



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA  
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD PUBLICA DE NICARAGUA**



**TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE MASTER EN SALUD PÚBLICA**

**INFORME FINAL**

**TEMA:**

**FACTORES DE RIESGO PREDISPONENTES EN EL CONSUMO DE DROGAS  
EN ADOLESCENTES EN EDAD REPRODUCTIVA, DE LOS BARRIOS  
ROMAN ESTEBAN Y JOSE ANTONIO SALAZAR  
MUNICIPIO DE JINOTEPE, CARAZO, II SEMESTRE DEL 2003.**

**AUTOR :**

**PABLO ANTONIO SANDINO MARTINEZ. MD.**

**TUTOR:**

**MIGUEL ANGEL OROZCO. DDM, M.Sc.**

**DOCENTE INVESTIGADOR CIES.**

**Managua , 05 de Julio del 2004.**

## **DEDICATORIA**

**Dedicamos el presente Trabajo , primeramente a Dios, nuestro ser Superior.**

**A mis Hijos:**

**Juan Pablo  
Miguel Ángel y  
Carmen Delia**

**A mi Esposa : Petronila Torrentes**

**A mis Profesores, que con su ardua labor han compartido sus enseñanzas y experiencias para hacer de nosotros verdaderos profesionales de la Salud Pública.**

**Dr. Pablo Sandino M.**

## **AGRADECIMIENTO**

**Agradezco al Claustro de Profesores que estuvieron siempre presente en todo momento junto a nosotros, para compartir las enseñanzas para el desempeño como Profesionales de la Salud Publica, y serles útiles a la patria.**

**A Mi Profesor y Amigo. El Dr. MIGUEL ANGEL OROZCO, Docente e Investigador por su paciencia, tolerancia y consejos para la realización de mi Tesis.**

**A la Lic. Alice Pineda W. Por su ayuda incondicional para la culminación de este trabajo investigativo.**

**A todas aquellas personas que de una u otra manera contribuyeron para la realización de mi sueño : Ser Salubrista.**

**Dr. Pablo Sandino M.**

## RESUMEN

El presente trabajo, es un estudio descriptivo de corte transversal, cuyo objetivo general fue de identificar los factores de riesgo predisponentes para el consumo de drogas en adolescentes en edad reproductiva de los barrios del municipio de Jinotepe, en el II semestre del 2003.

Se estudió desde una perspectiva de abordajes preventivos en relación a los conocimientos del riesgo sobre el consumo de drogas. La muestra estuvo conformada por 212 adolescentes provenientes de los barrios del Municipio, asistentes al programa de atención médica y psicológica de la Clínica del Adolescente., que ofrece la consulta externa del Hospital Regional. A estos se les aplicó un test de detección de adicciones y estilos de vida consistente en: Equilibrio psicocorporal, Auto concepto, hábitos alimenticios, patrones de uso de sustancias toxicas, uso del tiempo libre, expresividad, creatividad, así como entrevistas que dieron salida a la información, la que se agrupó en matrices, tablas y gráficos.

Se desarrollo con una metodología de enfoque cualitativo tomado en consideración los factores de riesgo en el uso y abuso de drogas por los jóvenes en edad reproductiva. Los resultados reflejan que las características generales de los y las adolescentes con factores de riesgo para el consumo de drogas, predominó el sexo Masculino, entre el grupo atareó de 13 a 15 años, (72.7%), originarios de la zona urbana el (64.6%), con un nivel académico de secundaria incompleta, consumidores de drogas como la marihuana y cocaína entre otras.

El (42.4%) de los adolescentes que consumen drogas, generalmente relacionan al consumo, como medio o mecanismo para olvidar los conflictos, trayendo como consecuencias riesgos psicológicos, adoptando conductas inseguras, fáciles de influenciar para caer en las drogas.

El Factor de Riesgo Social más relevante detectado y que predispone al uso de drogas es la facilidad de obtención de drogas, describiéndola como muy Accesible, siendo los lugares de distribución la Calle.

Como Factores de Riesgos en el núcleo Familiar se considero que en el 60% de la población Adolescente del estudio, conviven con sus padres y otro familiar cercano, y son consumidores de alcohol, y/ drogas.

La VIF, que viven los adolescentes, es asumido por los jóvenes como factor de riesgo predisponentes para el consumo de drogas.

