 17% conductor (15 pacientes), un 15.9% agricultor (14 Pacientes) y por último un 2.3% (2 Pacientes).

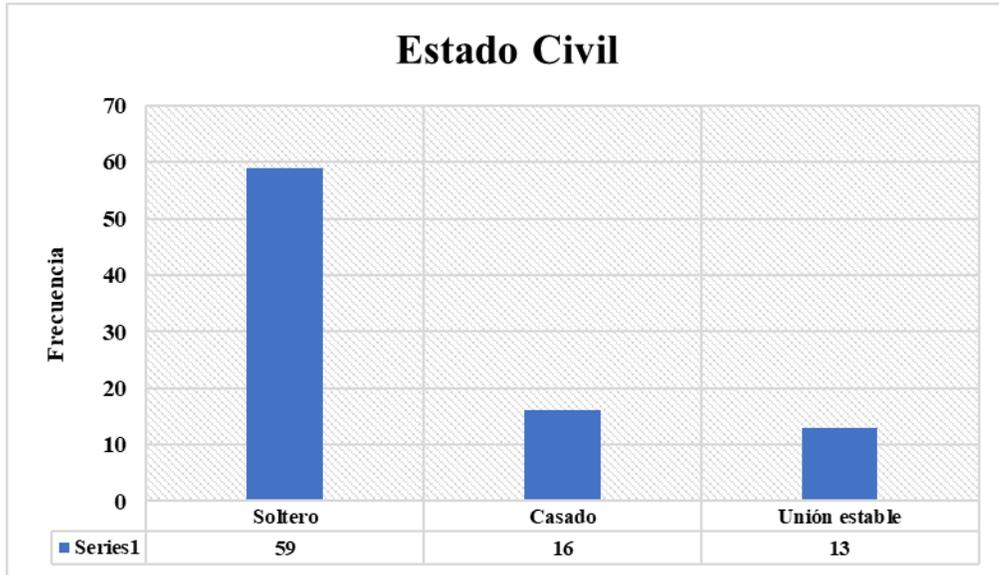


*Gráfico 3. Ocupación de los Pacientes*



*Gráfico 4. Escolaridad de los pacientes*

La escolaridad de los pacientes el **gráfico 4**. Recalca que un 36.4% (32 pacientes) cursó primaria, luego de un 3.0.7% curso la secundaria (27 pacientes), un 21.6% manifestó ser analfabeta (19 pacientes) y un 11.4% termino la universidad (10 pacientes).

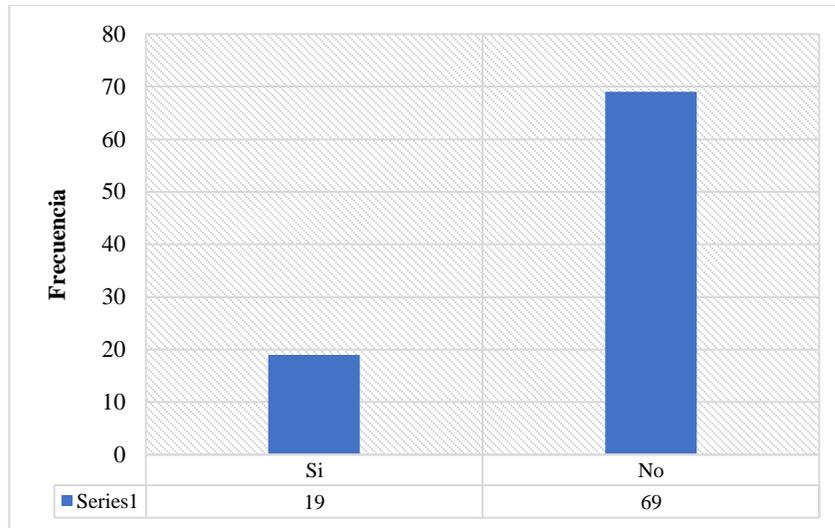


**Gráfico 5. Estado civil de los pacientes**

El **gráfico 5**, hace referencia a estado civil donde se percató que el 67% (59 pacientes) son solteros, seguido de un 18.2% (16 pacientes) son casados y solo un 14.8% (13 pacientes) manifiestan tener una unión de hechos estables.

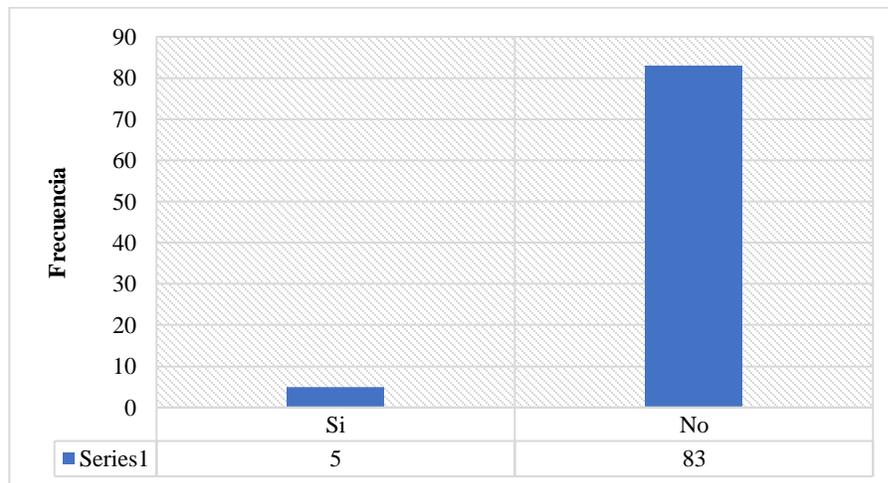
- **Factores de Riesgo asociados a traumas.**

Respondiendo a los factores de riesgos asociados, el Factor número 1 correspondiente a la pérdida de un ser querido un 78.4% de los pacientes manifestó no tener registro de pérdida de algún ser, mientras que el 21.6% restante manifestó tener esta pérdida, tal y como se muestra en la **tabla número 6**.



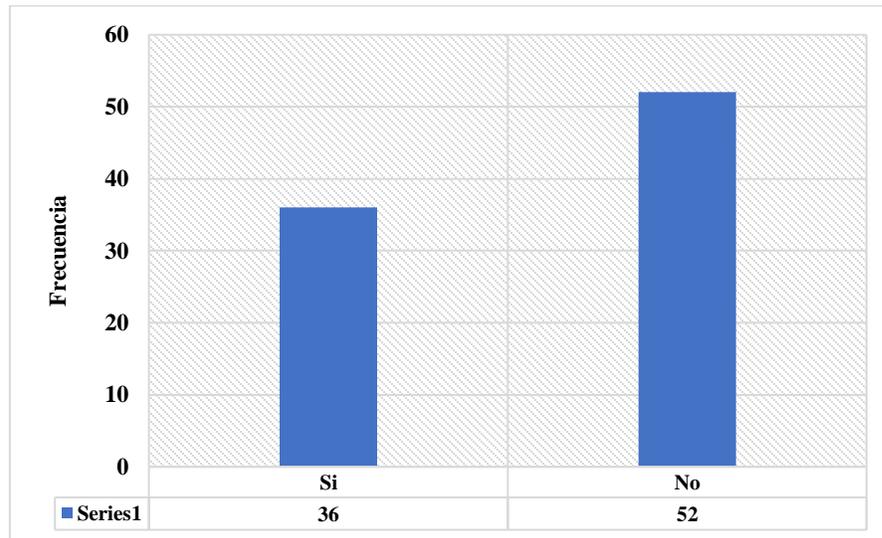
**Gráfico 6. Trauma. Pérdida de un ser querido**

En cuanto al Factor número 2, a como se puede apreciar en *el gráfico 7*. Los pacientes manifestaron un 94.3% (83 pacientes) que no sufrió de abuso sexual alguno, por su parte un 5.7% (5 pacientes) dijeron que sufrieron de abuso sexual.



