

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA  
UNAN-MANAGUA  
RECINTO UNIVERSITARIO “RUBÉN DARÍO”  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



**TESIS**

**Para optar al título de  
Médico y Cirujano General**

**Prevalencia y Nivel de Riesgo del Consumo de Sustancias  
Psicoactivas, en adultos urbanos de Boaco, durante mayo-  
junio del 2016.**

**Autora:** Br. Eveling Danesa Guerrero Campos.

**Tutor:** Dr. Francisco Tercero Madriz, PhD.  
Especialista Salud Pública.

Managua, agosto del 2016.

## **DEDICATORIA**

Al Espíritu Santo, el cual me ha dado la fortaleza para continuar cuando he estado a punto de colapsar, por iluminar siempre mi camino; con todo mi corazón, dedico primero mi trabajo a Dios.

De igual forma dedico esta tesis a mi madre Otilia Guerrero la cual ha estado incondicionalmente siempre conmigo y es mi modelo profesional a seguir.

A mis abuelitos, Esperanza y Manico quienes han sabido formarme con buenos hábitos, sentimientos, valores y recordarme siempre que Dios está siempre conmigo, lo cual me ha ayudado a salir adelante.

A Ronaldo Rizo porque ha a pesar de no haberme dado la vida, ha estado siempre cuidándome, aconsejándome y compartiendo conmigo todos los momentos de mi vida, buenos y malos.

## **AGRADECIMIENTOS**

Gracias a Dios por ser mi principal apoyo y motivador para cada día continuar sin tirar la toalla.

Gracias a mis Padres y Abuelitos que fueron mis mayores promotores durante este proceso.

Gracias mi hermano Renaldy por ser un motivo de seguir siempre adelante en todos mis proyectos de vida. Para poder estar para él en el futuro y poder ayudarlo a llegar hasta donde él quiere llegar académicamente y en su vida.

Gracias a mi tutor de tesis Dr. Francisco Tercero Madriz por su paciencia y dedicación. Ha hecho fácil lo difícil. Ha sido un privilegio contar con su guía y ayuda.

## **OPINION DEL TUTOR**

Como tutor de la Tesis titulada “Prevalencia y Nivel de Riesgo del Consumo de Sustancias Psicoactivas, en adultos urbanos de Boaco, durante mayo-junio del 2016” elaborada por la Br. Eveling Danesa Guerrero Campos para obtener el Título de Doctor en Médico y Cirujano General hago, hago constar en primer lugar que el tema de investigación seleccionado es pertinente, oportuno y con resultados aplicables al problema del creciente consumo de sustancias psicoactiva en Nicaragua cuyo impacto en la carga de morbilidad y social es incalculable. En segundo lugar, la autora con dedicación y disciplina ha desarrollado competencias investigativas y de trabajo independiente durante la planificación, ejecución y redacción de la tesis, lo cual se refleja en un informe final basado en la mejor evidencia disponible relacionada al tema de investigación. La tesis cumple con el rigor metodológico, científico y contribuye a dar respuesta a un problema de salud nacional. Además, reúne los requisitos exigidos en la Normativas de la actividad investigativa de la UNAN-Managua.

Por lo tanto, hago constar que la Tesis reúne los estándares científicos y metodológicos exigidos para la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAN-Managua para ser presentada y sometida a evaluación.

No me queda, más que felicitar a Eveling Danesa por haber respondido al desafío del estudio y haber finalizado exitosamente su proyecto de investigación. Además, agradezco los valiosos comentarios del Árbitro asignado durante el proceso de revisión del estudio.

Dr. Francisco Tercero Madriz, PhD  
Tutor

## RESUMEN

El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia y nivel de riesgo del consumo de sustancias psicoactivas, en adultos urbanos de Boaco, durante mayo-junio de 2016.

El estudio fue de corte transversal y la población fueron adultos residentes de los barrios de Olama y de San Miguel. El muestreo fue por conglomerados y la muestra fue de 250 habitantes. La fuente fue primaria, a través de entrevista, y el instrumento usado para medir el consumo de sustancias psicoactivas fue la prueba ASSIST. Para analizar los datos se usó el software SPSS versión 23.0.

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.

Las recomendaciones se dirigieron a la líderes comunitarios, instituciones del estado y UNAN-Managua para sensibilizar la problemática del consumo de sustancias psicoactivas y elaborar estrategias para prevenir su consumo.

**Palabras claves:** sustancias psicoactivas, nivel de riesgo de consumo, tamizaje, ASSIST.

# ÍNDICE

- **Dedicatoria**
- **Agradecimientos**
- **Opinión del Tutor**
- **Resumen**

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	ANTECEDENTES	3
III.	JUSTIFICACIÓN	7
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
V.	OBJETIVOS	9
VI.	MARCO TEÓRICO	10
VII.	DISEÑO METODOLÓGICO	28
VIII.	RESULTADOS	34
IX.	DISCUSION	37
X.	CONCLUSIONES	40
XI.	RECOMENDACIONES	41
XII.	REFERENCIAS	42
XIII.	ANEXOS	47

## I. INTRODUCCIÓN

Las sustancias psicoactivas conocidas comúnmente como drogas psicoactivas, son sustancias que al ser tomadas pueden modificar la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento de un individuo (WHO, 1994; WHO, 2004a). El uso de estas sustancias se divide en 3 categorías, según su estatus socio legal. Primero, muchas de estas sustancias son usadas como medicación. Segundo, de uso ilegal o ilícito, de conformidad con convenciones internacionales (Naciones Unidas, 2014), la mayoría de países consideran ilegal el comercio y uso no médico de los opiáceos, cannabis, alucinógenos, cocaína y muchos otros estimulantes, al igual que hipnóticos y sedantes. La tercera categoría de uso, es el consumo legal o lícito, para cualquier propósito que elija su consumidor, principalmente el consumo de tabaco y alcohol (WHO, 2004a).

Según la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD, 2012), la prevalencia mundial de consumo de alcohol y tabaco es de 42% y 25%, mientras que la prevalencia de consumo sustancias ilícitas se estimaron entre 3.4% a 6.6% en personas entre 15 y 64 años de edad. Se estima también que el 12% de esta población se compone de consumidores problemáticos de drogas, incluyendo personas con problemas de adicción y otros trastornos.

La carga que para la salud pública representa el consumo de sustancias psicoactivas en todo el mundo es considerable. En el 2004 el uso de tabaco, alcohol y drogas ilegales equivalía a 8.7%, 3.8% y 0.4% de todas las muertes registradas, y a 3.7%, 4.5% y 0.9%, respectivamente, de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD). Según el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del 2009, el consumo de sustancias psicoactivas se encuentra entre los 20 primeros factores de riesgo de muerte y discapacidad (WHO, 2009).

Mundialmente ha aumentado la tendencia en el consumo de sustancias psicoactivas, ya sean combinadas o solas, lo que aumenta aún más los riesgos y las consecuencias negativas para los individuos y la sociedad. La OMS estima que el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales equivale respectivamente al 9.6%, 5.9% y 0.5-1.3% de todas las muerte registradas y a 3.7%. 4.5% y 0.9%, respectivamente, de los AVAD. Además, ocupan las posiciones 2, 3 y 19 como causa de muerte en el mundo (NIH, 2008; NIH, 2014).

Está claro que el consumo dependiente está asociado con una carga considerable de enfermedad, la carga en los sistemas de salud por el consumo riesgoso, puede ser mayor que la carga por el consumo dependiente. Se estima que solo 1 de cada 6 de los 4.5 millones de consumidores problemáticos de drogas de todo el mundo recibe el tratamiento que necesita, lo cual supone un costo global anual de 35,000 millones de dólares. Sin embargo, este panorama varía enormemente de una región a otra. Por ejemplo, en África, esta razón se estima en 1:18; en América Latina, el Caribe y Europa oriental y sudoriental en 1:11; mientras que en América del Norte se estima en 1 de cada 3 (Naciones Unidas, 2014).

Si todos los drogodependientes hubieran recibido tratamiento en 2010, el costo de dicho tratamiento se habría situado entre 200,000 y 250,000 millones de dólares, es decir, entre el 0.3% y el 0.4% del producto interno bruto (PIB) mundial. Otros efectos del consumo de sustancias psicoactivas está relacionados con la seguridad pública, delincuencia, productividad, la gobernanza y sobre grupos poblacionales específicos (Naciones Unidas, 2014).

El consumo de sustancias ilícitas es una actividad predominantemente masculina, mucho más que el consumo de cigarrillos o alcohol, y también tiene mayor prevalencia entre los jóvenes. Los datos de la UNODC muestran grandes decomisos de cocaína, heroína, cannabis y estimulantes del tipo de las anfetaminas en diferentes partes del mundo; y una estimación casi 200 millones de personas que consumen alguna sustancia ilícita. El cannabis es la sustancia ilícita más consumida, seguida de las anfetaminas, la cocaína y los opioides (CICAD/OEA, 2015; UNODC, 2012).

La falta de una prueba de tamizaje para medir el nivel de consumo de sustancias psicoactivas estimuló a la comunidad científica a elaborarlas (RACGP, 1998; RACGP, 2002; WHO, 2001a). La primera prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) fue propuesta por la OMS para ayudar al personal de salud a identificar el nivel de riesgo y la necesidad de intervención más adecuada. Un consumo de riesgo bajo (ocasional o no riesgoso) y moderado (consumo más regular) revela un riesgo bajo y moderado de presentar problemas relacionados al consumo, mientras que un riesgo alto (consumo frecuente o peligroso) indica riesgo elevado de dependencia y de presentar problemas relacionados al consumo de estas sustancias (WHO, 2001a; WHO 2001b).



## II. ANTECEDENTES

Según la publicación de la Salud en las Américas (2007) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en Nicaragua el 78.7% de los hombres y 43.8% de las mujeres han consumido alcohol alguna vez. Las prevalencias de mayor consumo correspondieron a: tabaco (36.5%), alcohol (42%), tranquilizantes (16%), marihuana (6%), cocaína (1%), crack (0.5%) e inhalantes (1%) (OPS, 2007a).

Parhami et al. (2012) realizaron un estudio transversal sobre el alcance de los trastornos adictivos dentro de una clínica privada de compensación de trabajadores en Los Ángeles. También se examinó el abuso de sustancias cribado dentro de la misma clínica a través de ASSIST y la prueba sobre el uso actual de opioides (COMM). La muestra fue de 100 pacientes. De acuerdo con ASSIST se encontró que 46% de los pacientes requiere la intervención de al menos un trastorno relacionado con sustancias (25% el tabaco, el 23% sedantes, 8% opioides), y de acuerdo con COMM, 46% dieron positivo para uso indebido de opiáceos recetados.

En Brasil se realizaron dos estudios transversales para determinar la prevalencia de traumatismos dentales, factores etiológicos, predisponentes, asociaciones con el nivel socioeconómico y el consumo de sustancia psicoactivas entre adolescentes. En el primero (n=891) los índices usados fueron: El Índice de Vulnerabilidad Social (IVS) para la clasificación socioeconómica y ASSIST para determinar el uso de sustancia psicoactivas. La prevalencia de lesiones dentales traumáticas (TDI) y caída fue de 24.7% y 17.7%, respectivamente. Hubo una alta prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas (50.3%) y sustancias ilícitas (15.2%). Pero, no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre estas variables y la presencia de TDI (Kelly et al, 2012).

En el segundo estudio (n=701). Los datos se obtuvieron por examen físico y ASSIST. Se encontró una prevalencia de TDI y de consumo de sustancias ilícitas de 26.6% y 7%, respectivamente. Además, a través del análisis de regresión de Poisson se concluyó la prevalencia de TDI se asoció estadísticamente con el consumo de sustancias ilícitas independiente de otras variables [OR = 1.54 (95% CI: 1.06–2.24) *P* = 0.022] (De Oliveira, et al., 2014).

Assanangkornchai et al. (2014) estudiaron a 5,931 pacientes (2.5% de todos los pacientes que asisten a las unidades de atención primaria en dos provincias de Tailandia) con la prueba ASSIST. De estos, el 29.6% y el 3.4% se clasificaron con un nivel de consumo de moderado y de alto riesgo, respectivamente, y se les ofreció intervención breve u otro tratamiento. Las sustancias más utilizadas fueron tabaco y alcohol. Menos del 1% fueron positivos a sustancias ilícitas.