En relación a los factores de riesgos, relacionados a los Estilos de Vida de los adolescentes, se determinaron en Alto Riesgo agrupados en:

Conflictos Interpersonales.

Problemas de Comunicación.

Límites muy rígidos.

Presencia de Patrones familiares de consumo de drogas, entre otros.

Como alternativa de solución se presenta la estrategia de prevención entendida como el evitar que usen drogas, para ello se requiere lograr que los jóvenes en edad reproductiva aprendan a resistir la oferta para reducir o atenuar la demanda.

## I.- INTRODUCCION

La edad de inicio en el consumo de las drogas, el tipo de sustancias, los patrones y la forma de consumo, varían de un país a otro, e incluso entre regiones de una misma nación . La idiosincrasia cultural, económica , social y geográfica determinan estas diferencias y en consecuencia las maneras de abordarlas. Sin embargo lo común a todos es la existencia de problemas de drogas (consumo, tráfico y producción) y la presencia de grupos de población con circunstancias de riesgo que la hacen más vulnerables. De igual manera las estadísticas confirman que está frente a un cambio en el fenómeno social que involucra la droga, en cuanto a la edad de inicio , la intencionalidad en el consumo y la llegada de situaciones de dependencia, en edades cada vez más tempranas.

La adicción a las drogas se define como la auto administración repetida de un sustancia , la cual tiene efectos psicoactivos que conllevan un reforzamiento positivo, que se manifiesta por una gran dificultad para cesar el consumo por periodos largos, a pesar de haber una fuerte motivación para hacerlo.

Cuando se administra repetidamente una droga, las células nerviosas sufren una serie de adaptaciones bioquímicas necesarias para funcionar con dicha sustancias. Esta adaptación es permanente, lo explica el hecho de que, cuando una persona adicta deja de consumir, aún por largos periodos, pero en cierto momento vuelve a a hacer uso de la drogas de su elección (o de una similar ), puede aparecer el episodio de la recaída, episodios que, a medida que transcurre el curso natural de la enfermedad, se hace más frecuente y deterioran más y más a la persona.

Este el aspecto físico y biológico, del problema de la fármaco dependencia; sin embargo, para que este proceso se desencadene, la persona tiene que ponerse en contacto con la droga. Y es en este momento cuando intervienen factores psicológicos, sociales y culturales.

Cuando una persona no tiene una estructura psicológica bien cimentada que le signifique un auto concepto y una autoestima normales, no puede tomar las decisiones más apropiadas, no puede enfrentar los problemas, no puede dar ni recibir afecto; en fin, tiene una serie de vacío en su personalidad que fácilmente llena la droga, la cual entonces funciona como una muleta que ayuda a atravesar la vida.

Pero esta personalidad del individuo se forma en un ambiente externo, que comienza en el núcleo familiar ( o la falta de él ), pasa por la escuela y es determinada y condicionada por una sociedad que construye de generación en generación formas de pensar, formas de sentir y formas de actuar,, que es la que llamamos cultura; sin olvidar que esa cultura propia de cada comunidad, es influenciada por otras formas de pensamiento pertenecientes a países más desarrollados y de los cuales dependemos económicamente.

Esta multicausalidad de la adicción a sustancias psicoactivas demuestra que los esfuerzos aislados, fragmentados, que hasta el momento se realizan, no son suficientes, por lo cual vemos que el número de personas que utilizan drogas aumenta cada día, y no sólo eso, sino que se están utilizando así la oferta de mercancías para paliar las ansias de experimentar los placeres instantáneos que los actuales estilos de vida y la sociedad de consumo preconizan.

Como alternativa de solución, se presenta la estrategia de prevención entendida como evitar que usen drogas. Se requiere lograr que aprendan a resistir la oferta, para reducir o atenuar la demanda. Partiendo de que la prevención tiene como finalidad evitar o retrasar el inicio del consumo de drogas, los agentes públicos y privados deben tener interés e involucrarse en el proceso preventivo de una manera articulada. Igual es oportuno que desde este posicionamiento, se haga prevención desde los primeros estudios del desarrollo evolutivo de las personas por lo que el contexto educativo como lugar intencional y planificado sea uno de los espacios adecuados para desarrollar los objetivos de la presente propuesta que como estudio pretende el diseño de un programa de prevención de drogas en los adolescentes en la edad reproductiva , identificando los riesgos desde una prevención efectiva, es un esfuerzo multidisciplinario que busca modificar actitudes, creencias, prácticas y comportamientos en relación con el uso y abuso de drogas ilegales.