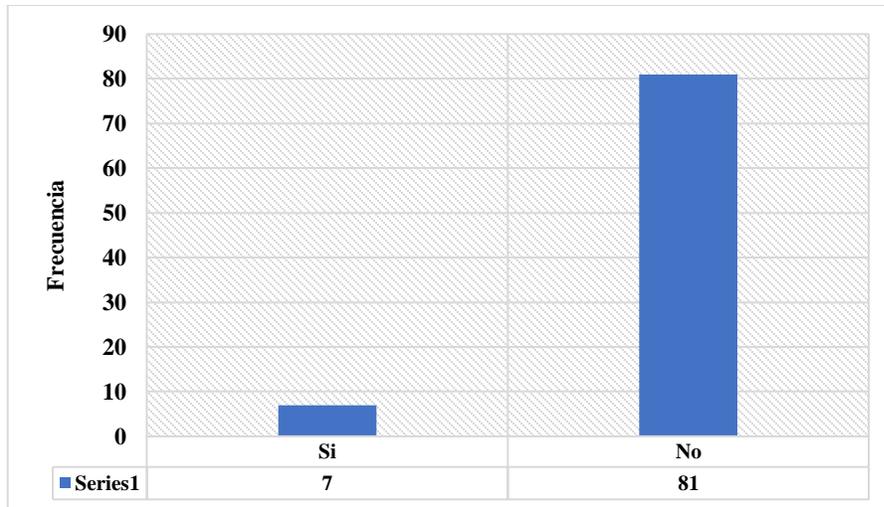
**Gráfico 7. Trauma. Abuso sexual**

El Trauma número 3, sobre la agresión física los pacientes manifestaron en un 59.1% (52 pacientes) haber no sufrido agresión física y un 40.9% (36 pacientes) manifestó haber sufrido de alguna agresión, datos que se pueden apreciar en el gráfico



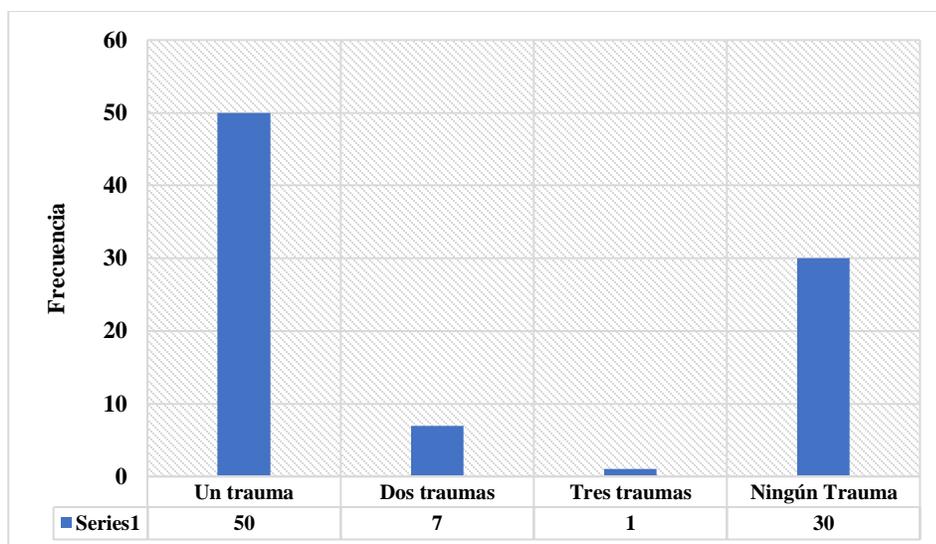
*Gráfico 8. Trauma Agresión Física*

El *gráfico 9*, muestra que en cuanto a padecer algún otro trauma, los pacientes manifestaron en un 92% (81 pacientes) no padecer de otros traumas a los anteriormente mencionados y un 8% (7 paciente) manifiesta que sufrió de algún otro trauma.



*Gráfico 9. Otros traumas*

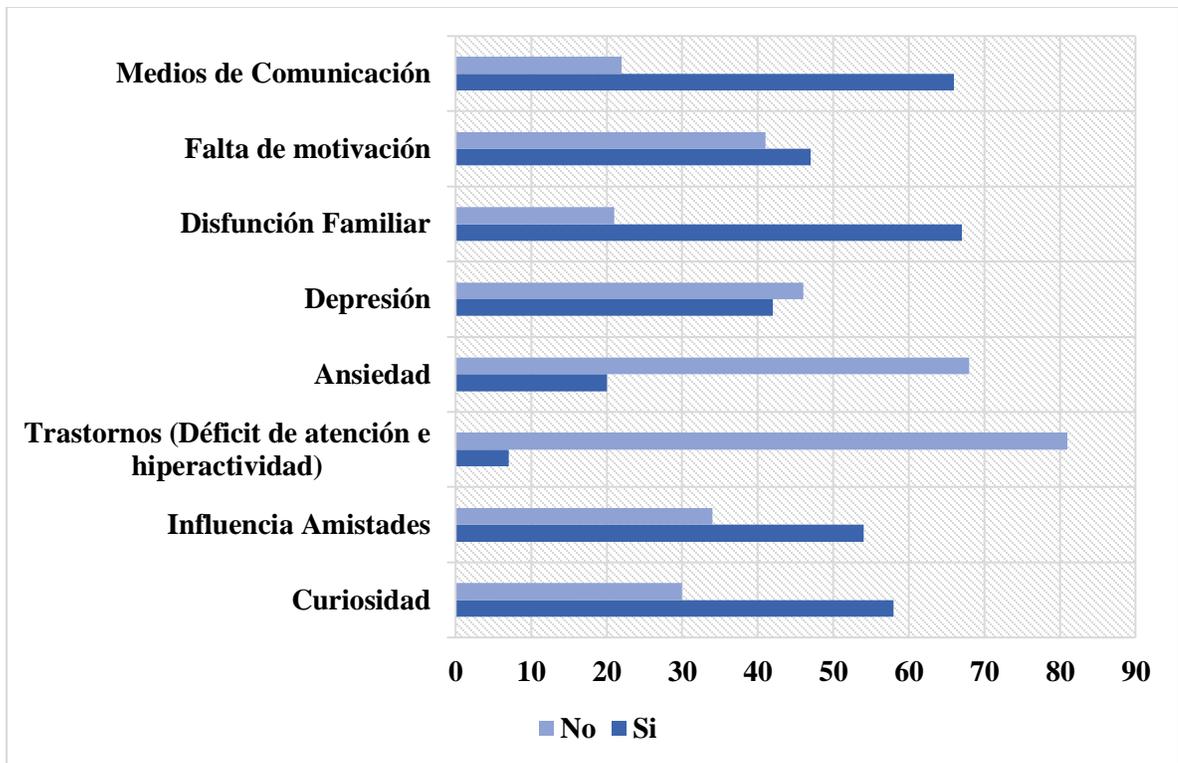
Se realizó un resumen de cuantos traumas de los mencionados anteriormente sufrieron los pacientes, en el **gráfico 10** muestra que un 56.8% (50 pacientes) sufrieron al menos un trauma en el transcurso de su vida, seguido de un 34.1% (30 pacientes) dicen no haber padecido algún trauma, mientras que un 8% (7 pacientes) sufrieron dos traumas y por último 1% (1 paciente), sufrió más de tres traumas en el transcurso de su vida.