En Nicaragua se encontraron varios estudios para medir el nivel de consumo y riesgo de sustancias psicoactivas y se describen a continuación:

En un estudio multicéntrico publicado en el 2007 en que participaron 10 países latinoamericanos, incluyendo Nicaragua, se 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 (OPS, 2007b).

Vanegas (2008) estudió la relación entre alcoholismo y deterioro de la función renal en pacientes mayores de 15 años atendidos en emergencia del HEODRA. El 6.4% tuvo un consumo de bajo riesgo y más de un tercio tenían riesgo de consumo y de dependencia alcohólica, respectivamente. El consumo de alcohol fue estadísticamente mayor en urbanos y de mayor edad. Se concluyó que el alcoholismo y mayor edad incrementan el deterioro de la función renal.

Blanco (2008) realizó un estudio transversal y se aplicó la prueba de AUDIT en 188 habitantes urbanos de Nagarote. La prevalencia de consumo de alcohol considerado como perjudicial o de dependencia fue de 44.6%, siendo mayor en hombres (50%), mayores de 34 años (47.9%), baja escolaridad (56.5%) y empleados (36.9%). La prevalencia de enfermedades fue mayor en personas con mayor riesgo (64.3% vs 9.2%). Predominaron gastritis 17%, abstinencia alcohólica 16%, y diarrea 14%. La búsqueda de ayuda a los Alcohólicos Anónimos se observó en personas con un consumo perjudicial y dependencia, en un 8% y 16.7%, respectivamente.

Arróliga (2010) realizó un estudio transversal en 198 trabajadores de la Fábrica de Puro “Natsa”, Estelí. Se usó AUDIT y la prevalencia de consumo de alcohol fue: bajo riesgo 79.3%, riesgo 13.1%, consumo perjudicial 5.1% y dependencia alcohólica 2.5%. La prevalencia de consumo perjudicial o dependencia fue mayor hombres, procedencia rural, baja escolaridad y sin religión.

Castro, Cortes, Pereira y Lobo da Costa (2010), estudiaron el consumo de drogas lícitas e ilícitas en 1314 estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas UNAN León. Se usó un cuestionario adaptado SAMSHA (Substance Abuse and Mental Health), el cual fue anónimo y auto aplicado. Fue respondido por 954 estudiantes entre de ambos sexos. La prevalencia del consumo fue: 52.6% para alcohol, 25.3% tabaco, 48.7% medicamentos y 2.6% de cocaína.

Herrera et al. (2012a), realizaron un estudio transversal sobre los patrones de policonsumo de drogas en 357 estudiantes de I y II año de medicina de la UNAN-León. Se usó el instrumento CAGE. El 52.1% había usado sustancias psicoactivas alguna vez. En el último año, 80.3% había consumido alcohol, 34.2% tabaco, 5.9% drogas de prescripción, 4.6% cannabis, 3.9% cocaína/crack y consumo simultáneo de alcohol, tabaco y cannabis 14.7%, y 8.8% para otras combinaciones. Los factores asociados al policonsumo fueron “tener relaciones sexuales inesperada”, “sin protección”, “tener problemas con su pareja sentimental” y “ausentarse de clases” (Herrera et al., 2012b).

Sarria y Vallejos (2012) realizaron un estudio transversal en la comarca rural La Grecia, del municipio de Chinandega. La mayoría fueron hombres, entre 20-34 años, baja escolaridad, acompañados, obreros y con dos o más hijos. El nivel de consumo se clasificó en: dependencia (25%), perjudicial (11%), riesgo (34%) y bajo riesgo (30%). Los principales problemas relacionados al consumo de alcohol fueron pérdida el trabajo (20%), separación conyugal (15%) y haber sido encarcelado (9%). El 13% habían recibido atención médica por problemas de salud relacionada al consumo de alcohol.

Vásquez y Espinoza (2015) realizaron un estudio de corte transversal en 111 habitantes adultos del Reparto Walter Ferreti de León. La mayoría tenían entre 20-34 años, eran hombres, con alta escolaridad, acompañado o casado, profesionales, empleados y con 1-2 hijos. El 26% tenía un nivel de consumo de riesgo, 11% perjudicial y 20% en dependencia. Casi la mitad tuvieron problemas relacionados al consumo de alcohol, principalmente: familiares y sociales, digestivos, psiquiátricos, cardiovasculares y traumatismos. El consumo excesivo de alcohol fue elevado y la búsqueda de ayuda médica y de los Alcohólicos Anónimos fue baja.

### III. JUSTIFICACIÓN

Los motivos por los cuales se decidió investigar el consumo de sustancias psicoactivas fueron los siguientes: La existencia de suficiente evidencia sobre el problema de salud pública que representa el consumo de sustancias psicoactivas. Por ejemplo, la elevada prevalencia de alcohol y tabaco (42% vs- 25%) y el incremento de sustancias (3.4-6.6%). Además, estas sustancias son responsables del 9.6%, 5.9% y 0.5-1.3% de todas las muertes registradas, respectivamente, así como del 3.7%. 4.5% y 0.9%, de los AVAD (ONUDD, 2012).

Esto ha motivado a la OMS y sus Estados Miembros para actuar de manera continua a todos los niveles sobre este problema (OPS, 2010; OPS, 2013); 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 (MINSA, 2005); la existencia de la prueba ASISST que se aplica para determinar el nivel de consumo de sustancias psicoactivas pertenece a la familia de instrumentos de la OMS que ha sido validado internacionalmente y es adecuado para ser usado en atención primaria; y 4) no se encontraron estudios similares en Nicaragua.

Por lo tanto, con este estudio no solamente se pretende responder a las brechas de conocimiento sobre la prevalencia y nivel de riesgo del consumo de sustancias psicoactivas, sino también responder a las necesidades de atención de la población estudiada. Los beneficiarios directos de este estudio serán los consumidores ya que la autora después de realizar la prueba ASSIST le dirá su nivel de riesgo de consumo y realizará una intervención breve vinculada a ASSIST.

La familia se beneficiaría indirectamente al mejorar la disfunción familiar, al reducir las conductas de violencia y de riesgo dentro y fuera del hogar. También se podría reducir el riesgo de que sus miembros sean otros consumidores de sustancias psicoactivas. Finalmente, los resultados de este estudio serán proveídos al personal de la unidad de salud del área de estudio para elaborar estrategias de intervención.

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

En base de la revisión bibliográfica realizada, hay suficiente evidencia del alto consumo de sustancias psicoactivas e impacto en salud pública a nivel global, regional y nacional. Según el Informe Mundial sobre las Drogas del 2012, la prevalencia mundial de consumo de alcohol, tabaco y de sustancias ilícitas es de 42%, 25% y 3.4-6.6%, respectivamente (UNODC, 2012).

Según el Informe del uso de drogas en las Américas 2015, en la región las prevalencias mínimas y máximas de consumo de alcohol, tabaco y de sustancias ilícitas es de 18-65% (durante el último año), 5-34% (durante el último mes) y 6-20% (CICAD/OEA, 2015). La frecuencia de estas sustancias en Nicaragua es de 42%, 36.5% y 6%, respectivamente (OPS, 2007a). Consecuentemente este problema ha sido focalizado por la OMS y el MINSA como una prioridad para su prevención y control. La medición de esta problemática en términos de frecuencia, severidad y necesidades de intervención es posible a través del instrumento (ASSIST) elaborado y validado por la OMS para la detección del consumo de sustancias psicoactivas, adecuado para ser usado en atención primaria.

Por lo tanto, con este estudio se pretende responder la siguiente pregunta de investigación:

**¿Cuál es la prevalencia y nivel de riesgo del consumo de sustancias psicoactivas, en adultos urbanos de Boaco, durante mayo-junio de 2016?**

## V. OBJETIVOS

### **Objetivo general:**

Determinar la prevalencia y nivel de riesgo del consumo de sustancias psicoactivas, en adultos urbanos de Boaco, durante mayo-junio de 2016.

### **Objetivos específicos:**

1. Describir las características sociodemográficas de la población.
2. Calcular la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas.
3. Identificar los principales tipos de sustancias psicoactivas consumidas por la población.
4. Determinar la frecuencia de los problemas sociales y de salud relacionados al consumo de sustancias psicoactivas.
5. Medir el nivel de riesgo del consumo de sustancias psicoactivas.

## VI. MARCO TEORICO

El tabaco, el alcohol y las drogas ilegales están entre los primeros 20 factores de riesgo de enfermedades identificados por la OMS. Su prevalencia es elevada especialmente en hombres jóvenes. Además, son responsables de un porcentaje importante de mortalidad y de la carga mundial por todas las enfermedades. El consumo excesivo de estas sustancias también son factores de riesgo para una amplia variedad de problemas sociales, económicos y legales, así como para la relación de los usuarios y sus familias. Por otro lado, hay una creciente tendencia en el mundo en cuanto al consumo de múltiples sustancias, ya sea a la vez o en diferentes momentos, lo que podría aumentar aún más los riesgos (WHO, 2001a; WHO 2001b).

Los trabajadores de la atención primaria de salud tienen mayor oportunidad de identificar e intervenir a los usuarios cuyo consumo de sustancias es riesgoso y nocivo. Es por eso la necesidad e importancia de usar pruebas de detección e intervención breve para los usuarios de esta sustancias, como ASSIST ya que esto permitiría identificar y tratar oportunamente los casos según su nivel de riesgo de consumo. Existe evidencia de los beneficios considerables de estas pruebas especialmente en atención primaria en salud (WHO, 2001a; WHO 2001b).

### Definiciones

- **Sustancia o droga psicoactiva:** Sustancia que, cuando se ingiere (oral, nasal, intramuscular o intravenosa), afecta a los procesos mentales, p. ej., a la cognición o la afectividad. Este término y su equivalente, sustancia **psicotrópica**, son las expresiones más neutras y descriptivas para referirse a todo el grupo de sustancias, legales e ilegales, de interés para la política en materia de drogas. “Psicoactivo” no implica necesariamente que produzca dependencia sin embargo en el lenguaje corriente, esta característica está implícita, en las expresiones “consumo de drogas” o “abuso de sustancias”.
- **Consumo (use alcohol or drug):** Autoadministración de una sustancia psicoactiva.



- **Consumo abusivo (drinking, heavy)** Patrón de consumo que excede un estándar de consumo moderado o consumo social. Se define normalmente como el consumo que supera un volumen diario determinado (p. ej., tres bebidas al día) o una cantidad concreta por ocasión (p. ej., cinco bebidas en una ocasión, al menos una vez a la semana).
- **Consumo de riesgo (hazardous use, hazardous drinking):** Patrón de consumo de sustancias que eleva el riesgo de sufrir consecuencias nocivas para el consumidor. Algunos autores limitan estas consecuencias a las de tipo físico y mental (como en el consumo perjudicial), mientras que otros incluyen también las consecuencias sociales. A diferencia de consumo perjudicial, el consumo de riesgo se refiere a modelos de consumo que tienen importancia para la salud pública, pese a que el consumidor individual no presenta ningún trastorno actual. Este término se utiliza actualmente por la OMS, pero no figura entre los términos diagnósticos de la CIE-10 (ICD-10).
- **Consumo excesivo (drinking, excessive):** Término desaconsejado actualmente para referirse a un hábito de consumo que excede el estándar de **consumo moderado** o aceptado. Un equivalente aproximado que se utiliza hoy en día es “**consumo de riesgo**”. En CIE-8 se hacía una distinción entre dos tipos de consumo excesivo de alcohol: el episódico y el habitual, donde el consumo excesivo era aparentemente equivalente al de intoxicación etílica. El consumo excesivo episódico consiste en episodios relativamente breves algunas veces al año. Pueden durar varios días o semanas. El consumo excesivo habitual es el consumo regular de grandes cantidades de alcohol como para perjudicar la salud de la persona o el orden social.
- **Consumo experimental (experimental use)** En general, las primeras veces que se consume una droga determinada (a veces incluye el tabaco o el **alcohol**). El término se refiere en ocasiones a un consumo extremadamente infrecuente o inconstante.
- **Consumo moderado (drinking, moderate):** Término inexacto para definir un hábito de bebida que, por deducción, contrasta con el **consumo abusivo**. Denota un consumo de cantidades moderadas que no causa problemas. A veces, esta expresión se compara también con “consumo de riesgo bajo”.
- **Consumo perjudicial (harmful use, drinking harmful):** Patrón de consumo de una sustancia psicoactiva que causa daño a la salud. El daño puede ser físico (p. ej., hepatitis por inyección de drogas) o mental (p. ej., episodios depresivos secundarios a una ingestión

masiva de alcohol). El consumo perjudicial comporta a menudo, aunque no siempre, consecuencias sociales adversas; sin embargo, estas consecuencias por sí solas no son suficientes para justificar un diagnóstico de consumo perjudicial. El término se introdujo en la CIE-10 (ICD-10) y sustituyó a “consumo no dependiente” como término diagnóstico. El equivalente más aproximado en otros sistemas diagnósticos es “abuso de sustancias”, que normalmente incluye las consecuencias sociales.