## II.- ANTECEDENTES

Jinotepe, pertenece según la ley de división política administrativa de Nicaragua a la jurisdicción del departamento de Carazo, del cual es la cabecera departamental, ocupa en el departamento el segundo lugar de extensión territorial, ubicada en la parte más alta de la meseta caraceña.

Fundada el 11 de febrero de 1883, Jinotepe tiene una extensión territorial de 257 Km<sup>2</sup>, su localización es a 46 km al sur de la capital y cuenta con una población global de 34,007 habitantes <sup>1</sup> distribuidos de la siguiente manera:

Población		Distribución población Según sexo				Distribución población +15 años según sexo		
Urbana	Rural	H	%	M	%	H	M	TOTAL
22,658	11,349	16,312	48.0	17,695	52.0	9,482	11,010	20,492

El municipio de Jinotepe cuenta con 24 comarcas rurales que son:

- |                     |                                  |
|---------------------|----------------------------------|
| 1. Cañas Blancas #1 | 13. Los Encuentros               |
| 2. El Ingenio       | 14. Manzanillo                   |
| 3. Pedro Ramos      | 15. El Guavillo                  |
| 4. El Bosque        | 16. El Polvosal                  |
| 5. Guisquiliapa     | 17. El Dulce Nombre              |
| 6. El Cangrejero    | 18. Tupilapa                     |
| 7. Román Toledo     | 19. Héroes y Mártires 5 de julio |
| 8. El Aragón        | 20. Guiste                       |
| 9. La Pita          | 21. Huascatán                    |
| 10. Barranco Bayo   | 22. El Aguacate                  |
| 11. Huehuete        | 23. Tecomapa                     |
| 12. El Nance        | 24. Punta de Piedra              |

### SITUACION DE LOS SERVICIOS SOCIALES BASICOS

#### SALUD:

El municipio de Jinotepe cuenta con 8 unidades de salud de las cuales seis son puestos de salud, un hospital regional y un centro de salud. Cabe mencionar que cuenta además con una empresa médica privada y un hospital privado.

En el área urbana se localiza el hospital regional, un Centro de Salud y dos puestos de salud ubicados en los barrios Ana Virgen Noble y Villa Madre Proletaria. En el área rural existen cuatro puestos de salud ubicados en las comarcas Guisquiliapa, El Aguacate, Román E. Toledo y Huehuete.

<sup>1</sup> Censo Nacional INEC, 1995

Entre las principales causas de Morbilidad están:

- Infecciones respiratorias agudas.
- Diarreas
- Enfermedades crónicas degenerativas

### **EDUCACION:**

El municipio cuenta con una población estudiantil de 12,041 alumnos atendidos por 506 maestros en 71 centros educativos y un total de 242 en 71 centros educativos y un total de 242 aulas escolares.

Existe un instituto técnico que brinda las carreras de electricidad, mecánica automotriz, industrial y confección, la escuela politécnica de enfermería y centros de enseñanza de computación, mecanografía e inglés de propiedad privada, además el municipio, posee una sede regional de la UNAN – Managua con una población estudiantil de 700 estudiantes aproximadamente y se brindan las carreras de derecho, administración de empresas, contabilidad y cursos de computación e inglés.

### **CULTURA Y DEPORTE / PARQUES:**

El municipio de Jinotepe cuenta con un moderno centro de convenciones, un hotel y un cine para el esparcimiento de sus habitantes. En ellos se presentan exposiciones artísticas y culturales.

Jinotepe cuenta con un estadio de béisbol en la zona urbana y una en la zona semiurbana; seis campos deportivos de béisbol tres urbana y tres rurales

### **POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA (PEA)**

Con relación a la población económicamente activa del municipio de Jinotepe, se estima un 33.94% de la población en ocupación plena (asalariados, cooperados y cuenta propia). El 9.77% se encuentra subempleada (trabajadores temporales) y un 56.29% de la población se ubica en el desempleo abierto (trabajadores desocupados).

### **TELECOMUNICACIONES :**

El municipio de Jinotepe cuenta con cuatro emisoras de radio y un canal de televisión por cable.