*Gráfico 10. Cantidades de Traumas Sufridos por los Pacientes*

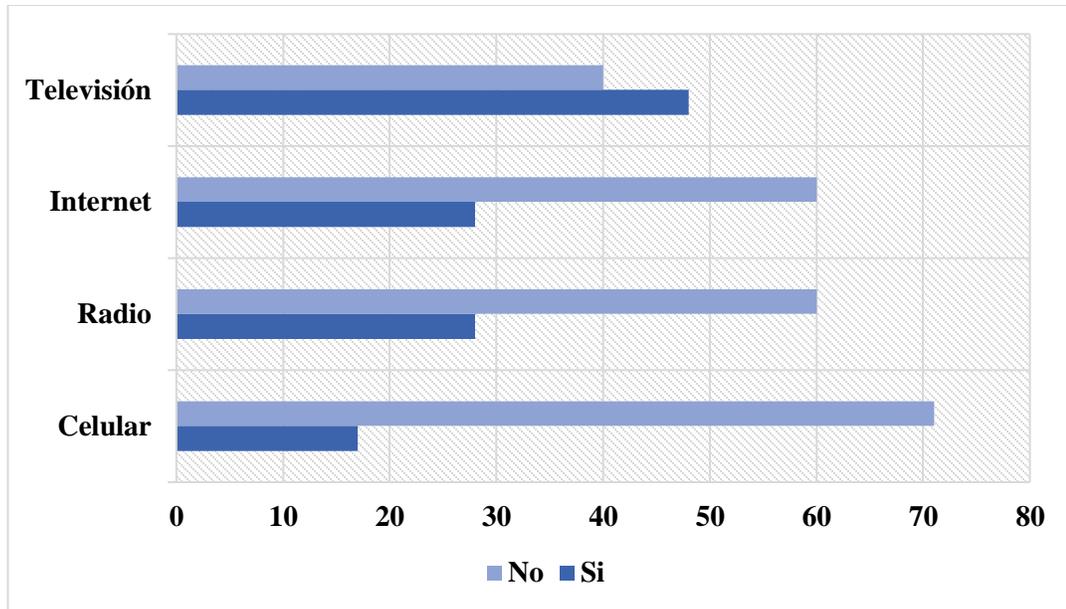
En correspondencia a los demás factores asociados al consumo de sustancias psicoactivas, se encontró que el un 75% (66 pacientes) manifiesta que los medios de comunicación les han inducido al consumo de drogas, mientras que un 25% (22 pacientes) no considera que le hayan llevado estos al consumo de drogas. El siguiente factor asociado a esto con mayor porcentaje fue la disfunción familiar con un 76.1% (67 pacientes) indican que su entorno familiar sufrió de este y un 23.9% (21 pacientes) no indica que hayan sufrido de ello.

El tercer factor asociado más indicado por los pacientes fue la curiosidad donde un 65.9% (58 pacientes) realizó el consumo de drogas por ellos y un 34.1% (30 pacientes) manifestó que este haya sido un motivo que los llevase al consumo. El Cuarto factor más común fue la influencia de las amistades donde 61.4% (54 pacientes) manifestaron que tuvieron influencia de estos y un 38.6 (34 pacientes) manifestaron que no fue factor de consumo.



*Gráfico 11. Factores asociados al consumo de drogas*

A continuación, se pueden observar, que en la **gráfica 12**, se hizo un recuento del factor asociado de mayor incidencia en este estudio que son los Medios de Comunicación donde se pudo determinar que según los pacientes los que mayor inducen a las drogas donde indican que la televisión con un 54.5% (48 pacientes) es medio que mayormente se induce a este y un 45.5% (40 pacientes) indica que no, seguido del internet donde un donde un 31% (28 pacientes) indican que inducen al consumo de sustancias psicoactivas, en el caso de la radio solo un 31.8% (28 pacientes) indico que puede inducir a las drogas y en último lugar el celular donde el 19.3% (17 pacientes) indicó que si influyó en su consumo de drogas.



*Gráfico 12. Medios de Comunicación que Indujeron al Consumo de Drogas*

Haciendo relación al **gráfico 12**, se puede observar que las sustancias de mayor consumo fue el tabaco con un total de 83% (73 pacientes), el resto de los pacientes indico que no, seguido del alcohol donde un 60.2% (53 pacientes) indica que consumió alcohol, el cannabis ocupa un tercer lugar con un 52.3% (46 pacientes) y en un último lugar la cocaína con un 30% (26 pacientes).