- **Consumidores problemáticos de drogas:** Personas que usan drogas con un alto grado de riesgo, por ejemplo las que se inyectan, las que consumen diariamente y/o las que tienen drogodependencia diagnosticada sobre la base de criterios clínicos contenidos en la CIE-10 y en el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (cuarta edición) de la American Psychiatric Association, u otros criterios o definiciones similares aplicables.

### **Epidemiología**

De acuerdo con la ONUDC (2012), se estima que entre 153 y 300 millones de personas entre 15 y 64 años usaron sustancias ilícitas al menos una vez en el 2010, lo que corresponde a 3.4% a 6.6% de la población mundial en este grupo de edad. La prevalencia mundial de consumo de alcohol y tabaco es de 42% y 25%. Se estima que el 12% de esta población (15.5 a 38.6 millones) se compone de consumidores problemáticos de drogas, incluyendo a las personas con problemas de adicción y otros trastornos por uso de sustancias.

El uso ilícito de drogas ha contribuido en casi 99,000 a 253,000 muertes en todo el mundo en el año 2010, los cuales representa 0.5 a 1.3% de todas las causas de muerte. Esta mortalidad aumenta en las drogas legales, especialmente el alcohol y el tabaco. La OMS estima que 2.5 millones de personas mueren cada año a causa del consumo dañino del alcohol, mientras que 5.4 millones de muertes son causadas por el consumo de tabaco.

En los Estados Unidos, el uso y el abuso de alcohol se produce en promedio a los 14 años de edad, y el uso de otros medicamentos a los 15 años. En la adolescencia tardía, el 78,2% de los adolescentes han consumido alcohol y el 42.5% ya han consumido por lo menos una droga ilícita. (UNODC, 2012).

Según el Informe del uso de drogas en las Américas 2015, en la región las prevalencias mínimas y máximas de consumo de alcohol, tabaco y de sustancias ilícitas es de 18-65% (durante el último año), 5-34% (durante el último mes) y 6-20% (CICAD/OEA, 2015). La frecuencia de estas sustancias en Nicaragua es de 42%, 36.5% y 6%, respectivamente (OPS, 2007a).

### **Factores de riesgo**

En el desarrollo mental se encuentran en juego una serie de factores que según la capacidad de respuesta de la persona genera mecanismos de adaptación favorable o desfavorable. Estos factores de riesgo se refieren a las diferentes circunstancias inmersas en la vida del individuo que pueden desencadenar con mayor facilidad un comportamiento de carácter adictivo.

- **Factores de riesgo genéticos:** Se refieren a la mayor vulnerabilidad por parte de algunos individuos con respecto a otros, aun compartiendo circunstancias similares; esta susceptibilidad muy probablemente es transmitida genéticamente. Cabe mencionar la relación entre estos factores genéticos y las características del medio ambiente que pueden favorecer o no su desencadenamiento.
- **Factores de riesgo de transmisión familiar:** La mayor predisposición al alcoholismo y consumo de sustancias, es decir, a la dependencia en general, se puede originar debido a la convivencia con otros consumidores, la permisividad ante el uso de las sustancias, la carencia de vínculos afectivos adecuados entre los miembros de la familia, la pobre participación de los padres en la educación de sus hijos, el ejercicio inadecuado de la autoridad (por exceso o defecto), pautas de disciplina incorrectas o inconstantes, desintegración familiar, sobreprotección, patrones de comunicación negativos como críticas permanentes y culpabilización, y el predominio de una comunicación conflictiva.
- **Factores de riesgo individuales:** La edad es un factor importante a tener en cuenta; el adolescente y el adulto joven del género masculino presentan mayor predisposición a iniciarse en el consumo. La conducta que puede resultar corresponde a estados de agresividad, violencia y en general comportamientos antisociales. De otro lado, algunos estados emocionales pueden prevalecer: la depresión, hostilidad, ansiedad y baja autoestima.

- **Factores de riesgo socioculturales:** La sociedad de consumo lleva implícitos mecanismos de seducción, lo que es favorecido en gran parte por los medios de comunicación; por ejemplo, la atractiva publicidad relacionada con el cigarrillo y el alcohol. Los grupos de pares son los que más se asocian con el inicio y mantenimiento del consumo, y con respecto a la escuela de manera importante opera el modelo de maestros consumidores de tabaco o alcohol. De igual forma, pueden incidir la deficiencia de alternativas para el correcto manejo del tiempo libre, el modelo autocrático de autoridad y el predominio de un currículo academicista en vez de enfatizar en la formación humana. Finalmente, la disponibilidad de las sustancias en ciertos ambientes que rodean al joven como espectáculos, discotecas y variados sitios de encuentro de estos facilitan su acceso al consumo.
- **Factores psicosociales:** La presencia de factores relacionados con la salud y el desarrollo humano, expresados en síntomas inespecíficos como dolores difusos, trastornos del sueño, ansiedad o depresión, son indicativos de la habilidad de algunos individuos para detectar con mayor facilidad las manifestaciones psicológicas que pueden indicar una respuesta negativa a eventos determinados y el control que este mismo ejerce sobre dicho factor.

### **Factores protectores**

La literatura mundial no ha dado mayor trascendencia a los factores protectores, ya que en su mayor parte equivalen a la contraposición del factor de riesgo. Pero, se encuentran: la influencia positiva de grupo de amigos (pares, prácticas sanas sin riesgo), adecuados vínculos y comunicación entre padres e hijos (apoyo emocional), respeto a rituales básicos familiares donde hay intercambio de experiencias, soporte emocional y compañía mutua entre los miembros lo que implica mayor apego familia, el nivel de escolaridad más elevado, una adecuada autoestima, y la disponibilidad de áreas de esparcimiento.

Un estudio presentó una serie de factores protectores que evitan la llegada de la persona al consumo y abuso: religiosidad, actividades conjuntas en familia, diálogo abierto y franco, expresiones de afecto, no consumo por parte de los padres, sentido de pertenencia, toma de decisiones por parte de los miembros de la familia, respeto a la autonomía y claridad de normas.

Específicamente relacionados con la mujer mencionan madres con roles positivos, restricción de la bebida a ocasiones especiales y el rechazo a la relación entre el modelo femenino y el consumo de alcohol (Lopez, et al, 2013; Vargas, 2001).

## **Carga de morbilidad atribuible a sustancias adictivas**

### **1. El tabaquismo y el consumo de tabaco por vía oral**

Según la OMS en el 2004 el 70% de las muertes causadas por el consumo de tabaco se produjo en países de bajos y medianos ingresos (LMIC). El fumar aumenta sustancialmente el riesgo de muerte por cáncer de pulmón y otros cánceres, enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular, enfermedad respiratoria crónica y otras condiciones (WHO, 2008).

El humo del tabaco y el tabaquismo durante embarazo también perjudica a otros. El tabaquismo está aumentando en muchos LMIC, mientras que de manera constante, pero está disminuyendo en muchos países de altos ingresos. A nivel mundial, el tabaquismo causa casi 71% de cáncer de pulmón, 42% de la enfermedad respiratoria crónica y 10% de la enfermedad cardiovascular. Es responsable de 12% de las muertes de hombres y el 6% de las muertes de mujeres en el mundo. Además, causó unos 5.1 millones muertes en el mundo en 2004, casi una de cada ocho muertes entre los adultos de 30 años y más. En la India, el 11% de las muertes en hombres entre 30-59 años fueron causados por el consumo de Tabaco (WHO, 2008).

Las tasas de mortalidad por enfermedades causadas por el tabaquismo son menores en los países de bajos ingresos que en los de medianos y altos ingresos, debido a las menores tasas de tabaquismo en los países de bajos ingresos. Debido a los grandes períodos de latencia para el desarrollo de cánceres y enfermedades respiratorias crónicas asociado con el tabaquismo, el impacto de las enfermedades causadas por el tabaquismo en la mortalidad de LMIC y para las mujeres en muchas regiones, seguirá aumentando durante al menos dos décadas, incluso si los esfuerzos para reducir el tabaquismo son relativamente exitosos (WHO, 2008).

## **2. Alcohol**

El alcohol contribuye a más de 60 tipos de enfermedades y lesiones, y puede también disminuir el riesgo de enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular y diabetes. Hay una amplia variación en el consumo de alcohol a través de las regiones. El consumo en algunos países de Europa del Este es casi 2.5 veces mayor que la media global de 6.2 litros de alcohol puro por año. Con la excepción de pocos países, los niveles más bajos de consumo están en África y el Oriente Mediterráneo.

El efecto neto de alcohol en las enfermedades cardiovasculares en las personas mayores pueden tener un efecto protector en las regiones donde el alcohol se consume ligera a moderadamente en una forma habitual sin consumo excesivo de alcohol. Las muertes por accidente cerebrovascular isquémico, serían 11% mayores en los países de altos ingresos si nadie bebiera alcohol. Sin embargo, incluso en los países de ingresos altos, el impacto global del alcohol sobre la carga de morbilidad es perjudicial (WHO, 2009).

Las regiones con mayores proporciones de muertes atribuidas al alcohol son Europa del Este (>1 de cada 10) y América Latina (1 de cada 12). En el mundo, el alcohol causa más daño a hombres (6.0% de las muertes, el 7.4% de los AVAD) que a mujeres (1.1% de las muertes, 1.4% de los AVAD) lo que refleja las diferencias en los hábitos de consumo, tanto en cantidad como patrón de consumo. Además de la pérdida directa de la salud debido a la adicción al alcohol, este es responsable del 20% de las muertes debidas a accidentes de tránsito, 30% de muertes por cáncer de esófago y de hígado, epilepsia y homicidio, y 50% de por cirrosis hepática (WHO, 2008).

## **3. Uso de drogas ilícitas**

El uso ilícito de opiáceos aumentó ligeramente durante el período de 2000 a 2004, en parte debido al aumento de la producción en Afganistán, lo que representa el 87% de la heroína ilícito en el mundo. Los consumidores de opiáceos se estima que han aumentado a casi 16 millones (11 millones de usuarios de heroína), sobre todo debido a los aumentos en Asia, que contiene la mitad de los consumidores de opiáceos del mundo. Es difícil estimar la magnitud del uso de drogas ilegales, y hay una considerable incertidumbre en el estimado de 245 000 muertes

atribuibles al uso de drogas ilícitas. Los usuarios dependientes de inyección diaria durante años corren el mayor peligro, en particular del VIH / SIDA, sobredosis, suicidio y trauma.

A nivel mundial, el 0.4% de las muertes y el 0.9% de los AVAD se atribuyeron al consumo de drogas ilícitas en el 2004. Las cargas más altas per cápita del uso de drogas ilícitas se encontraban en LMIC de las Américas y el Mediterráneo oriental (WHO, 2008).

## **ASSIST**

La prueba de ASSIST fue desarrollada por un grupo internacional de investigadores y médicos especialistas en adicciones bajo el auspicio de la OMS, en respuesta a la abrumadora carga que representa para la salud pública el consumo de sustancias psicoactivas en el mundo. La prueba fue diseñada para ser usada en el ámbito de atención primaria de salud, donde el consumo dañino de sustancias entre los usuarios puede no ser detectado o empeorar. La versión 3.1 de la prueba ASSIST consiste en un cuestionario en versión de papel y lápiz dirigido a usuarios de sustancias para ser administrado por un profesional de la salud.