Las condiciones de salud de una comunidad estarán determinadas por los niveles de organización social, desarrollo económico, el nivel de vida de la gente que habita en la comunidad y su medio ambiente. Estos son elementos importantes que forman el contexto social en el que los miembros de la comunidad se desenvuelven, pueden ser factores que contribuyan de forma

negativa o positiva. El contexto condiciona la forma de vida y de muerte de una sociedad.

La salud es un componente muy importante para la cultura de los pueblos, los tiempos cambian y las enfermedades emergentes y reemergentes también; ahora la principal amenaza para la salud de nuestros jóvenes y adolescente es el consumo de las drogas.

A lo largo de la historia escrita, en todas las sociedades se han consumido sustancias que alteran el estado de ánimo, el pensamiento y los sentimientos. Además en algunos casos los adelantos farmacológicos han traído consigo dependencia física y psicológica y desdichadamente también conductual respecto de agentes que en un principio se utilizaron con finalidades terapéuticas. El esfuerzo de la sociedad está encaminado a la prevención del uso de drogas, en los y las adolescentes en edad fértil, siendo este trabajo la primera iniciativa municipal a proponerse en el Municipio de Jinotepe, en el periodo del II Semestre del 2002 y, todo esto partiendo del principio aceptado de que el consumo de drogas es un patrón de comportamiento cuyo inicio y mantenimiento está sometido a la influencia de múltiples variables individuales y sociales.

Por ello la prevención del consumo de drogas debe orientarse hacia el desarrollo de estrategias integrales, capaces de incidir en el complejo entramado de factores causales que se sitúan en el origen de las adicciones a las drogas y que permitan el desarrollo integral no sólo de los individuos sino también de las comunidades a las que pertenecen.

Específicamente se puede señalar el problema de las drogas ha adquirido mayor magnitud y complejidad en los últimos años, convirtiéndose en un problema social, que ha afectado a muchas naciones, incluyendo nuestro país, desfavoreciendo los objetivos, aspiraciones del desarrollo humano.

Como su origen es multicausal y sus efectos se dejan ver cada vez más con el incremento de las consecuencias en la ciudadanía, como son el disfuncionamiento familiar y la violencia intra familiar, el SIDA, la deserción escolar, bajo rendimiento laboral, la enajenación mental de la población y por supuesto la crisis económica. Las personas que integran una comunidad deber estar informadas de la problemática que viven, así podrán priorizar necesidades y formular posibles soluciones.

Como un mandato constitucional establecido en la Convención sobre los derechos del niño y el código de la niñez y la adolescencia, surge el Plan de Acción Nacional, que el Consejo de Atención y protección Integral a la Niñez y la Adolescencia (CONAPINA), implementará en la década 2002- 2011, asumiendo como eje principal:

- La construcción de los derechos del niño.
- Las recomendaciones del Comité de los Derechos del Niño.
- El código de la Niñez y la Adolescencia

Cabe mencionar que en el Municipio de Jinotepe, al menos en este periodo de estudio, no se encontró investigación alguna sobre el tema de la prevención de drogas en adolescentes en edad reproductiva.

De acuerdo a información por José María Machado (1) de REMAR. Existen unos 1500 niños huele pegas en Ni9caragua, de ellos un 70% son varones y el resto son mujeres.

Según el departamento de prevención de drogas de la Policía Nacional (2) , el caso de las drogas ilegales las más consumidas en nuestro país son : cocaína, crack . Marihuana, heroína.

La pega aún no está reconocido por la legislación como droga, sabemos que lo es, pero no podemos hacer nada para impedir su libre circulación y consumo en la calle. En relación a los costos de drogas, una piedra de crack o una inyección de heroína cuestan unos C\$ 75 córdobas, la bolsita de cocaína tiene un valor aproximado e 50 córdobas y la media de marihuana 20 a 25 córdobas.

En Estados Unidos, la drogodependencia genera gastos de unos 100.000 millones de dólares anuales relacionados con la atención médica, el bajo rendimiento laboral y los sueldos no percibidos y la deficiencia. Según un estudio Brasileño (Journal da tarde, el 24.7% de los jóvenes de entre 10 y 17 años, ha probado algún tipo de drogas (3).

La OMS, aporta cinco razones básicas por las que un joven podría verse tentado a consumir drogas.