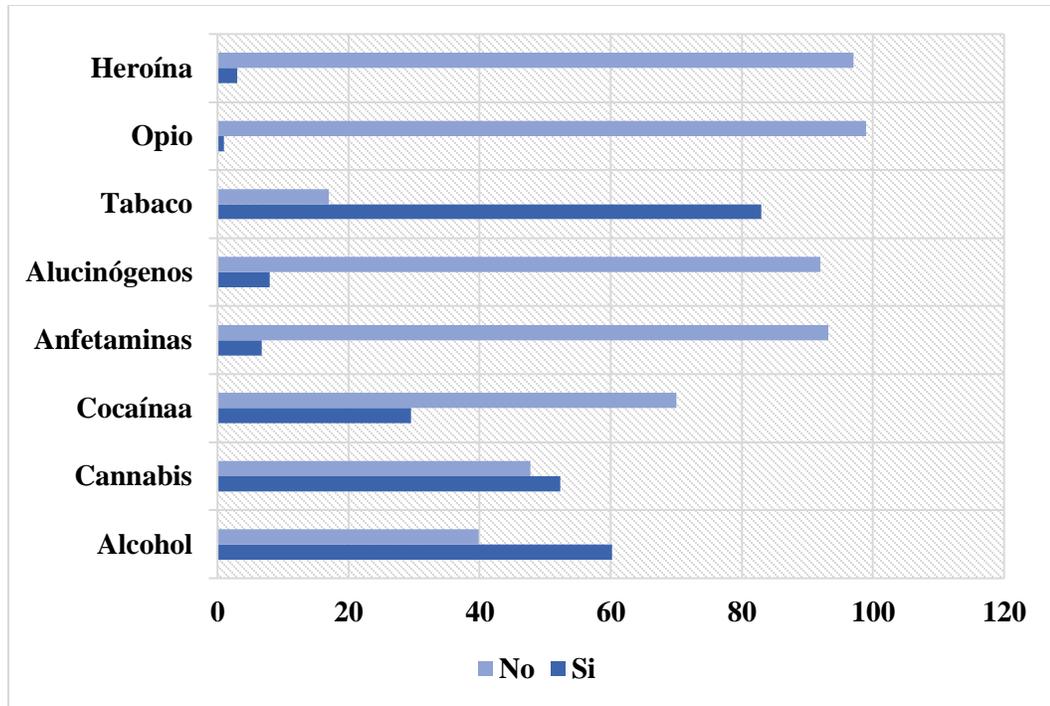


Gráfico 13. Consumo de Sustancias

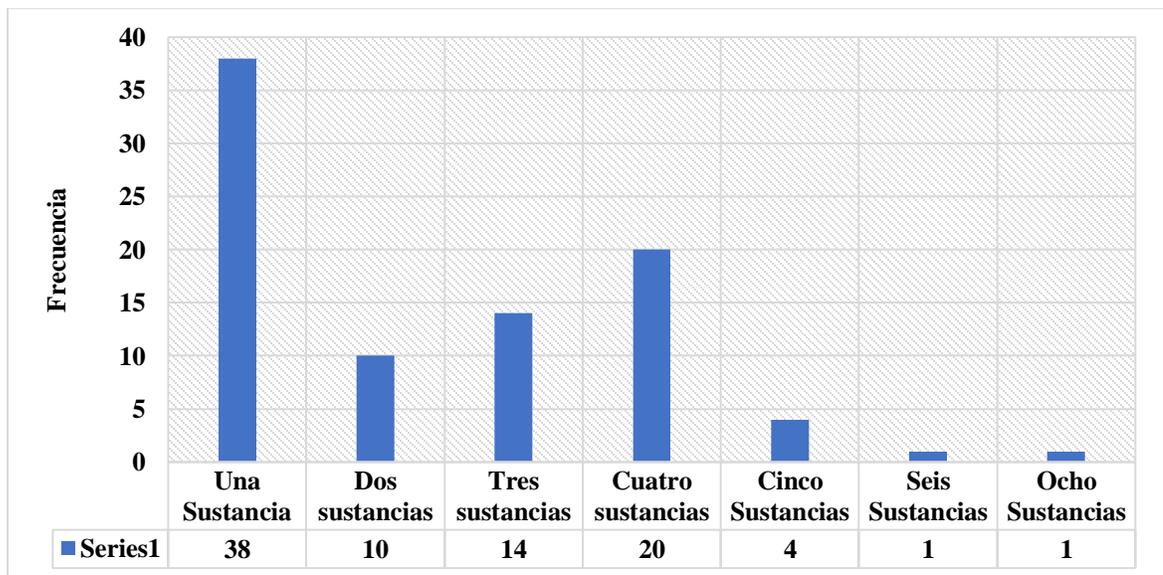


Gráfico 14. Número de Sustancias Consumidas por los Pacientes

El gráfico 14, el número de sustancias a que consumen los pacientes en estudio donde se observa que 43.2% (38 pacientes) ha consumido por lo menos una de las ocho sustancias

psicoactivas en estudio, mientras que 22.7% (20 pacientes) manifiesta el consumir cuatro de las sustancias en estudio, un 15.9% (14 pacientes) han consumido al menos tres sustancias, luego esta las el consumo de dos sustancias 11.4% (10 pacientes), el consumo de cinco sustancias fue manifestado por un 4.5% (4 pacientes) y en una menor cantidad por un porcentaje del 1% (2 pacientes) para cada uno estos manifestaron que consumen de seis a ocho sustancias.

- **Pruebas de Correlación**

A continuación, se muestra las pruebas de correlación para dos variables independientes en este caso se relacionan *la cantidad de traumas y el número de sustancias consumidas*, la prueba de *Chi Cuadrado*, aporta evidencias estadísticas de un valor de  $p:0.579$ , el cual es mayor que el nivel crítico de comparación como lo es el valor de alfa fijo de 0.05.

**Tabla 1. Prueba de Correlación entre Cantidad de Traumas y numero de Sustancias**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16.198 <sup>a</sup>	18	.579
Razón de verosimilitud	15.807	18	.606
Asociación lineal por lineal	1.299	1	.254
N de casos válidos	88		

a. 22 casillas (78.6%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .01.

La *tabla 2*, muestra la prueba de correlación para dos variables independientes *Chi Cuadrado*, las variables relacionadas en este caso fueron el *medio de comunicación* que fue uno

de los factores asociados con mayor puntaje según los pacientes y *el número de sustancias que estos consumen*, la prueba aporta evidencias estadísticas de un valor de  $p:0.039$ , el cual es menor que el nivel crítico de comparación como lo es el valor de alfa fijo de 0.05.

**Tabla 2. Prueba de Correlación entre Medios de Comunicación y el número de Sustancias Consumidas**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13.281 <sup>a</sup>	6	.039
Razón de verosimilitud	12.253	6	.057
Asociación lineal por lineal	.783	1	.376
N de casos válidos	88		

a. 8 casillas (57.1%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .25.

La **tabla 3**, muestra la prueba de correlación para dos variables independientes **Chi Cuadrado**, las variables relacionadas en este caso fueron *disfunción familiar* que fue uno de los factores asociados con mayor puntaje según los pacientes en tercer lugar y *el número de sustancias que estos consumen*, la prueba aporta evidencias estadísticas de un valor de  $p:0.079$ , el cual es mayor que el nivel crítico de comparación como lo es el valor de alfa fijo de 0.05.

**Tabla 3. Prueba de Correlación entre el número de Sustancias y Disfunción Familiar**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11.316 <sup>a</sup>	6	.079
Razón de verosimilitud	13.261	6	.039
Asociación lineal por lineal	.984	1	.321
N de casos válidos	88		

a. 9 casillas (64.3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .24.

La **tabla 4**, muestra la prueba de correlación para dos variables independientes **Chi Cuadrado**, las variables relacionadas en este caso fue **curiosidad** que fue uno de los factores asociados con mayor puntaje según los pacientes en tercer lugar y **el número de sustancias que estos consumen**, la prueba aporta evidencias estadísticas de un valor de p:0.00, el cual es menor que el nivel crítico de comparación como lo es el valor de alfa fijo de 0.05.

**Tabla 4. Prueba de Correlación entre el número de Sustancias y Curiosidad**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	28.668 <sup>a</sup>	6	.000
Razón de verosimilitud	29.642	6	.000
Asociación lineal por lineal	.790	1	.374
N de casos válidos	88		

a. 8 casillas (57.1%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .34.

La *tabla 5*, muestra la prueba de correlación para dos variables independientes *Chi Cuadrado*, las variables relacionadas en este caso fue *Influencia de Amistades* que fue uno de los factores asociados con mayor puntaje según los pacientes n tercer lugar y *el número de sustancias que estos consumen*, la prueba aporta evidencias estadísticas de un valor de p:0.00, el cual es menor que el nivel crítico de comparación como lo es el valor de alfa fijo de 0.05.

*Tabla 5. Prueba de Correlación entre el número de Sustancias e Influencia de Amistades*

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14.577 <sup>a</sup>	6	.024
Razón de verosimilitud	16.539	6	.011
Asociación lineal por lineal	.278	1	.598
N de casos válidos	88		

a. 7 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .39.

## **X. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.**

En los datos Sociodemográficos se encontró que los rangos de edades con mayor prevalencia fueron Rango 1. 36 – 50 años obtuvo un 48.9% (43 pacientes), seguido del Rango 2. 26 – 35 años con un 34.1 % (30 pacientes) y el Rango 3. 15 – 25 años con un 17 (15 paciente) Lo que muestra que las edades de los pacientes hospitalizados por problemas mentales asociado al uso de psicotrópicos han aumentado en rango de edad, ya que el estudio de (Gonzales, 2004) demostró que las edades que presentaron mayor porcentaje de egreso por trastorno mentales asociados a psicotrópicos fueron las edades comprendidas entre 21 a 30 años de edad con el 42,85%, seguido de las edades comprendidas entre los 31 a 40 años con el 26,46%. Siendo diferente los datos encontrados en otros estudios como en el de (Mejía, 2016-2017) en donde el rango de edad más significativa es de 15 a 17 años, al igual que (Madrid, 2015-2017) donde demostró que la edad del consumo se incrementa desde los 13 años con un 22%, aumentando en las edades de 15 años hasta los 17 años en un 12%. Se puede asegurar que se asocia a que en los pacientes ingresados han transcurrido un periodo para desarrollar la patología hasta llegar a la necesidad de ingreso en cambio en los otros estudios la población se componía de edades jóvenes.