El cuestionario consta de 8 preguntas y llenarlo toma aproximadamente entre 5-10 minutos. El diseño de la prueba es culturalmente neutral, por lo que puede usarse en una gran variedad de culturas para detectar el consumo de las siguientes sustancias: (WHO, 2001a)

- Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)
- Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)
- Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)
- Cocaína (coca, crack, etc.)
- Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)
- Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)
- Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)
- Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)
- Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)
- Otras

El cuestionario ASSIST indica la puntuación de riesgo para cada sustancia que el usuario informa haber consumido. Después de determinada la puntuación se inicia una conversación (intervención breve) con el usuario sobre el consumo de sustancias. La puntuación obtenida permite clasificar a los individuos según el nivel de riesgo para cada sustancia en ‘bajo’, ‘moderado’ o ‘alto’, y en cada caso se determina la intervención más adecuada (‘no tratamiento’, ‘intervención breve’ o ‘derivación a un servicio especializado para evaluación y tratamiento’ respectivamente).

Asimismo, el ASSIST proporciona información sobre el consumo de sustancias a lo largo de la vida, así como el consumo y los problemas relacionados en los últimos tres meses. Además, permite identificar una serie de problemas relacionados con el consumo de sustancias, tales como intoxicación aguda, consumo regular, consumo dependiente o de ‘alto riesgo’ y conductas asociadas con inyectarse.

En resumen, ofrece información sobre diferentes aspectos:

- Pregunta 1 (P1): ¿cuáles sustancias han consumido alguna vez a lo largo de la vida?
- Pregunta 2 (P2): ¿con qué frecuencia se ha consumido sustancias en los últimos tres meses, lo que indica las sustancias más importantes para el estado de salud actual?
- Pregunta 3 (P3): ¿con qué frecuencia se ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir cada sustancia en los últimos tres meses?
- Pregunta 4 (P4): ¿con qué frecuencia el consumo de sustancias ha causado problemas en los últimos tres meses?
- Pregunta 5 (P5): ¿con qué frecuencia se dejó de hacer lo que se esperaba habitualmente por el consumo de sustancias en los últimos tres meses?
- Pregunta 6 (P6): si algún amigo, familiar o alguien más ha mostrado preocupación por los hábitos de consumo y qué tan reciente ha sido.
- Pregunta 7 (P7): si se ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de sustancia y no se ha logrado y qué tan reciente ha sido.
- Pregunta 8 (P8): si alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada y qué tan reciente ha sido.



El resultado de las 8 preguntas indica el nivel de riesgo (y dependencia) asociados al consumo, y si este es peligroso puede causar daño, en el presente o en el futuro, de continuar el consumo. Es probable que las puntuaciones del rango medio de la prueba indiquen consumo peligroso o dañino de sustancias ('riesgo moderado') y que las puntuaciones más altas indiquen dependencia ('alto riesgo'). Las preguntas específicas relacionadas con el consumo dependiente o de 'alto riesgo' se refieren a un fuerte deseo o ansias de consumir (P3), intentos fallidos de reducir o eliminar el consumo (P7) y consumo por vía inyectada (P8). La puntuación final se obtiene por medio de la suma de las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7.

Los resultados de la pregunta 8 no cuentan para la puntuación general, pero el consumo por vía inyectada (P8) es un indicador de alto riesgo y se asocia con mayor riesgo de sobredosis, dependencia, virus en la sangre (VIH y hepatitis C) y con niveles más altos de otro tipo de problemas relacionados con las drogas. Si un usuario se ha estado inyectando con regularidad en los últimos 3 meses, puede que haya que derivarlo a un servicio especializado para evaluación y tratamiento.

### **Razones para realizar ASSIST**

La carga que para la salud pública representa el uso de sustancias en todo el mundo es considerable. En el año 2004 el uso de tabaco, alcohol y drogas ilegales equivalía respectivamente a 8.7%, 3.8% y 0.4% de todas las muertes registradas, y a 3.7%, 4.5% y 0.9%, respectivamente, de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD). Según el informe de la OMS del año 2009 sobre los riesgos de la salud en el mundo,<sup>20</sup> el consumo de sustancias se encuentra entre los 20 primeros factores de riesgo de muerte y discapacidad (WHO, 2009).

El consumo excesivo de alcohol y de otras sustancias también son factores de riesgo para una gran variedad de problemas sociales, económicos y legales, así como para mantener relaciones interpersonales y familiares. Mundialmente se ha detectado una tendencia hacia un mayor consumo de estas sustancias, ya sean combinadas o solas, lo que aumenta aún más los riesgos y las consecuencias negativas para los individuos y la sociedad.

El consumo de sustancias y el riesgo asociado caen en una secuencia continua que va desde riesgo bajo (consumo ocasional o no riesgoso y nocivo) a riesgo moderado (consumo más regular) y a riesgo alto (consumo frecuente o peligroso). Las personas de alto riesgo o dependientes son identificadas más fácilmente por los médicos que aquellas que están en riesgo bajo o moderado. Aunque está claro que el consumo dependiente está asociado con una carga considerable de enfermedad, la carga en los sistemas de salud por el consumo riesgoso, pero no dependiente, puede ser mayor que la carga por el consumo dependiente.

Por tanto, el ASSIST ha sido diseñado específicamente para identificar y dar tratamiento a las personas que consumen sustancias de manera riesgosa, lo cual puede causar daños tales como el riesgo de llegar a la dependencia.

La prueba de detección tiene por objeto detectar problemas de salud o factores de riesgo en una etapa temprana, antes de que causen enfermedades graves u otros problemas, y contribuye a mantener las actividades de práctica de prevención en los ámbitos de la atención de salud. La OMS ha identificado una serie de criterios para determinar si se debe hacer la prueba de detección de consumo de sustancias (Criterios de detección) y se presentan a continuación:

- El consumo es un problema considerable que daña la salud y el bienestar de los individuos y de la comunidad.
- Hay tratamientos o intervenciones aceptables y disponibles para los usuarios con resultados positivos.
- La identificación e intervención tempranas tendrán mejores resultados que el tratamiento posterior.
- Siempre hay una prueba de detección disponible que sea adecuada para los usuarios.
- La prueba de detección debe estar disponible a un costo razonable.

El consumo de sustancias riesgoso y nocivo cumple todos estos criterios, y la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias puede considerarse como una extensión de las actividades de detección en la atención primaria de salud.

## **Problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas**

La prueba ASSIST es la primera prueba de detección para todas las sustancias psicoactivas como el alcohol, el tabaco y las drogas ilegales, y ayuda a los trabajadores de la salud a identificar el nivel de riesgo relacionado con cada sustancia consumida. Aunque el consumo de sustancias está relacionado con problemas de salud mental y físicos, los hábitos de consumo riesgoso de sustancias psicoactivas también pueden causar problemas sociales considerables, como los relacionados con la familia, los amigos, la ley, el trabajo o los estudios y la economía.

Los trabajadores de la salud deben estar conscientes de los motivos del consumo de sustancias psicoactivas, ya sea por sus efectos placenteros o deseables, para bloquear un dolor físico o psicológico, o bien por la función o el propósito de las sustancias. Por ejemplo, las personas que consumen psicoestimulantes pueden hacerlo para aumentar el rendimiento, permanecer despiertos o bajar de peso. Sin embargo, los problemas por el consumo de sustancias pueden surgir como resultado de una intoxicación aguda, consumo regular o dependencia y por la manera en que se consumen, y es posible que una misma persona tenga problemas por todas esas causas. Por tanto, la prueba ha sido diseñada para detectar los problemas relacionados con los hábitos de consumo de sustancias mencionados anteriormente.

## **Intoxicación aguda**

Los problemas relacionados con la intoxicación aguda pueden surgir como resultado de un solo episodio de consumo de drogas, a saber:

- efectos de la intoxicación aguda, como ataxia, vómito, fiebre y confusión;
- sobredosis y pérdida de conciencia;
- accidentes y lesiones;
- agresión y violencia;
- sexo casual y prácticas sexuales no seguras;
- conductas impredecibles.

## **Consumo regular**

El consumo regular de sustancias puede causar una gran variedad de problemas físicos, sociales y de salud mental, entre ellos:

- problemas específicos físicos y de salud mental;
- tolerancia;
- ansiedad, depresión, cambios del estado de ánimo, irritabilidad;
- problemas para dormir;
- dificultades económicas;
- problemas con la ley;
- problemas en las relaciones interpersonales;
- dificultades para mantener un trabajo o con los estudios;
- problemas cognitivos relacionados con la memoria o la atención.

## **Consumo dependiente**

Los problemas que surgen por el consumo dependiente de una sustancia pueden ser semejantes a relacionados los observados por el consumo regular, aunque más severos. Por lo general, la dependencia está relacionada con el consumo más frecuente de una sustancia y en dosis más altas, y los problemas son los siguientes:

- marcada tolerancia;
- problemas serios de salud física y mental;
- aumento en la disfuncionalidad de la vida cotidiana;
- deseos intensos o ansias, y aumento en el deseo de consumir;
- no se cumplen las obligaciones normales;
- comportamientos criminales;
- rupturas en las relaciones personales;
- dificultad para dejar de consumir a pesar de los problemas;
- posible síndrome de abstinencia cuando se deja de consumir;
- consumo continuo a pesar de la evidencia de que el consumo causa daños a la persona.

Los síndromes de abstinencia varían según la droga implicada, pero generalmente son los siguientes: deseos fuertes o ansias (un deseo urgente de la sustancia psicoactiva o sus efectos), ansiedad, irritabilidad, molestias gastrointestinales y problemas para dormir. La severidad de los síntomas depende de las drogas. La abstinencia de alcohol, benzodiazepinas y opiáceos puede requerir atención médica mientras que la abstinencia sin complicaciones por otras drogas normalmente se puede tratar con tratamiento paliativo. Si sospecha que un usuario está experimentando síndrome de abstinencia, no debe someterlo a la prueba de detección. Dada la severidad y el riesgo relacionados con algunos síndromes de abstinencia, los usuarios deben ser derivados a un servicio especializado para evaluación y tratamiento rápido, si es necesario.

### **Riesgos asociados con inyectarse**

Inyectarse cualquier droga también es un factor de riesgo importante y está asociado con una mayor probabilidad de:

- dependencia
- sobredosis
- psicosis
- venas colapsadas
- infección
- local
- abscesos y úlceras
- sistémica
- VIH
- hepatitis C

La tarjeta de riesgos asociados con inyectarse es un recurso disponible para que los trabajadores de la salud proporcionen información a los usuarios sobre el inyectarse. A todos los usuarios que actualmente se inyectan se les debe brindar información basada en la tarjeta así como sobre sus hábitos, y además recomendarles que se hagan pruebas de VIH y hepatitis: (WHO, 2001a).

## **Puntuación del cuestionario ASSIST**

Cada pregunta del cuestionario tiene un conjunto de respuestas de las cuales elegir, y cada respuesta de las preguntas 2 a la 7 tiene una puntuación numérica. El entrevistador simplemente encierra en un círculo la puntuación numérica que corresponde a la respuesta del usuario a cada pregunta. Al final de la entrevista se suman las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7 para cada sustancia específica (tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalantes, sedantes o pastillas para dormir, alucinógenos, opiáceos y ‘otras’ drogas) para obtener una puntuación de riesgo del ASSIST para cada sustancia. En los informes técnicos y de investigación se hace referencia a esta puntuación como la participación de sustancias específicas para cada tipo de droga.

Por cuestiones prácticas en estos manuales se ha utilizado el término puntuación de riesgo del ASSIST (para cada sustancia). Como se dispuso en el cuestionario ASSIST, cada usuario tendrá 10 puntos de riesgo, es decir:

- a. Puntuación de riesgo para tabaco (de 0 a 31)
- b. Puntuación de riesgo para alcohol (de 0 a 39)
- c. Puntuación de riesgo para cannabis (de 0 a 39)
- d. Puntuación de riesgo para cocaína (de 0 a 39)
- e. Puntuación de riesgo para estimulantes de tipo anfetamina (de 0 a 39)
- f. Puntuación de riesgo para inhalantes (de 0 a 39)
- g. Puntuación de riesgo para sedantes (de 0 a 39)
- h. Puntuación de riesgo para alucinógenos (de 0 a 39)
- i. Puntuación de riesgo para opiáceos (de 0 a 39)
- j. Puntuación de riesgo para ‘otras’ drogas (de 0 a 39)

La puntuación se puede registrar en la última página del cuestionario, el cual se guardará en el registro del usuario si se requiere. El usuario no ve el cuestionario sino más bien la tarjeta de reporte de retroalimentación con las puntuaciones registradas de manera adecuada para proporcionar retroalimentación como parte de la intervención breve.