1. para sentirse mayor y tomar sus propias decisiones.
2. para ser aceptado.
3. para relajarse y sentirse bien.
4. porque le atrae el riesgo y es un señal de rebeldía.
5. por curiosidad.

La facilidad con que consiguen las sustancias adictivas, así como la presión de grupos, también pueden empujar a un joven a emprender tal proceder autodestructivo.

De acuerdo con la ONU, el narcotráfico mueve unos 400,000 millones de dólares al año, por lo que constituye uno de los negocios clandestinos más lucrativos del mundo, capaz de corromper o desestabilizar todos los mercados financieros., el problema de la droga se ha convertido en un fenómeno global y que ninguna nación está libre de esta amenaza.

### **III.- JUSTIFICACIÓN**

El problema del consumo de drogas, legales o ilegales afecta y preocupa al conjunto de la sociedad, al representar un fenómeno que deteriora la calidad de vida, retardando el desarrollo económico, afectando a los embarazos sobre todo en las adolescentes en edad reproductiva de los barrios del municipio, así como a los otros grupos de riesgo social, a la vez que atenta contra la salud pública.

En este Municipio se han realizado esfuerzos para concienciar a la población, acerca del peligro en uso y abuso de las drogas, con énfasis en las y los adolescentes, en edad reproductiva. , No obstante, a ello el problema sigue aumentando. Así tenemos que para 2002, el 42% de la población de 15 a 25 años, está consumiendo marihuana, crack y cocaína.

A pesar del esfuerzo realizado y con base en los datos epidemiológicos, no se ha logrado establecer un programa específico dirigido a la prevención del uso y abuso de drogas en los grupos de alto riesgo arriba enunciados.

Por ello esta propuesta de tema de investigación pretende aportar evidencias en la búsqueda de soluciones a dicha problemática, especialmente para posteriormente sensibilizar y capacitar a los principales agentes institucionales tanto del Estado, como de los organismos no gubernamentales y trabajar en redes por los cambios de conductas de la población meta, adolescentes del municipio, con acciones encaminadas, aunadas para el establecimiento del Programa de Prevención del Uso Y Abuso de drogas.

## IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El consumo de tabaco, alcohol y otras drogas es hoy en día uno de los problemas de salud pública más importantes. El consumo de estas sustancias se asocian casi siempre con enfermedades físicas y mentales, muertes y accidentes de tránsito, costos en salud y reducción de la productividad.

Aunque las drogas ilícitas (marihuana, cocaína, crack etc..) pareciera ser el mayor problema de drogas, por lo que informan en los medios de comunicación colectiva, lo cierto es que las drogas lícitas o permitidas como los cigarrillos y las bebidas con alcohol son el principal problema de consumo de drogas en Nicaragua, desde este enunciado planteamos:

1.-¿ Cuáles son los factores de riesgo que predisponen al consumo de drogas a los adolescentes en edad reproductiva, originarios de los barrios Román Esteban y José Antonio Salazar , en el municipio de Jinotepe.?

2.-¿ Cuáles son las causas de que un adolescente , en edad reproductiva, originarios de los barrios a estudios, consuma droga?

3.- ¿ Existe dentro del núcleo familiar factores de riesgo, que predisponen al adolescente al consumo de drogas?

4.- ¿ El estilo de vida del adolescente en edad reproductiva, de los barrios a estudio, predisponen al consumo de drogas?

## **V. OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Identificar los factores de riesgo que predisponen al uso de drogas en los adolescentes en edad reproductiva de los Barrios Román Esteban, y José Antonio Salazar, del Municipio de Jinotepe, en el II semestre del 2003.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- 1.- Caracterizar a los adolescentes en riesgo al uso de drogas de los Barrios., Román Esteban y José Antonio Salazar en el municipio de Jinotepe en el II semestre del 2003.
- 2.- Describir los factores de riesgo en el núcleo familiar que predisponen al adolescente, de los barrios a estudios al consumo de drogas
- 3.- Determinar la presencia factores de riesgo en relación a los estilos de vida de los adolescentes en edad reproductiva de los barrios Román Esteban y José Antonio Salazar, en el municipio de Jinotepe.