En cuanto a procedencia de los pacientes, muestra que prevaleció la procedencia urbana con un 66% (75 pacientes) y para el rural 22% (25 pacientes), haciendo una comparación con el estudio de (Madrid, 2015-2017), donde la procedencia fue de área urbana 78%, demostrando que la población con más riesgo de consumo es el área urbana por características de dicha área que tiende a favorecer el consumo como accesibilidad y disponibilidad de los psicotrópicos.

Con respecto a la ocupación se encontró que la mayoría manifestó ser de otra ocupación 45.5% (40 pacientes) de las expresada en la ficha de recolección de datos, seguido de un 18.2 % indica que son comerciante (15 pacientes), luego un 17% conductor (15 pacientes), un 15.9% agricultor (14 Pacientes) y por último un 2.3% (2 Pacientes) en otro estudio (Campos, 2016 agosto) también se encontró que la mayor población en estudio eran obreros relacionado con nuestro estudio en donde la clasificación de otros contempla todo clase de trabajo informal.

La escolaridad de los pacientes se recalca que un 36.4% (32 pacientes) cursó primaria, luego de un 30.7% cursó la secundaria (27 pacientes), un 21.6% manifestó ser analfabeta (19 pacientes) y un 11.4% terminó la universidad (10 pacientes) coincidiendo con el estudio (Campos, 2016 agosto) en donde demostró que la mayoría eran con baja escolaridad. Siendo de relevancia ya que se fundamenta que es un factor de riesgo de gran importancia para la población en estudio.

En el estado civil se encontró que el 67% (59 pacientes) son solteros, seguido de un 18.2% (16 pacientes) son casados y solo un 14.8% (13 pacientes) manifiestan tener una unión de hechos estables. Los pacientes solteros presentan mayor predisposición a la adicción lo que se podría deber a que disminuye su red de apoyo en comparación a los pacientes que el matrimonio contribuye a una red de apoyo estable, basándonos en la experiencia asistencial en el área de estudio. (Campos, 2016 agosto), demostró que la mayoría eran adultos jóvenes, solteros lo que más presentaron factores de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas. Correspondiendo a los encontrado en nuestro estudio.

En cuanto a la presencia de traumas como factores de riesgo se subdividieron en 4 grupo el trauma por pérdida de un ser querido, en el cual un 78.4% de los pacientes manifestó no sufrir pérdida de un ser querido, mientras que el 21.6% restante manifestó presentar esta pérdida. El 94.3% (83 pacientes) refirió que no sufrió de abuso sexual alguno, por su parte un 5.7% (5 pacientes) dijeron que sufrieron de abuso sexual, el trauma por Agresión en un 59.1% (52 pacientes) haber no sufrir agresión física y un 40.9% (36 pacientes) manifestó haber sufrido de alguna agresión, en cuanto al sufrir otros traumas diferentes a los mencionados en el estudio el 92% (81 pacientes). Siendo de gran importancia en el presente estudio, ya que se orienta a que los factores de riesgo como los trauma si tienen importancia al momento de presentar la adicción de sustancias que cumplieran con la presentación de los traumas. Toda presencia o exposición a traumas psicológicos crea mayor riesgo de uso de sustancias (Salud., 2007)

En cuanto a padecer algún otro trauma, los pacientes manifestaron en un 92% (81 pacientes) no padecer de otros traumas a los anteriormente mencionados y un 8% (7 paciente) manifiesta que sufrió de algún otro trauma. Relacionado con lo citado.

Se realizó un resumen de cuantos traumas de los mencionados sufrieron los pacientes, muestra que un 56.8% (50 pacientes) sufrieron al menos un trauma en el transcurso de su vida, seguido de un 34.1% (30 pacientes) dicen no haber padecido algún trauma, mientras que un 8% (7 pacientes) sufrieron dos traumas y por último 1% (1 paciente), sufrió más de tres traumas en el transcurso de su vida teniendo más alto el riesgo de presentar conductas adictivas (Campos, 2016 agosto)

En correspondencia al factor medios de comunicación asociados al consumo de sustancias psicoactivas, se encontró que un 75% (66 pacientes) manifiesta que los medios de comunicación le han inducido al consumo de drogas, mientras que un 25% (22 pacientes) no considera que le hayan llevado estos al consumo de drogas. La televisión y el cine, pueden fomentar que el uso de sustancias químicas sea en forma directa (a través de avisos promocionales) o indirecta (al mostrar a sus héroes, cantantes, o actores famosos consumiendo alcohol o tabaco, y sugerir que son modelos dignos de ser imitados). (Fantin, 2011) Por lo que, corresponde dicho resultado, tomando en cuenta que el medio de comunicación más al alcance en las edades juveniles de los pacientes en estudios es la televisión a diferencia de lo actual que el medio por donde más se difunde información es la internet. (Comín Enrique).

El siguiente factor asociado con mayor porcentaje fue la disfunción familiar con un 76.1% (67 pacientes) indican que su entorno familiar sufrió de este y un 23.9% (21 pacientes) no indica que hayan sufrido de ello) Corresponde con el estudio (Katalina Espinosa Soto, 2015 Abril) que encontró al analizar el entorno familiar evaluándose con el test de Apgar familiar, y se observó que los escolares con algún tipo de disfunción familiar eran más propensos al consumo de SPA en la actualidad las disfunciones familiares son comunes y se logra ver todo los efectos que esto tiene en los adolescentes en incrementar las probabilidades de sustancias psicoactivas , en los pacientes en estudios la disfunción familiar tiene un gran impacto sobre todo en la red de apoyo con llevando a que el uso de psicotrópicos persista aún con la patología ya establecida.

El tercer factor asociado más indicado por los pacientes fue la curiosidad donde un 65.9% (58 pacientes) realizó el consumo de drogas por ellos y un 34.1% (30 pacientes) manifestó que

este haya sido un motivo que los llevase al consumo. El cuarto factor más común fue la influencia de las amistades donde 61.4% (54 pacientes) manifestaron que tuvieron influencia de estos y un 38.6 (34 pacientes) manifestaron que no fue factor de consumo. Ambos factores están entre los primeros lugares como principales factores de riesgo para uso de psicotrópicos como en el estudio, (Katalina Espinosa Soto, 2015 Abril) en menores porcentajes se encontraron otros factores de riesgo como la falta de motivación, depresión, ansiedad siendo poco significativos para cruces de variables.

Se realizó un recuento del factor asociado de mayor incidencia en este estudio que son los Medios de Comunicación donde se pudo determinar que según los pacientes los que mayor inducen a las drogas donde indican que la televisión con un 54.5% (48 pacientes) es medio que mayormente se induce a este y un 45.5% (40 pacientes) indica que no, seguido del internet donde un 31% (28 pacientes) indican que inducen al consumo de sustancias psicoactivas, en el caso de la radio solo un 31.8% (28 pacientes) indicó que puede inducir a las drogas y en último lugar el celular donde el 19.3% (17 pacientes) indicó que si influyó en su consumo de drogas. La difusión de información que se trasmite sobre sustancias psicoactivas diariamente promoviendo su consumo influye mucho en la elección de la misma y por lo tanto tiene impacto en que los factores de riesgo aumenten en cantidad e influencia.