## **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).

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.

### **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.

### **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. El riesgo aumenta en los usuarios que tienen un historial de problemas por el uso de sustancias y dependencia.

### **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.

### **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?". 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.

### **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.

### **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.



## **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.

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.

## **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 (WHO, 2001b)

## VII. DISEÑO METODOLOGICO

**Tipo de estudio:** Es descriptivo de corte transversal y según la temporalidad de ocurrencia del evento de interés (consumo de sustancias psicoactivas) es retrospectivo.

**Área de estudio:** Los barrios de Olama y de San Miguel de la ciudad de Boaco durante mayo a junio del 2016.

**Población de estudio:** Según cifras actuales disponibles la población total de ambos barrios es de 585 y 2296 habitantes, respectivamente, de los cuales 298 y 1171 eran mayores de 19 años, respectivamente.

### **Tamaño de la muestra**

Para el cálculo de la muestra se utilizó el software Epi Info (Statcalc), basándose en un nivel de confianza de 95%, una frecuencia de dependencia de consumo de sustancias psicoactivas de 50%, con una precisión de 8%, obteniéndose una muestra de 136.

La muestra se ajustó en base a un efecto de diseño = 1.5 ( $136 \times 1.5 = 204$ ), y una tasa de rechazo de 19% ( $100/81 = 1.23$ ), para obtener una muestra total de 250 ( $204 \times 1.23$ ).

### **Tipo de muestreo**

El muestreo fue por conglomerado (no aleatorio). Se seleccionó el área urbana por razones logísticas y para facilitar el trabajo de campo. Se consideró conglomerado a cada barrio seleccionado. Solicitó el mapa del área de estudio para organizar el trabajo de campo y la selección de conglomerados para que la muestra fuera lo más representativa posible. Posteriormente, en cada conglomerado se rifaron las manzanas y las casas en donde se realizaron las entrevistas domiciliarias.

**Criterios de inclusión:**

- Adultos de 20 años o más.
- Residentes de los conglomerados o barrios seleccionados para el estudio.
- Aceptar participar en el estudio y dar su consentimiento informado.

**Criterios de exclusión:**

- Adultos que no cumplieron con los criterios de inclusión.
- Residentes del conglomerado que emigraron a otros municipios o país.

**Procedimiento de la recolección de la información**

En primer lugar se informó y solicitó autorización a las autoridades de salud y dirigentes comunitarios del área bajo estudio para recibir su apoyo.

**La fuente de información:** Primaria.

**Técnica de recolección de datos:** Entrevista.

**El instrumento de recolección de datos:** Incluyó datos sociodemográficos y la prueba ASSIST (WHO, 2010). Esta prueba provee la puntuación e interpretación sobre el consumo, nivel de riesgo de sustancias psicoactivas y la intervención correspondiente para cada nivel de riesgo.

Cuando se realizaron las visitas domiciliarias se explicaron los objetivos del estudio y se solicitó el consentimiento informado verbal. Luego de aceptar participar en el estudio se entrevistó a todos los adultos que cumplieron con los criterios de inclusión. En cada domicilio se entrevistaron dos adultos uno hombre y otra mujer en caso que fue posible. Cuando alguno de los habitantes seleccionados no se encontraba al momento de la visita la investigadora revisitó nuevamente el hogar hasta lograr la entrevista.

## **Análisis**

Los datos fueron introducidos, procesados y analizados en el software SPSS versión 22.0. Las variables numéricas se analizaron con medidas de centro y de dispersión, y las cualitativas con porcentajes, razones y tasas de prevalencia. Para establecer las diferencias entre las variables de estudio con el nivel del consumo de sustancias psicoactivas, se usaron pruebas de significancia estadísticas, no paramétricas considerándose significativa cuando el valor de  $P \leq 0.05$ . Los resultados fueron presentados en tablas y figuras, y se usaron los software Microsoft Word y Power Point 2010.

## **Aspectos Éticos**

No se realizó ninguna encuesta sin el consentimiento informado verbal de la población. La encuesta fue anónima, se garantizó el respeto, la discreción y confidencialidad de la información obtenida. En caso que el paciente decidiese no continuar con la entrevista estaba se suspendía. El estudio proveyó información a los entrevistados (as) sobre su nivel de riesgo de consumo y fue usada para orientar su manejo según las directrices de la prueba ASSIST.

### Operacionalización de las Variables.

No.	Variable	Concepto	Indicador	Valor/Escala
1	Sexo.	Características fenotípicas que diferencian al hombre de la mujer.	Entrevista	Femenino masculino
2	Edad.	Edad en años cumplidos desde el nacimiento hasta la fecha de la encuesta.	Entrevista	20-34 35-54 55-64 ≥65
3	Escolaridad.	Se consideró baja escolaridad si ha cursado primaria o ninguna educación; y alta de secundaria o universitario.	Entrevista	Baja Alta
4	Estado civil.	Tipo de relación conyugal.	Entrevista	Soltero Casado Acompañado
5	Ocupación.	Tipo de ocupación del entrevistado.	Entrevista	Se especificó
6	Número de hijos.		Entrevista	Se especificó
7	Sustancia psicoactiva.	Sustancias que al consumirse pueden modificar el estado de ánimo conciencia, o procesos de pensamiento.	Entrevista	Se especificó
8	Frecuencia de consume.	Frecuencia en que se consumen las sustancias psicoactivas.	Entrevista	Nunca 1-2 veces Cada mes Cada semana Diario/casi diario

No.	Variable	Concepto	Indicador	Categoría
9	Frecuencia del deseo de consumir	Frecuencia en que en entrevistado desea o ansía consumir las sustancias psicoactivas.	Entrevista	Nunca 1-2 veces Cada mes Cada semana Diario o casi diario
10	Frecuencia en que suspende actividades esperadas.	Frecuencia en que dejó de hacer lo que se esperaba habitualmente por el consumo de sustancias psicoactivas	Entrevista	Nunca 1-2 veces Cada mes Cada semana Diario o casi diario
11	Frecuencia de eventos adversos.	Frecuencia en ha tenido problemas de salud, sociales, legales o económicos relacionados al consumo de sustancias psicoactivas	Entrevista	Nunca 1-2 veces Cada mes Cada semana Diario o casi diario
12	Genera preocupación	Frecuencia observada en que un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo de sustancias psicoactivas.	Entrevista	Nunca 1-2 veces Cada mes Cada semana Diario o casi diario
13	Intención de controlar el consumo de sustancias psicoactivas	Se refiere a que el entrevistado ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir sustancias psicoactivas.	Entrevista	No, nunca. Sí, en los últimos 3 meses. Sí, pero no en los últimos 3 meses.

No.	Variable	Concepto	Indicador	Categoría
14	Consumo de drogas intravenosas	Se refiere a si el entrevistado ha usado alguna droga intravenosa.	Entrevista	No, nunca. Sí, en los últimos 3 meses. Sí, pero no en los últimos 3 meses.
15	Prácticas de consume de sustancias psicoactiva.	Definición basada en el número de sustancias psicoactivas consumidas alguna vez en la vida o durante los últimos tres meses.	Entrevista	Ninguna Monoconsumo (Una) Policonsumo ( $\geq$ dos)
16	Nivel de riesgo	Nivel de riesgo del consumo de sustancias psicoactivas basado en las puntuaciones obtenidas en la prueba ASSIST.	ASSIST	Bajo Moderado Alto

## VIII. RESULTADOS

Las principales características sociodemográficas de la población estudiada fueron: adultos jóvenes entre 20-34 años (64%), sexo masculino (54%), estado civil soltero (47.6%), ocupación obrera (31.6%) y con uno o más hijos (68%). Se observó igual porcentaje de escolaridad alta y baja (50.4% vs. 49.6%) (Tabla 1). La razón de masculinidad fue de 1:1.17. El promedio de edad fue de  $34.2 \pm 13.4$  años, la mediana de 30.5 años y las edades extremas fueron 20 y 90 años. El promedio de hijos fue de  $1.6 \pm 1.6$  años, la mediana de 1 y el rango osciló entre 0-7 hijos.

La práctica de consumo de sustancias psicoactivas durante alguna vez en la vida fue clasificada como: ninguna 22.4%, monoconsumo 28.8% y policonsumo 48.8%. Siendo similar a la prevalencia durante los últimos 3 meses con 32.4%, 27.6% y 40%, respectivamente (Fig. 1).

Las principales sustancias psicoactivas consumidas fueron alcohol, el tabaco y cannabis, con un prevalencia de vida de consumo de 70.4%, 52.8% y 16.4%, respectivamente. Otras sustancias consumidas en menor porcentaje fueron cocaína (4.8%), sedantes (4.0%), inhalantes (1.2%), alucinógenos (0.8%) y opiáceos (0.4%). La prevalencia del consumo de la mayoría de sustancias psicoactivas fue mayor en los menores de 55 años, hombres, baja escolaridad, estado civil soltero y ocupación obrera. La prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas fue mayor al consumo de tabaco en todos los grupos etáreos. (Tablas 2-7).

No obstante, se observaron algunas diferencias o patrones de consumo. Por ejemplo, el consumo de cannabis, cocaína y estimulantes solamente se observó entre 20-54 años, sin embargo, la prevalencia de cannabis e inhalantes fue mayor en el grupo de 35-54 años con 19.7% y 3%, respectivamente. La prevalencia del consumo de sedantes se correlacionó positivamente con la edad, alcanzando el pico en el grupo de 55-64 años (7.1%). El consumo de opiáceos y de alucinógenos solamente se observó en el grupo de 20-34 años, con 1.3% y 0.6%, respectivamente. Las diferencias observadas del consumo de sustancias psicoactivas según la edad no fueron estadísticamente significativas (Tabla 2).



La prevalencia del consumo de todas las sustancias psicoactivas fue mayor en los hombres y las diferencias fueron estadísticamente significativas solamente en el consumo de tabaco, alcohol y cannabis (Valor  $P < 0.05$ ). Por otro lado, el consumo de inhalantes, alucinógenos y opiáceos fue exclusivo en los hombres (Tabla 3).

La Tabla 4 se observa que prevalencia del consumo de todas las sustancias psicoactivas fue mayor en los encuestados con escolaridad baja, con excepción del consumo de alucinógenos y opiáceos que fue exclusiva de los encuestados con escolaridad alta. Las diferencias fueron estadísticamente significativas solamente en el consumo de tabaco (Valor  $P < 0.05$ ).

La prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas fue mayor en los solteros, con excepción de los sedantes que predominó en los casados y acompañados con 4.3% y 8.2%, respectivamente. El consumo de alucinógenos y opiáceos fue reportado solamente por los solteros. La prevalencia del consumo de tabaco y cannabis fue estadísticamente superior en los solteros, mientras que la prevalencia de sedantes fue mayor en los acompañados. En el resto de sustancias no se observaron diferencias significativas (Tabla 5).

Según la ocupación, la prevalencia del consumo de tabaco, alcohol y cocaína fue mayor en los obreros, pero la prevalencia del consumo de cannabis y alucinógenos fue mayor en los profesionales. La prevalencia del consumo de sedantes fue mayor en profesionales y obreros con 6.3% cada uno. El consumo de opiáceos fue observado solamente en aquellos con presión técnica (1.8%). La prevalencia del consumo de tabaco fue mayor en los obreros y las diferencias fueron estadísticamente significativas. En el resto de sustancias no se observaron diferencias significativas (Tabla 6). Por otro lado, el consumo de sustancias lícitas (alcohol y tabaco) fue mayor en los que tenían hijo, mientras que el consumo de sustancias ilícitas (alucinógenos y opiáceos) fue mayor en los que no tenían hijos, pero no se observaron diferencias significativas (Tabla 7).

El patrón de la prevalencia de consumo durante los últimos 3 meses fue similar a la prevalencia de vida (Fig. 2).

La frecuencia del consumo de sustancias psicoactivas durante los últimos 3 meses se presenta en la Tabla 8. El consumo diario de tabaco, sedantes, cannabis, cocaína y alcohol fue observado en 54%, 50%, 15%, 8% y 7%, respectivamente. El consumo semanal de estas mismas sustancias fue de 11%, 10%, 10%, 25% y 27%, respectivamente. El consumo mensual fue de 3%, 30%, 15%, 0% y 24%, respectivamente.