## IV. MARCO TEORICO

### DROGODEPENDENCIAS

(Enfermedades por uso de sustancias; adicción a drogas; abuso de drogas; habituación a drogas)

Una sola definición de drogodependencia no es ni posible ni deseable. Hay drogas cuyo consumo puede ser ilegal pero no implicar dependencia de ningún tipo. La drogodependencia de un tipo específico (p. Ej., dependencia de la cocaína) supone que diferentes drogas tienen distintos efectos, variando también el riesgo y el tipo de dependencia.

Dos conceptos contribuyen a la definición de dependencia: la **tolerancia**, que se refiere a la necesidad de ir aumentando progresivamente la dosis para inducir el mismo efecto que al principio se lograba con menos cantidad, y la **dependencia física**, un estado de adaptación fisiológica a la droga, que se manifiesta por un síndrome de abstinencia. Éste consiste en una serie de cambios fisiológicos adversos que surgen cuando se interrumpe el consumo de la sustancia en cuestión o cuando su efecto se contrarresta con un antagonista específico que desplaza al agonista de su lugar de enlace en los receptores celulares. No todas las formas de dependencia conllevan una dependencia física.

La **dependencia psicológica** se acompaña de un sentimiento de satisfacción y del deseo de repetir la experiencia con la droga o de evitar el displacer que produce el no tomarla. Esta anticipación del efecto es un poderoso factor en la cronificación del consumo de drogas psicoactivas y en algunos casos puede ser el único motivo de la intensa avidez y del consumo compulsivo. Las drogas que principalmente producen dependencia psicológica son la cocaína, la marihuana, las anfetaminas y los alucinógenos, como la dietilamida del ácido lisérgico (LSD), la 3,4-metilendioxitetanfetamina (MDMA) y el peyote.

Con las drogas que producen importante dependencia física (p. Ej., heroína y alcohol) es fácil caer en el consumo abusivo, siendo la dependencia difícil de tratar. Cuando una droga no provoca dependencia física, su supresión no produce síndrome de abstinencia. Sin embargo, la mayoría de las drogas psicoactivas sí dan lugar a tolerancia y en algunos casos las reacciones consecutivas a la interrupción del consumo recuerdan a un síndrome de abstinencia (p. Ej., depresión y letárgica tras la supresión de cocaína o anfetaminas o cambios característicos en el EEG al dejar de consumir anfetaminas). Las drogas y fármacos de consumo más habitual difieren en su potencial para inducir distintos tipos de dependencia .

Las drogas que producen dependencia actúan sobre el SNC provocando uno o más de los siguientes efectos: reducción de la tensión y la ansiedad, exaltación, euforia u otros cambios placenteros del estado de ánimo,

sentimiento de mayor capacidad mental y física, alteraciones de la percepción sensorial y cambios del comportamiento.

La **adicción**, concepto sin definición universalmente aceptada, se utiliza aquí para referirse a un estilo de vida caracterizado por el consumo compulsivo y el interés excesivo por una droga. La adicción puede darse sin dependencia física, pero siempre conlleva un riesgo de lesiones y la necesidad de frenar su consumo, sea con la comprensión y conformidad del adicto o sin ellas.

El **consumo abusivo de drogas** sólo se puede definir en términos de desaprobación social. Puede consistir bien en el consumo de drogas ilegales (y el consiguiente riesgo de detención) con fines experimentales o lúdicos o bien en el consumo de fármacos psicoactivos legales para aliviar problemas o síntomas; también se puede dar al principio el consumo por alguna de esas dos razones y más tarde caer en la dependencia y la necesidad de seguir consumiendo para evitar el displacer producido por la abstinencia. El consumo abusivo de fármacos de prescripción y de drogas ilegales se da en todos los ámbitos socioeconómicos, incluidas personas con un elevado nivel cultural y profesional. No obstante, el tipo de consumo de drogas psicoactivas con efectos más devastadores sigue produciéndose en medios sociales desfavorecidos.