Se observó que las sustancias de mayor consumo fue el tabaco con un total de 83% (73 pacientes), seguido del alcohol donde un 60.2% (53 pacientes) indica que consumió alcohol, el cannabis ocupa un tercer lugar con un 52.3% (46 pacientes) y en un último lugar la cocaína con un 30% (26 pacientes). Estos resultados corresponden con las estadísticas mundiales de consumos

de sustancias en donde el alcohol y tabaco están entre las primeras sustancias psicoactivas consumidas. (Salud O. O., 2001) En el estudio de (Campos, 2016 agosto). Las sustancias psicoactivas de mayor consumo fueron alcohol y tabaco, seguido por cannabis, cocaína y sedantes, respectivamente. Concordando también con los resultados del presente estudio.

Muestra el número de sustancias que consumen los pacientes en estudio donde se observa que 43.2% (38 pacientes) ha consumido por lo menos una de las ocho sustancias psicoactivas en estudio, mientras que 22.7% (20 pacientes) manifiesta el consumir cuatro de las sustancias en estudio, un 15.9% (14 pacientes) han consumido al menos tres sustancias, luego esta las el consumo de dos sustancias 11.4% (10 pacientes), el consumo de cinco sustancias fue manifestado por un 4.5% (4 pacientes) y en una menor cantidad por un porcentaje del 1% (2 pacientes) para cada uno estos manifestaron que consumen de seis a ocho sustancias. El Poli consumo de sustancias psicoactivas., definido por la Organización Mundial de la Salud como: “Consumo de más de una droga o de más de un tipo de droga por una persona, normalmente al mismo tiempo o una detrás de otra, y por lo general, con la intención de aumentar, potenciar o contrarrestar los efectos de otra droga”, es una parte del fenómeno que podría aumentar la complejidad del mismo, pues los estudiantes en algunos casos presentan diferentes tipos de consumo (en cantidad de sustancias y de ocasiones que las usan) y la creencia de tener la capacidad de controlarlo. (Organization, 2011) Identificando que si se presenta poli consumo en los pacientes de estudio.

## ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS DE CORRELACIÓN

La Prueba de Correlación entre las 2 variables independiente, Cantidad de Traumas y numero de Sustancias mediante la prueba de *Chi Cuadrado*, aporta evidencias estadísticas de un valor de  $p:0.579$ , mostrando que no hay correlación entre la cantidad de traumas y el número de sustancias consumidas Contradiéndose así en el estudio realizado por. (Pedroza, 2009) donde demostró que cómo el riesgo aumenta ante la presencia de determinadas variables a medida que se incrementa el número y tipo de sustancias consumidas. Por lo que pese, aunque estadísticamente no presente correlación en la práctica clínica en la prueba de hipótesis es importante que se realicen estudios constantes para evaluar estas variables, ya que a los antecedentes y literatura citada demuestra que puede valorarse como un factor de riesgo.

Las variables relacionadas en este caso fueron el *medio de comunicación* que fue uno de los factores asociados con mayor puntaje según los pacientes y *el número de sustancias que estos consumen*, la prueba aporta evidencias estadísticas de un valor de  $p:0.039$ , el cual es menor que el nivel crítico de comparación como lo es el valor de alfa fijo de 0.05. Demostrando que existe correlación entre los medios de comunicación como factor de riesgo y el número de sustancias psicoactivas que consume esto se debe a que, por medio de la difusión a través de comerciales, anuncios de la radio y publicidad escrita se incita al consumo de estas. (Becoña Iglesias, 2016).

Prueba de correlación para dos variables independientes *Chi Cuadrado*, las variables relacionadas en este caso fueron *disfunción familiar* que fue uno de los factores asociados con mayor puntaje según los pacientes n tercer lugar y *el número de sustancias que estos consumen*, la prueba aporta evidencias estadísticas de un valor de  $p:0.079$ , el cual es mayor que el nivel crítico

de comparación como lo es el valor de alfa fijo de 0.05. No indicando que no hay correlación entre ambas, sin embargo, la disfunción familiar como uno de los principales factores de riesgo para consumo de psicotrópicos puede incidir en incrementar otras de riesgo y a su vez potenciar la necesidad de más consumo tanto como tipo de sustancias y cantidad. Asociando con el estudio de (Katalina Espinosa Soto, 2015 Abril) Observó que los escolares con algún tipo de disfunción familiar eran más propensos al consumo de SPA: disfunción familiar leve, OR = 4,04 (IC95%, 1,47-11,36); moderada, OR = 4,81 (IC95%, 1,32-18,03); grave, OR = 14,1 (IC95%, 3,39-63,96). Influencia del consumo en cuanto a los familiares con que habita: mamá, OR = 1,74 (IC95%, 0,69-4,36); abuelo, papá u otros, OR = 1,0 (IC95%, 0,36-2,71). Tipo de vivienda que habita el escolar y su relación con el consumo: alquilada, OR = 1,39 (IC95%, 0,61-3,18); inquilinato o de un familiar, OR = 0,50 (IC95%, 0,02-5,68). Desde el entorno escolar, se obtuvo que en el 92% había riñas en el ámbito estudiantil, y en cuanto a su influencia en el consumo de SPA, se observa OR = 1,67 (IC95%, 0,39-8,23).

La prueba de correlación para dos variables independientes *Chi Cuadrado*, las variables relacionadas en este caso fue *curiosidad* que fue uno de los factores asociados con mayor puntaje según los pacientes n tercer lugar y *el numero de sustancias que estos consumen*, la prueba aporta evidencias estadísticas de un valor de p:0.00, el cual es menor que el nivel crítico de comparación como lo es el valor de alfa fijo de 0.05. Indicándonos que si hay correlación entre ambas variables coincidiendo con el estudio de (Mejía, 2016-2017) en el que encontró que las razones más comunes por las que esta población consume esta sustancia es la curiosidad y el deseo de formar parte de un grupo social. También en la literatura según la (UNODC, 2012) Todo consumo de sustancias psicoactivas comienza en este punto. Es cuando una persona prueba una o más sustancias, una o

dos veces, y decide no volverlo a hacer. Es por esta razón la importancia de la correlación existente entre ambas variables que afecta de manera directa a nuestra población de estudio.

Las variables relacionadas *Influencia de Amistades* que fue uno de los factores asociados con mayor puntaje según los pacientes en tercer lugar y *el número de sustancias que estos consumen*, la prueba aporta evidencias estadísticas de un valor de  $p:0.00$ , el cual es menor que el nivel crítico de comparación como lo es el valor de alfa fijo de  $0.05$ . Por lo que podemos concluir que hay correlación estadística entre ambas variables coincidiendo con los resultados de otros estudios como el de (Mejía, 2016-2017) Donde identifiqué que la presión grupal es otra área de mayor riesgo que presentan los jóvenes, siendo los grupos a los que pertenecen los que promueven el consumo de drogas, también el estudio de (Madrid, 2015-2017) Encontró que El 70% de los adolescentes obtienen la droga por medio de sus amigos. En la literatura encontramos que la persona que es consumidora tiende a aislarse del grupo de amigos/as no consumidores y a unirse a personas que sí consumen. (Newcomb, 1989) También al no ser aceptado por los amigos o una condición para ingresar a cierto grupo es el ingerir droga, ser como ellos, imitarlos (Salazar, 2004).