Solo 3 entrevistados manifestaron haber consumido alguna droga por vía intravenosa (1.2%).

Del total de encuestados (n=250), el 40.4% fue clasificado con un riesgo bajo de consumo de sustancias psicoactivas, 27.2% con un riesgo moderado y el 32.4% con un riesgo alto (Fig. 3).

Las sustancias psicoactivas con mayor porcentaje de problemas sociales y de salud durante los últimos tres meses antes de la encuesta fueron: inhalantes, opiáceos, seguidos por cocaína y cannabis (Tabla 9).

En la Tabla 10 se observa que todas las sustancias tuvieron un mayor porcentaje del riesgo alto, pero este porcentaje fue mayor al 75% para alucinógenos, opiáceos, cocaína, y cannabis. Las diferencias fueron estadísticamente significativas en el consumo de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína y sedantes (Valor  $P < 0.05$ ).

En la Tabla 11 se observa el grado de riesgo asociado al consumo de sustancias según las características sociodemográficas. El riesgo alto fue mayor en aquellos con menor edad, sexo masculino, baja escolaridad, solteros y obreros. Las diferencias observadas fueron estadísticamente significativas (Valor de  $P < 0.05$ ) para todas las variables sociodemográficas. La prevalencia de riesgo moderado fue mayor en los de mayor edad, sexo masculino, alta escolaridad, solteros y profesionales.

## IX. DISCUSION

Al analizar las características sociodemográficas se observó que la mayoría de la población estudiada eran adultos entre 20-54 años, obreros y con uno o más hijos. El comportamiento ente escolaridad (baja o alta) y estado civil (soltero vs. Acompañado/casado) fue similar, así como un ligero predominio del sexo masculino. La explicación de la estrecha razón de masculinidad se debe a que el muestreo se trató de incluir para cada hombre una mujer para garantizar la representatividad de la muestra.

En este estudio se encontró una elevada prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas que supera estadísticas mundiales, regionales y nacionales. Por ejemplo, en este estudio predominó el consumo de alcohol y de tabaco con una prevalencia de 70.4% y 52.8%, respectivamente. Por otro lado, la prevalencia de sustancias ilícitas supera el 20%, predominando el consumo de cannabis y cocaína. Estas cifras son superiores a la prevalencia mundial de consumo de alcohol y tabaco de 42% y 25%, reportado por la ONUDC (2012); superan también el rango de la prevalencia de estas sustancias (18-65%, durante el último año; o de 5-34% durante el último mes) reportadas en el informe del uso de drogas en las Américas para el 2015 (CICAD/OEA, 2015). También son mayores a la frecuencia de estas sustancias en Nicaragua de 42%, 36.5% y 6%, respectivamente (OPS, 2007a).

Otra característica importante encontrada fue la frecuencia de consumo. Según ONUDC los consumidores problemáticos de drogas representan el 12%, incluyendo a las personas con problemas de adicción y otros trastornos por uso de sustancias. En este estudio el consumo diario de tabaco, sedantes, cannabis, cocaína, alcohol fue de 54%, 50%, 15%, 8% y 7%, respectivamente. Aunque la prevalencia del consumo de alcohol es mayor, el consumo diario de sustancias ilícitas supera la frecuencia del consumo diario de alcohol, la cual es una sustancia lícita y socialmente aceptada. Desde el punto de vista de salud pública esto es preocupante ya que esto indica que la población adulta del área de estudio tiene disponibilidad y accesibilidad económica a sustancias ilícitas como cannabis, cocaína y sedantes.

La prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas fue mayor en adultos jóvenes del sexo masculino. Estas características son considerados factores de riesgo personales, lo que es consistente con reportes por la literatura (Lopes, et al, 2013; Vargas, 2001). Otras características como la baja escolaridad, desempleo u ocupaciones informales han sido relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas como el alcohol (Blanco, 2008; Arróliga, 2010; Sarria y Vallejos, 2012)

Los hallazgos de este estudio son consistentes con las cifras de UNODC (2012) que reportan que dentro de las sustancias licitas, la prevalencia del consumo de alcohol es superior a la del consumo de tabaco. Además, el consumo de sustancias ilícitas es una actividad predominantemente masculina, mucho más que el consumo de cigarrillos o alcohol, y también tiene mayor prevalencia entre los jóvenes que en los grupos de más edad. Según UNODC (2012) y CICAD/OEA (2015), el cannabis es la sustancia ilícita más consumida, seguida de las anfetaminas, la cocaína y los opioides. Sin embargo, en este estudio el cannabis fue las sustancia ilícita más consumida, pero fue seguida por el consumo de cocaína y sedantes, respectivamente, sin reportarse casos de consumo de estimulante.

El consumo de sustancias ilícitas como cannabis y cocaína tuvieron mayor porcentaje de problemas sociales y de salud en comparación con el consumo de alcohol y de tabaco. Similarmente el porcentaje de personas entrevistadas clasificadas con un riesgo de consumo alto (32.4%) fue mayor en el consumo de sustancias ilícitas que licitas. La literatura internacional reporta que el consumo de sustancias psicoactivas está relacionado con la carga de morbilidad (WHO, 2009; WHO, 2001A; WHO 2001b) y que los hábitos de consumo riesgoso de sustancias psicoactivas también pueden causar problemas sociales considerables, como los relacionados con la familia, los amigos, la ley, el trabajo o los estudios y la economía (NIH, 2008; NIH, 2014). (Naciones Unidas, 2014).

Según el nivel de riesgo de consumo ASSIST, aproximadamente un tercio de la población estudiada fue clasificado como de riesgo alto, lo que significa que este grupo requiere de derivación para evaluación y tratamiento especializado. Por otro lado, las personas con niveles de riesgo bajo y moderado requieren de consejos y educación sanitaria.

Una limitación de este estudio es el reducido número de estudios similares en Nicaragua, lo que dificulta la comparabilidad de estos hallazgos, debido a que los estudios nacionales encontrados no son poblacionales, sino basados en estudiantes universitarios, en donde se encontró un elevado porcentaje de consumo de sustancias psicoactivas, similar a lo encontrado en este estudio (Herrera et al., 2012b; Castro et al., 2010). Por otro lado, otros estudios realizados en Nicaragua incluyeron solamente el consumo de alcohol, a través de la prueba AUDIT (Blanco, 2008; Sarria y Vallejos, 2012), en donde se observó que el nivel de consumo de alcohol perjudicial o de dependencia fue de 36-45%. Otra limitación fue el no haber incluido un grupo importante como los adolescentes, lo cual fue debido a dificultades en el trabajo de campo, ya que para estudiar este grupo requiere del consentimiento y autorización de los padres, lo cual no es necesario en la población adulta. Una fortaleza de este estudio fue el uso de un instrumento de tamizaje validado internacionalmente que provee no solamente la clasificación del nivel de consumo, sino también, las necesidades de intervención para cada caso. Un abordaje comunitario similar no ha sido reportado previamente.

En síntesis, la evidencia de este estudio reveló que el patrón del consumo de sustancias psicoactivas de la población adulta urbana de Boaco se caracterizó por una alta prevalencia especialmente en adultos jóvenes, hombres, solteros, un porcentaje considerable de consumo diario de sustancias lícitas e ilícitas, un elevado porcentaje de policonsumo y de consumo de riesgo. Aunque solamente el 1.2% uso drogas por vía endovenosa, el impacto de este dato es enorme porque representa otra vía para la transmisión del VIH y de otras enfermedades transmisibles por esta vía. Este panorama debe ser considerado por las autoridades de salud de Boaco para dirigir acciones orientadas a la prevención y control del consumo de sustancias psicoactivas.

## **X. CONCLUSIONES**

Las principales características sociodemográficas de la población fueron: adultos jóvenes, estado civil soltero, baja escolaridad, obreros y con uno o más 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 durante alguna vez en su vida fue de 48.8%.

Las sustancias psicoactivas con mayor prevalencia de consumo fueron alcohol y el tabaco, seguido por el 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.

## **XI. RECOMENDACIONES**

### **Para la Comunidad:**

- Iniciar diseminando los resultados de este estudio a los líderes comunitarios para concientizarlos sobre la problemática del consumo de sustancias psicoactivas en Boaco, y la necesidad de su apoyo en el diseño de estrategias de prevención.
- Elaborar campañas de prevención del consumo de todos los tipos sustancias, ya sean legales (como el alcohol y tabaco), ilegales (cannabis, cocaína, etc.) o uso inadecuado de sustancias legales (inhalantes, sedantes, etc.) involucrando a tomadores de decisiones interesados como autoridades del Ministerio de Salud (MINSA), Ministerio de Educación (MINED), Instituto Nicaragüense de Deporte (IND), la Policía, Alcaldía y líderes comunitarios. Así como padres de familia.

### **Para el MINSA:**

- Aplicar la prueba de tamizaje ASSIST para detectar oportunamente los casos y proveer el manejo adecuado según el nivel de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas.
- Realizar campañas dirigidas a la prevención y control de todo el espectro sustancias psicoactivas.

### **Para la UNAN-Managua:**

- Promover estudios similares en otros municipios, tratando de incluir en la medida de lo posible a los adolescentes.

## XII. REFERENCIAS

1. Arróliga, O.I. (2010). Identificación del patrón de riesgo de consumo de alcohol en pacientes atendidos en la Clínica NATSA, Estelí, en el período Mayo-Julio 2008. UNAN-León. Tesis (Doctor en Medicina y Cirugía).
2. Assanangkornchai, S., et al. (2014). Implementing the Alcohol, Smoking, Substance Involvement Screening Test and linked brief intervention service in primary care in Thailand. *Journal of Public Health*, 36 (3), 443–449.
3. Blanco BA. (2008). Trastornos debidos al consumo de alcohol y características socioeconómicas de los consumidores de alcohol en el municipio de Nagarote, León, 20008. UNAN-León. Tesis (Doctor en Medicina y Cirugía).
4. Castro, N., Cortes, P., Pereira, G., Lobo da Costa, M. (2010). Uso de drogas entre estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autonomía de Nicaragua-León. *Rev Latino-Am. Enfermagem*, 18 (Spec): 606-612.
5. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. (2015). Informe del uso de drogas en las Américas, 2015. Washington, D.C.:CICAD OEA.
6. De Oliveira, P.M., et al. (2014). The prevalence of dental trauma and its association with illicit drug use among adolescents. *Dent Traumatol*, 10;30(2):122-7. Epub 2013 Jul 10.
7. Herrera, A., Simich, L., Strike, C., et al. (2012). Policonsumo simultáneo de drogas en estudiantes de pregrado del área de la salud en una universidad de León, Nicaragua. *Enferm, Florianópolis*, 21 (Esp): 79-86.



8. Herrera, A., Prieto, R., Veloza, M., et al. (2012) Policonsumo simultáneo de drogas en estudiantes de facultades de ciencias de la salud/ciencias médicas en siete universidades de cinco países de América Latina y un país del Caribe: implicaciones de género, legales y sociales. *Enferm Florianópolis*, 2; 21 (Esp): 17-24.
9. Kelly, J., et al. (2012) Prevalence and association of dental injuries with socioeconomic conditions and alcohol/drug use in adolescents between 15 and 19 years of age. *Dent Traumatol*, 11;28(2):136-41. Epub 2011 Oct 11. DOI: 10.1111/j.1600-9657.2011.01056.
10. Lopes, G.M., et al. (2013). Use of psychoactive substances by adolescents: current panorama. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35:S51–S61.
11. National Institute on Drugs Abuse (2008). Las drogas, el cerebro y el comportamiento. La ciencia de la adicción. Pub N.º 15-5605 (S) del Centro de Institutos Nacionales de Salud (National Institute of Health, NIH). Disponible en:  
[https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/soa\\_sp\\_2014.pdf](https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/soa_sp_2014.pdf)
12. Ministerio de Salud (2005). Plan Nacional de Salud 2004-2015. Segunda edición. Managua, Nicaragua: MINSA.
13. Naciones Unidas. Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2013. (2014). Nueva York: Naciones Unidas. Disponible en:  
[https://www.unodc.org/documents/lpo-brazil//Topics\\_drugs/INCB/2014/AR\\_2013\\_S.pdf](https://www.unodc.org/documents/lpo-brazil//Topics_drugs/INCB/2014/AR_2013_S.pdf)
14. Organización Panamericana de la Salud. (2007a). Alcohol, género, cultura y daños en las Américas: Reporte Final del Estudio Multicéntrico OPS. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
15. Organización Panamericana de la Salud. (2007b). Salud en las Américas: 2007. Vol. II- Países. Washington D.C.: OPS, Publicación Científica y Técnica No. 622.