Luego de realizar cinco pruebas de hipótesis en cuanto a la número de sustancias consumidas y los principales factores de riesgo que presentaron los pacientes incluidos en el estudio, se procede a aceptar la hipótesis establecida en el trabajo donde se demuestra que los pacientes ingresados con el diagnóstico de trastorno mental y del comportamiento por psicotrópicos en el pabellón de agudos de varones del hospital psicosocial Dr. José Dolores Flete Valle en el periodo de enero 2020 a junio 2022 el presentar Factores de riesgo psicosociales como vivencias traumáticas, Curiosidad, Influencia del círculo de amistades y la Disfunción

familiar,medios de comunicación, estan asociado a mayor número de sustancia psicoactivas, alcohol, Cannabis, Cocaína, crack, tolueno tabaco, Opio, Heroína, consumidas.

## XI. CONCLUSIONES

Luego de haber realizado el presente estudio analítico – correlacional de Factores de riesgo psicosociales asociados a consumo y adicción de sustancia psicoactivas en pacientes con trastorno mentales y del comportamiento debido a la utilización de psicotrópicos, ingresados en el pabellón de agudos de varones del hospital psicosocial Dr. José Dolores Fletes Valle en el periodo comprendido de enero del año 2020 a junio del 2021. Se puede concluir que:

- El rango de edades prevalente en los pacientes en estudio según orden descendente fueron el **Rango 1**. 36 – 50 años obtuvo un 48.9% (43 pacientes), prevaleció la procedencia urbana con un 66% (75 pacientes), En cuanto a la ocupación la mayoría manifestó ser de otra ocupación 45.5% (40 pacientes). La escolaridad de los pacientes fue un 36.4% (32 pacientes) cursó primaria, el estado civil donde se percató que el 67% (59 pacientes) son solteros.
- En cuanto al trauma como factores de riesgo el que más se presentó en los pacientes fue la variable de otro tipo de trauma con un 92% (81 pacientes). En la cantidad de trauma sufrido por cada paciente se identificó que al menos han sufrido un trauma en el transcurso de su vida, seguido de un 34.1% (30 pacientes).
- En correspondencia a los demás factores asociados al consumo de sustancias psicoactivas, se encontró que el presentó mayor influencia en el consumo de sustancia psicoactiva fue los medios de comunicación en un 75% (66 pacientes), curiosidad 65% (58 pacientes),

influencias de amistades 61% (54 pacientes). En cuanto a los medios de comunicación el que presentó mayor incidencia fue la televisión 54.5 (48 pacientes).

- Las sustancias de mayor consumo fue el tabaco con un total de 83% (73 pacientes), seguido del alcohol donde un 60.2% (53 pacientes), el cannabis ocupa un tercer lugar con un 52.3% (46 pacientes) y en un último lugar la cocaína con un 30% (26 pacientes).
- Se observó que 43.2% (38 pacientes) ha consumido una de las ocho sustancias psicoactivas, un 22.7% (20 pacientes), cuatro de las sustancias, un 15.9% (14 pacientes) menos tres sustancias, un 11.4% (10 pacientes) dos sustancias, un 4.5% (4 pacientes) cinco sustancias y en una menor cantidad por un porcentaje del 1% (2 pacientes) manifestaron que consumen de seis a ocho sustancias.
- Las pruebas de correlación mediante chi cuadrado para dos variables independientes *la cantidad de traumas* y *el número de sustancias consumidas*, y la correlación entre las variables *disfunción familiar* y *la cantidad de sustancias que estos consumen* no mostró correlación estadística entre ellas.
- Las pruebas de correlación para dos variables independientes *Chi Cuadrado*, las variables *medio de comunicación* y *el número de sustancias que estos consumen*. y la correlación entre *curiosidad* y *la cantidad de sustancias que estos consumen* y de igual forma la corrección entre *Influencia de Amistades* y *la cantidad de sustancias que estos consumen*, los resultados indicaron que si hay correlación entre ambas fundamentando la importancia

del estudio para futuras intervenciones en diferentes sectores como prevención de patologías mentales secundarias al consumo de dichas sustancias.

## **XII. RECOMENDACIONES**

- Divulgar los resultados, con el objetivo de concientizar al personal de salud, familiares, pacientes y la comunidad sobre el tema y lo más importante tratar de fomentar la psicoeducación sobre la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y las repercusiones que trae consigo al paciente, el familiar, la institución y la comunidad.
- Se debe realizar un análisis a nivel de cada equipo de trabajo de salud mental sobre el desarrollo de estrategias para disminuir el número de ingresos hospitalario, prevenir el consumo de sustancias psicoactivas primordialmente cannabis y alcohol con el fin de disminuir la adicción a psicotrópico mejorar el nivel de conciencia de enfermedad de cada paciente que es atendido en esta unidad hospitalaria.
- Recomiendo realizar otra investigación que con un enfoque más profundo donde se pueda llegar al nivel cuasi o experimental para conocer a profundidad otros factores relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas y el desarrollo de enfermedades mentales.

### **XIII. BIBLIOGRAFÍA**

1. Anual, I. (2006). *Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (OEDT)*. Luxemburgo: OEDT.
2. argentina, S.-s. d. (2017). *Factores de riesgo en el consumo de sustancias psicoactivas*. Argentina: ESTUDIO NACIONAL EN POBLACIÓN DE 12 A 65 AÑOS SOBRE CONSUMO DE SUSTANCIA PSICOACTIVAS.
3. Becoña Iglesias, E. &. (2016). *Manual de adicciones para*. España.
4. Calabrese, A. (julio 2009). *Extraído de la Conferencia dictada en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Tucumán*. Tecúman: UNESCO.
5. Campos, E. D. (2016 agosto). *Prevalencia y Nivel de Riesgo del Consumo de Sustancias Psicoactivas, en adultos urbanos* . Managua-Nicaragua.
6. Carmona, Y. L. (2017). *FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS AL CONSUMO Y ADICION DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS*. Universidad Centroccidental “Lisandro Alvarado” Venezuela: Vol. 20 No. 1 marzo del 2017.
7. Cogollo, Z. A. (2011). *Factores psicosociales asociados al consumo de sustancias en estudiantes*. Revista de salud pública, 13 (3) 470-479. .
8. Comín Enrique, d. l. (s.f.). *EL ESTRÉS Y EL RIESGO PARA LA SALUD*. . Fuente Ignacio.
9. delito, O. d. (09 de diciembre de (2015- 2017 ). *UNODC.org*. Obtenido de [www.unodc.org/documents/wdr2015/WDR2015\\_exun.pdf](http://www.unodc.org/documents/wdr2015/WDR2015_exun.pdf).
10. E, B. (2014). *adolescentes y el Consumo de droga* . hallazgos de la Carga Global 382: 1564–74.