16. Organización Mundial de la Salud (2008). Resolución de la 61.a Asamblea Mundial de la Salud (mayo 2008). WHA61.4 Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol.
17. Organización Mundial de la Salud. (2010). Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Ginebra: OMS.
18. Parhami, I., et al. (2012). Screening for Addictive Disorders Within a Workers' Compensation Clinic: An Exploratory Study. *Subst Use Misuse*, 47(1): 99–107. doi:10.3109/10826084.2011. 629705
19. Royal Australian College of General Practitioners (1998). Putting Prevention into Practice. A Guide for the Implementation of Prevention in the General Practice Setting. 1st ed. Melbourne, RACGP.
20. Royal Australian College of General Practitioners (2002). Guidelines for Preventive Activities in General Practice. 2nd ed. Melbourne, RACGP.
21. Sarria, B.A., Vallejos, H.M. (2012). Alcoholismo en la Grecia, municipio de Chinandega: Nivel de consumo y características socioeconómicas, 2012. UNAN-León. Tesis (Doctor en Medicina y Cirugía).
22. United Nations. (2007). 2006 World drug report. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime.
23. UNODC. (2012). Informe Mundial sobre las Drogas 2012. Nueva York: Naciones Unidas.
24. Vanegas, Y.V. (2008). Relación entre alcoholismo y deterioro de la función renal en pacientes mayores de 15 años atendidos en emergencia de Medicina Interna del HEODRA 2005-2007. UNAN-León: Tesis (Especialista en Medicina Interna).

25. Vargas, D.R. Alcoholismo, Tabaquismo y Sustancias Psicoactivas. (2001). Rev. Salud Pública. 3 (1): 74-88.
26. Vásquez, G.S., Espinoza, J.I. (2015). Prevalencia del consumo de alcohol, nivel de riesgo y problemas relacionados en habitantes del Reparto Walter Ferreti de León, durante el 2015. UNAN-León. Tesis (Doctor en Medicina y Cirugía).
27. World Health Organization. (1994). Lexicon of Alcohol and Drug Terms. Geneva: WHO.
28. World Health Organization. (2001a). AUDIT: Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
29. World Health Organization. (2001b). 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.
30. World Health Organization. (2004a). Global Status Report on Alcohol 2004. Geneva: World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Abuse.
31. World Health Organization. (2004b). Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. Geneva: WHO. Disponible en:  
[http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/en/Neuroscience.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience.pdf)
32. World Health Organization (2008). WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWOER package. Geneva, World Health Organization. Disponible en:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43818/1/9789241596282\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43818/1/9789241596282_eng.pdf)
33. World Health Organization (2009a). Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: WHO.

34. World Health Organization (2009b). Global Health Risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva, WHO. Disponible en:  
[http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GlobalHealthRisks\\_report\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf)
35. World Health Organization. (2014). Global status report on alcohol and health – 2014 ed. Geneva: WHO. Disponible en:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf)

### **XIII. ANEXOS**

**Instrumento de recolección de datos**  
**Prevalencia y Nivel de Riesgo del Consumo de Sustancias Psicoactivas, en**  
**adultos urbanos de Boaco, durante marzo-abril del 2016.**

**INTRODUCCIÓN (Léala a la persona entrevistada)**

Gracias por aceptar esta breve entrevista. El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia y nivel de riesgo del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, en adultos urbanos de Boaco. Le haré algunas preguntas generales y sobre su experiencia de consumo de sustancias a lo largo de su vida, así como en los últimos tres meses. Estas sustancias pueden ser ingeridas, fumadas, aspiradas, inhaladas, o inyectadas. No se tomarán en cuenta las sustancias recetadas por un médico, solamente se tomarán en cuenta en este estudio los medicamentos los que fueron recetado o que los toma más frecuentemente o en dosis más altas a las prescritas, por favor dígamelo. Todo la información brindada será confidencial.

**NOTA: ANTES DE FORMULAR LAS PREGUNTAS, ENTREGUE LA TARJETA DE RESPUESTAS AL ENTREVISTADO.**

**I. DATOS GENERALES.**

1. Edad (años cumplidos): \_\_\_\_\_
2. Sexo:                   a) Femenino           b) Masculino
3. Escolaridad:         a) Baja                b) Alta
4. Ocupación:         a) Profesional      b) Técnico        c) Obrero         d) Otro: \_\_\_\_\_
5. Estado civil:       a) Soltero           c) Casado         c) Acompañado   d) Otro: \_\_\_\_\_
6. Número de hijos: \_\_\_\_\_

**II. CUESTIONARIO ASSIST V3.0**

PREGUNTA 1: A lo largo de la vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (solo las que consumió sin receta médica)	No	Sí
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)		
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)		
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)		
d Cocaína (coca, crack, etc.)		
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)		
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)		
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)		
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)		
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)		
j Otras, especifique:		
<i>Si todas las respuestas fueron negativas pregunte: "¿Ni siquiera cuando estaba en la escuela?"</i>	<i>Si la respuesta es negativa para todas las preguntas, detenga la entrevista. Si la respuesta es afirmativa a cualquiera de estas preguntas, haga la pregunta 2 para cada sustancia que se haya consumido alguna vez.</i>	

PREGUNTA 2: En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1-2 veces	Cada mes	Cada semana	Diario o casi diario
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)					
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)					
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)					
d Cocaína (coca, crack, etc.)					
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)					
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)					
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)					
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)					
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)					
j Otras, especifique:					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si respondió "Nunca" a todos los ítems en la Pregunta 2, salte a la Pregunta 6.</li> <li>• Si ha consumido alguna de las sustancias de la Pregunta 2 en los últimos 3 meses, continúe con las preguntas 3, 4 y 5 para cada una de las sustancias.</li> </ul>					

PREGUNTA 3: En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1-2 veces	Cada mes	Cada semana	Diario o casi diario
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)					
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)					
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)					
d Cocaína (coca, crack, etc.)					
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)					
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)					
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)					
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)					
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)					
j Otras, especifique:					

PREGUNTA 4: En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) a problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca	1-2 veces	Cada mes	Cada semana	Diario o casi diario
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)					
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)					
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)					
d Cocaína (coca, crack, etc.)					
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)					
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)					
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)					
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)					
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)					
j Otras, especifique:					

PREGUNTA 5: En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1-2 veces	Cada mes	Cada semana	Diario o casi diario
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)					
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)					
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)					
d Cocaína (coca, crack, etc.)					
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)					
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)					
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)					
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)					
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)					
j Otras, especifique:					

PREGUNTA 6: ¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	No, nunca	Sí en los últimos 3 meses	Sí pero no en los últimos 3 meses
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)			
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)			
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)			
d Cocaína (coca, crack, etc.)			
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)			
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)			
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)			
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)			
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)			
j Otras, especifique:			

PREGUNTA 7: ¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) y no lo ha logrado?	No, nunca	Sí en los últimos 3 meses	Sí pero no en los últimos 3 meses
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)			
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)			
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)			
d Cocaína (coca, crack, etc.)			
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)			
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)			
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)			
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)			
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)			
j Otras, especifique:			

PREGUNTA 8:	No, nunca	Sí en los últimos 3 meses	Sí pero no en los últimos 3 meses
¿Ha consumido alguna vez alguna droga por vía inyectada? (ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)			

PREGUNTA 8:	No, nunca	Sí en los últimos 3 meses	Sí pero no en los últimos 3 meses
¿Ha consumido alguna vez alguna droga por vía inyectada? (ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)			

**NOTA IMPORTANTE:**

A los entrevistados (as) que se han inyectado drogas en los últimos 3 meses se les debe preguntar sobre su patrón de inyección en este período, para determinar los niveles de riesgo y el mejor tipo de intervención.

Patrón de inyección:	Guía de intervención
Una vez a la semana o menos o Menos de 3 días seguidos	Intervención Breve, incluyendo la tarjeta “riesgos asociados con inyectarse”
Más de una vez a la semana o 3 o más días seguidos	Requiere mayor evaluación y tratamiento más intensivo *

\*UNA MAYOR EVALUACIÓN Y UN TRATAMIENTO MÁS INTENSIVO pueden ser proporcionados por profesionales de la salud en el ámbito de atención primaria, o por un servicio especializado para las adicciones si está disponible.

Fecha del llenado de la encuesta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombres y apellidos del encuestador (a): \_\_\_\_\_



## **ANEXOS: TABLAS Y FIGURAS**

Tabla 1 Características sociodemográficas de adultos urbanos de Boaco, durante mayo-junio del 2016.

<b>Características sociodemográficas</b>	<b>Total</b>	
	<b>No.</b>	<b>% (n=250)</b>
<b>Edad (años):</b>		
20-34	160	64.0
35-54	66	26.4
55-64	14	5.6
≥65	10	4.0
<b>Sexo:</b>		
Femenino	115	46.0
Masculino	135	54.0
<b>Escolaridad:</b>		
Baja	124	49.6
Alta	126	50.4
<b>Estado civil:</b>		
Soltero	119	47.6
Casado	46	18.4
Acompañado	85	34.0
<b>Ocupación:</b>		
Profesional	48	19.2
Técnico	55	22.0
Obrero	79	31.6
Otro	68	27.2
<b>Número de hijos:</b>		
Ninguno	80	32.0
Uno	64	25.6
Dos	46	18.4
Tres o más	60	24.0

Fuente: Entrevista

Tabla 2 Prevalencia (%)\*\* del consumo de sustancias psicoactivas en adultos urbanos de Boaco, según edad, durante mayo-junio del 2016.

<b>Sustancias psicoactivas</b>	<b>20-34 (n=155)</b>	<b>35-54 (n=66)</b>	<b>55-64 (n=14)</b>	<b>≥65 (n=10)</b>	<b>Total (n=250)</b>
Tabaco	53.3	48.5	42.9	40.0	52.8
Bebidas alcohólicas	70.0	74.2	64.3	60.0	70.4
Cannabis	16.9	19.7	0.0	10.0	16.4
Cocaína	5.6	4.5	0.0	0.0	4.8
Estimulantes	--	--	--	--	--
Inhalantes	0.6	3.0	0.0	0.0	1.2
Sedantes	3.1	6.1	7.1	0.0	4.0
Alucinógenos	0.6	0.0	0.0	0.0	0.4
Opiáceos	1.3	0.0	0.0	0.0	0.8
Otras	--	--	--	--	--

\*Valor  $P < 0.05$

\*\*Prevalencia calculada en base al total de cada columna.

Fuente: Entrevista

Tabla 3 Prevalencia (%)\*\* del consumo de sustancias psicoactivas en adultos urbanos de Boaco, según sexo, durante mayo-junio del 2016.

<b>Sustancias psicoactivas</b>	<b>Femenino (n=115)</b>	<b>Masculino (n=135)</b>	<b>Total (n=250)</b>
Tabaco*	30.4	71.9	52.8
Bebidas alcohólicas*	59.1	80.0	70.4
Cannabis*	10.4	21.5	16.4
Cocaína	1.7	7.4	4.8
Estimulantes	--	--	--
Inhalantes	0.0	2.2	1.2
Sedantes	3.5	4.4	4.0
Alucinógenos	0.0	0.7	0.4
Opiáceos	0.0	1.5	0.8
Otras	--	--	--

\*Valor  $P < 0.05$

\*\*Prevalencia calculada en base al total de cada columna.

Fuente: Entrevista

Tabla 4 Prevalencia (%)\*\* del consumo de sustancias psicoactivas en adultos urbanos de Boaco, según escolaridad, durante mayo-junio del 2016.

<b>Sustancias psicoactivas</b>	<b>Baja (n=124)</b>	<b>Alta (n=126)</b>	<b>Total (n=250)</b>
Tabaco*	64.5	41.3	52.8
Bebidas alcohólicas	75.0	65.9	70.4
Cannabis	19.4	13.5	16.4
Cocaína	7.3	2.4	4.8
Estimulantes	--	--	--
Inhalantes	1.6	0.8	1.2
Sedantes	4.8	3.2	4.0
Alucinógenos	0.0	0.8	0.4
Opiáceos	0.0	1.6	0.8
Otras	--	--	--

\*Valor  $P < 0.05$

\*\*Prevalencia calculada en base al total de cada columna.