11. familia, I. i. (2010). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones: Terapias centradas en la familia*. Publicada por Socidrogalcohol.
12. Fantin, M. B. (2011). *"Factores familiares, su influencia en el consumo de sustancias adictivas"*.
13. Garcia-A-L, G. G. (2002). *Consumo de sustancias en chicas adolescentes*. . Cannaria-España.
14. Georgiades K, B. M. (2010). *Tabaco y cannabis en adolescentes, resultado de adutos jóvenes de Ontario Child Health estudiar*. J Child Psychol Psyc.48: 724–31.
15. Gonzales, E. Y. (2004). *comorbilidad en los trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotropicas de los pacientes egresados del servicio de agudos*. Managua-Nicaragua.
16. Katalina Espinosa Soto, M. H. (2015 Abril). *Factores relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas*. Fundación Universitaria San Martín, Sede Cali, Colombia: Grupo GISAP, Cali, Colombia.
17. Lopez-Torrencilla, F. S. (2002). *"Auto eficacia y consumo de droga. Una revision."* 2, 33-51.
18. Madrid, F. S. (2015-2017). *FACTORES DETERMINANTES DEL CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES QUE ASISTEN AL CENTRO DE ATENCION INTEGRAL DEL INSTITUTO HONDUREÑO PARA LA PREVENCION DEL ALCOHOLISMO, DROGADICCION Y FARMACO DEPENDENCIA*. Managua-Tegucigalpa: Ocotol, Nueva Segovia 2017.
19. Maite., C. T. (2007). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Valencia. : Socidrogalcohol.

20. Mejía, Y. d. (2016-2017). *Factores de riesgo psicosociales asociados al consumo de sustancias psicoactivas de los (as) jóvenes del Programa Ambulatorio de Drogodependencia* . Managua-Nicaragua.
21. Mielgo, S. L. (2012). *Factores de riesgo familiar en el consumo de drogas*. psicología de las adicciones 1, 7-11.
22. n.º, E. M. (2014). *DEPÓSITO LEGAL: Z-3.045 -03*. España: Printed in Spain.  
Fecha de acceso: 25-09-14.
23. Newcomb, M. D. (1989). *"Substance Use and Abuse Among Children and Adolescents*. *American Psychologist*. 44.
24. OEA., C. (2015). *Informe del uso de drogas en las Américas*. Washington, D.C.: Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. .
25. OLIVARI MEDINA, C. -U. (2007). *"AUTOEFICACIA Y CONDUCTAS DE SALUD"*. 13.
26. Organization, W. H. (2011). *Global Status Report on Alcohol*. Geneva, Department of Mental Health and Substance Abuse . (WM 274).
27. Pedrosa, E. P. (2009). *Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancia psicoactivas en los adolescentes*. Estados Unidos- Cardenal Cisneros. Universidad de Alcalá: ISSN: 1577-0338.
28. Peña, Y. L. (junio de 2017). Factores spicosociales asociados consumo y adiccio de sustacias psicoactivas. *Revista de psicología Iztacala*, 139.
29. psiquiatria, E. B. (2020). *factores riesgo asociado al uso de sustancia psicotropicas*. Managua.

30. Saameño.J.A, B. (1996). *"Validez y fiabilidad del cuestionario de funcion familiar Apgar familiar. atencion primaria.* Vol.18: 289-296.
31. Salazar, E. U. (2004). *Consumo de alcohol y drogas y factores psicosociales asociados en adolescentes de Lima.* . Lima Perú: Lima. 65: 179-187.
32. Salud, M. d. (20004-2015). *Plan Nacional de Salud 2004-2015.* Managua-Nicaragua: segunda ediccion.
33. Salud, O. M. (2004). *Uso y Consumo de drogas.* España: OMS.
34. Salud, O. O. (2001). *Intervención breve: Para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Un manual para la utilización en atención primaria.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud. OMS.
35. salud, O. P. (2007). *salud en las Americas.* Washington D.C.: OPS: Publicación Científica y Técnica No. 622.
36. Salud., O. P. (2007). *Alcohol, género, cultura y daños en las Américas: Reporte Final del Estudio Multicéntrico OPS.* Washington D.C.: Organización.
37. Sánchez Pardo, L. (2006). *Guia informativa Droga y Genero Salud para la mujer de Galicia.* Galicia.
38. Saunders., T. W. (s.f.). Avery M. Maternal Conditions and Exogenous influences that affect the Fetus //Newborn. En A. D. Newborn.
39. Teofilo, G. E. (1997). *"Trabajo con familias."* . Pag (89-97) (153-161).
40. Teresa Laespada, I. I. (Julio del 2004). *Factores de Riesgo y de Protección frente al consumo de drogas.* España: Hacia un ModeloExplicativo del Consumo de Drogas en jovenes CAPV.

41. UNODC. (2012). *Informe Mundial sobre las Drogas 2012*. Nueva York: Naciones Unidas.
42. Vázquez-Zarate V, N.-E. C.-F. (05 de Abril de 2010). *Grupo de trabajo de PEMEX. Dirección, subdirección de servicios de salud corporativa de administración Promoción a la salud en adolescente. Coordinación Nacional de Activación Física y Tiempo Libre*. Obtenido de [://www.serviciosmedicos.pemex.com/salud/adolescencia.pdf](http://www.serviciosmedicos.pemex.com/salud/adolescencia.pdf) pág. 1-5 17. Acceso 5 abril de 2010.

**XIV. ANEXOS**

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, UNAN-Managua**

**Hospital Dr. José Dolores Fletes Valle.**

**XV. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

**Factores de riesgo psicosociales asociados a consumo y adicción de sustancia psicoactivas en pacientes con trastorno mentales y del comportamiento debido a la utilización de psicotrópicos, ingresados en el pabellón de agudos de varones del hospital psicosocial Dr. José Dolores Fletes Valle en el periodo comprendido de enero del año 2020 a Junio del 2021.**

Los datos recolectados en esta ficha, serán utilizados con fines estrictamente investigativos conservándose la confidencialidad de los datos.

Marcar con una X en la categoría correspondiente.

**Ficha numero:** \_\_\_\_\_ **Número de expediente:** \_\_\_\_\_

**Fecha de ingreso:** \_\_\_\_\_ **Caso**\_\_\_\_\_ **Control**\_\_\_\_\_

**Diagnóstico:** \_\_\_\_\_

**A) Características sociodemográficas**

**1. Edad**

15-25 años       26-35 años       36-50 años

**2. Procedencia**

Urbano     Rural

**3. Ocupación**

Empresario  Maestro  Agricultor   
 Comerciante  conductor  Otros

**4. Escolaridad:**

Analfabeta  Primaria  Secundaria  Universidad

**5. Estado civil**

Soltero  Casado  Unión estable  Viudo

**B) Factores de riesgo que conllevan al consumo y adicción de sustancia psicotrópicas**

**1. Vivencias traumáticas.**

Perdida de un ser querido  Abuso sexual

Amenaza u ocurrencia real de agresión física   Otros

**2. Curiosidad**

Sí  No

**3. Falta de motivación y objetivo**

Sí  No

**4. Disfunción familiar**

Sí  No

**5. Depresión**

Sí                       No

**6. Ansiedad**

Sí                       No

**7. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.**

Sí                       No

**8. Influencia del círculo de amistades.**

Sí                       No

**9. Medios de comunicación.**

Celular     Radio     Internet     Televisión     Otros

**C) Tipos de sustancias psicoactivas consumidas por los pacientes en estudio**

**1. Alcohol**

Sí                       No

**2. Cannabis**

Sí                       No

**3. Cocaína**

Sí

No

**4. Anfetaminas**

Sí

No

**5. Alucinógenos**

Sí

No

**6. Tabaco**

Sí

No

**7. Opio**

Sí

No

**8.**

**Heroína** Sí

No