Fuente: Entrevista

Tabla 5 Prevalencia (%)\*\* del consumo de sustancias psicoactivas en adultos urbanos de Boaco, según estado civil, durante mayo-junio del 2016.

<b>Sustancias psicoactivas</b>	<b>Soltero (n=119)</b>	<b>Casado (n=46)</b>	<b>Acompañado (n=85)</b>
Tabaco*	62.2	39.1	47.1
Bebidas alcohólicas	77.3	65.2	63.5
Cannabis*	21.8	6.5	14.1
Cocaína	7.6	2.2	2.4
Estimulantes	--	--	--
Inhalantes	0.0	2.2	2.4
Sedantes*	0.8	4.3	8.2
Alucinógenos	0.8	0.0	0.0
Opiáceos	1.7	0.0	0.0
Otras	--	--	--

\*Valor P < 0.05

\*\*Prevalencia calculada en base al total de cada columna.

Fuente: Entrevista

Tabla 6 Prevalencia (%)\*\* del consumo de sustancias psicoactivas en adultos urbanos de Boaco, según ocupación, durante mayo-junio del 2016.

<b>Sustancias psicoactivas</b>	<b>Profesional (n=48)</b>	<b>Técnico (n=55)</b>	<b>Obrero (n=79)</b>	<b>Otro (68)</b>
Tabaco*	45.8	43.6	70.9	44.1
Bebidas alcohólicas	72.9	63.6	74.7	69.1
Cannabis	18.8	9.1	16.5	20.6
Cocaína	0.0	3.6	3.8	10.3
Estimulantes	--	--	--	--
Inhalantes	0.0	0.0	3.8	0.0
Sedantes	6.3	1.8	6.3	1.5
Alucinógenos	2.1	0.0	0.0	0.0
Opiáceos	0.0	1.8	0.0	1.5
Otras	--	--	--	--

\*Valor  $P < 0.05$

\*\*Prevalencia calculada en base al total de cada columna.

Fuente: Entrevista

Tabla 7 Prevalencia (%)\*\* del consumo de sustancias psicoactivas en adultos urbanos de Boaco, según número de hijos, durante mayo-junio del 2016.

<b>Sustancias psicoactivas</b>	<b>Ninguno (n=80)</b>	<b>Uno (n=64)</b>	<b>Dos (n=46)</b>	<b>Tres y mas (68)</b>
Tabaco	55.0	57.8	60.9	38.3
Bebidas alcohólicas	68.8	78.1	73.9	61.7
Cannabis	22.5	15.6	17.4	8.3
Cocaína	6.3	3.1	6.5	3.3
Estimulantes	--	--	--	--
Inhalantes	1.3	0.0	4.3	0.0
Sedantes	2.5	7.8	4.3	1.7
Alucinógenos	1.3	0.0	0.0	0.0
Opiáceos	2.5	0.0	0.0	0.0
Otras	--	--	--	--

\*Valor P < 0.05

\*\*Prevalencia calculada en base al total de cada columna.

Fuente: Entrevista



Tabla 8 Frecuencia (%)\* del consumo de sustancias psicoactivas durante los últimos 3 meses en adultos urbanos de Boaco, durante mayo-junio del 2016.

<b>Sustancias psicoactivas</b>	<b>Nunca</b>	<b>1-2 veces</b>	<b>Cada mes</b>	<b>Cada semana</b>	<b>Diario o casi diario</b>	<b>No. total</b>
Tabaco	13	19	3	11	54	132
Bebidas alcohólicas	18	23	24	27	7	176
Cannabis	32	29	15	10	15	41
Cocaína	41	25	0	25	8	12
Estimulantes	--	0	0	0	0	0
Inhalantes	67	33	0	0	0	3
Sedantes	0	10	30	10	50	10
Alucinógenos	100	0	0	0	0	1
Opiáceos	0	0	100	0	0	2
Otras	0	0	0	0	0	0

\* Los porcentajes fueron redondeados y fueron calculado en base al total de cada fila.  
Fuente: Entrevista

Tabla 9 Frecuencia (%)\* de problemas sociales y de salud relacionados al consumo de sustancias psicoactivas en adultos urbanos de Boaco, durante mayo-junio del 2016.

<b>Sustancias psicoactivas</b>	<b>Nunca</b>	<b>1-2 veces</b>	<b>Cada mes</b>	<b>Cada semana</b>	<b>Diario o casi diario</b>	<b>No. total</b>
Tabaco	89.4	7.6	2.3	0.7	0.7	132
Bebidas alcohólicas	76.7	12.5	5.7	2.8	1.7	176
Cannabis	58.5	26.8	4.9	4.9	2.4	41
Cocaína	58.3	33.3		8.3		12
Estimulantes	--	--	--	--	--	0
Inhalantes	33.0	67.0				3
Sedantes	90.0	10.0				10
Alucinógenos	100					1
Opiáceos	50.0			50.0		2
Otras	--	--	--	--	--	0

\*Frecuencia (%) calculada en base al total de cada fila.

Fuente: Entrevista

Tabla 10 Grado de riesgo asociado al tipo de sustancias psicoactivas (%)\*\* en adultos urbanos de Boaco, durante mayo-junio del 2016.

<b>Sustancias psicoactivas</b>	<b>Bajo</b>	<b>Moderado</b>	<b>Alto</b>	<b>No. total</b>
Tabaco*	2.3	39.4	58.3	132
Bebidas alcohólicas*	21.0	34.1	44.9	176
Cannabis*	2.4	22.0	75.6	41
Cocaína*	0.0	16.7	83.3	12
Estimulantes	--	--	--	0
Inhalantes	0.0	33.3	66.7	3
Sedantes*	0.0	40.0	60.0	10
Alucinógenos	0.0	0.0	100.0	1
Opiáceos	0.0	0.0	100.0	2
Otras	--	--	--	0

\*Valor P < 0.05

\*\*Prevalencia calculada en base al total de cada fila.

Fuente: Entrevista

Tabla 11 Grado de riesgo asociado al consumo de sustancias psicoactivas (%) según características sociodemográficas de adultos urbanos de Boaco, durante mayo-junio del 2016.

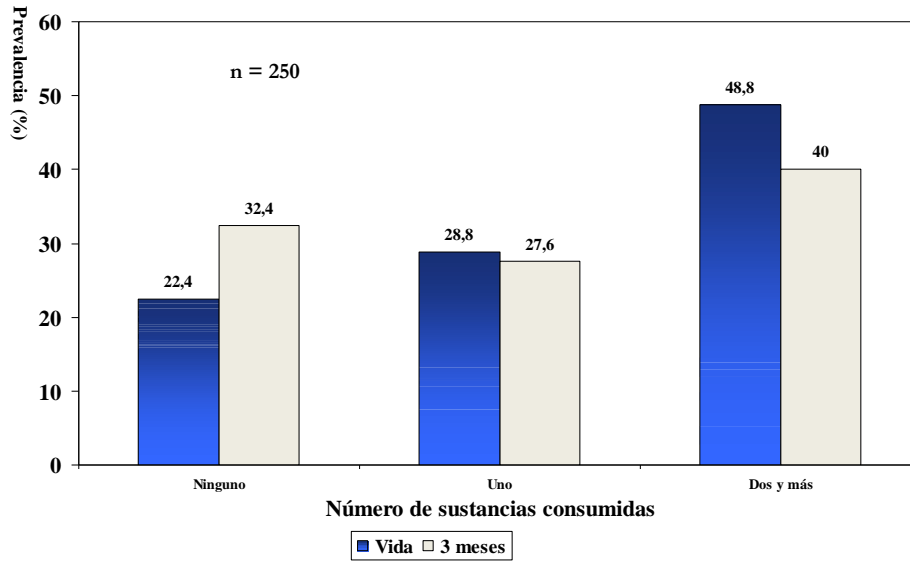
<b>Características</b>	<b>Bajo</b>	<b>Moderado</b>	<b>Alto</b>	<b>Total</b>	
<b>sociodemográficas</b>				<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>Edad (años):*</b>					
20-34	34.4	26.9	38.8	160	64.0
35-54	36.4	37.9	25.8	66	26.4
55-64	57.1	28.6	14.3	14	5.6
≥65	60.0	40.0	0.0	10	4.0
<b>Sexo:*</b>					
Femenino	60.0	21.7	18.3	115	46.0
Masculino	17.8	37.8	44.4	135	54.0
<b>Escolaridad:*</b>					
Baja	27.4	29.8	42.7	124	49.6
Alta	46.8	31.0	22.2	126	50.4
<b>Estado civil:*</b>					
Soltero	26.1	31.9	42.0	119	47.6
Casado	52.2	28.3	19.6	46	18.4
Acompañado	44.7	29.4	25.9	85	34.0
<b>Ocupación:*</b>					
Profesional	37.5	41.7	20.8	48	19.2
Técnico	50.9	27.3	21.8	55	22.0
Obrero	17.7	32.9	49.4	79	31.6
Otro	48.5	22.1	29.4	68	27.2

\*Valor  $P < 0.05$

\*\*Prevalencia calculada en base al total de cada fila.

Fuente: Entrevista

Fig. 1 Práctica de consumo de vida y de los últimos 3 meses de sustancias psicoactivas en adultos urbanos de Boaco. 2016.



Fuente: Entrevista

Fig. 2 Prevalencia de vida y de los últimos 3 meses de consumo de sustancias psicoactivas en adultos urbanos de Boaco. 2016.

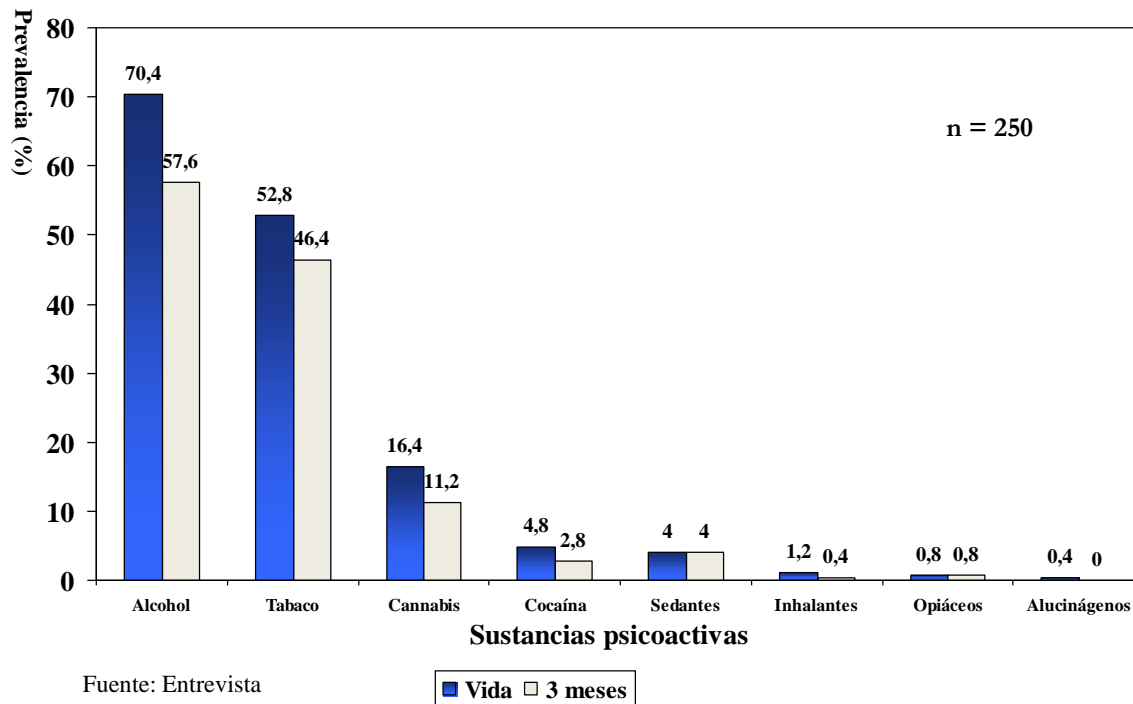


Fig. 3 Nivel de riesgo del consumo de sustancias psicoactivas en adultos urbanos de Boaco. 2016.