El **consumo de drogas como diversión** se ha ido constituyendo cada vez más como parte de la cultura occidental, aunque por lo general la sociedad lo desapruera y suele ser una actividad ilegal. A algunos consumidores aparentemente no les afectan las drogas, y suelen tomarlas esporádicamente y en pequeñas dosis, evitando así los efectos tóxicos y la aparición de tolerancia y dependencia física. Muchas de estas drogas recreativas (p. Ej., el opio puro, las bebidas alcohólicas, los derivados de la marihuana, el café y otras bebidas con cafeína, los hongos alucinógenos, las hojas de coca, etc.) son "naturales", es decir, muy parecidas a la planta original, contienen una mezcla de compuestos psicoactivos en concentraciones relativamente bajas y no son productos de síntesis química. Este tipo de drogas suelen tomarse por vía oral o por inhalación. El consumo en forma de inyecciones de compuestos potentes suele ser difícil de mantener bajo control. Los fines de diversión o recreo de estas drogas a menudo se acompañan de una ritualización del consumo, con una serie de reglas para su consumo en grupo y raramente se toman en solitario. La mayor parte son drogas psicoestimulantes o alucinógenas, dirigidas a alterar o "elevar" la conciencia más que a aliviar el malestar psicológico; las drogas depresoras no suelen consumirse con fines recreativos.

### **Etiología de la drogodependencia**

La drogodependencia se instaura de forma compleja e imprecisa. El proceso se ve influido por las propiedades de la sustancia psicoactiva, la predisposición física personal (que probablemente incluye una predisposición genética), la personalidad y la clase socioeconómica, así como el marco cultural y social. La psicología del individuo y la disponibilidad de la droga determina la elección de una u otra sustancia psicoactiva y la pauta y frecuencia de consumo.

No se conocen muy bien la progresión desde la simple experimentación al consumo ocasional y el paso a la tolerancia y la dependencia física. La presión de los amigos o del grupo, el alivio del malestar emocional conseguido con las

drogas, la tristeza, el aislamiento social y el estrés relacionado con el entorno del individuo (sobre todo si se acompaña de sentimiento de impotencia para lograr cambios u objetivos) son factores que pueden inducir el aumento del consumo, la dependencia y la adicción. Los médicos pueden contribuir involuntariamente al consumo dañino de sustancias psicoactivas al prescribirlas demasiado a la ligera a pacientes con problemas de angustia o al caer en las trampas de pacientes manipuladores. Los medios de comunicación y muchos otros factores sociales posiblemente alientan la expectativa de conseguir alivio para el malestar y satisfacción para las necesidades a través de las drogas. Dicho simplemente, las consecuencias del consumo de drogas dependen de la interacción entre la droga, el consumidor y el marco social.

A pesar de haberse buscado con empeño, no hay diferencias probadas entre la susceptibilidad bioquímica o fisiológica y la predisposición personal de los sujetos drogodependientes y los que no lo son. No obstante, se ha observado una menor respuesta orgánica al alcohol entre parientes de personas alcohólicas.

En modelos animales se ha detectado un sustrato neurológico para la tendencia a buscar más drogas y otro tipo de estímulos; así, en estudios con animales se observa que la auto administración de opiáceos, cocaína, anfetaminas, nicotina y benzodiazepinas se asocia a una potenciación de la transmisión dopaminérgica en circuitos específicos de la corteza cerebral. Estos hallazgos sugieren la existencia en el cerebro de los mamíferos de una vía cerebral de recompensa que involucra a la dopamina. Sin embargo, no hay suficientes pruebas de que las drogas psicodélicas y los derivados del *Cannabis* activen ese sistema; por otro lado, no todos los que reciben las referidas "recompensas" llegan a ser adictos o dependientes.

Algunos investigadores conductistas han hecho varias descripciones de la personalidad adictiva, pero hay escasas pruebas científicas de que realmente existan rasgos predisponentes característicos. Unos describen al adicto como una persona escapista, incapaz de encarar la realidad, de la que huye; otros como una persona esquizoide, asustada, retraída y deprimida, con antecedentes de intentos de suicidio y autolesiones. También se ha descrito al adicto como básicamente dependiente y adhesivo en sus relaciones, exhibiendo con frecuencia una ira franca e inconsciente y una sexualidad inmadura. Sin embargo, antes de que el individuo se haga drogodependiente no muestra el comportamiento irresponsable y enfocado al placer que suele atribuirse a los adictos. A veces las personas drogadictas se justifican apelando a una crisis, dificultades laborales o conflictos familiares que producen ansiedad o depresión transitorias. Tanto los médicos como los pacientes y el entorno, aunque culpen exclusivamente a las drogas en sí, ven el consumo abusivo de las mismas como producto de una vida disfuncional o un período vital conflictivo. La mayoría de los adictos abusan del alcohol además de otras drogas y pueden ser hospitalizados en reiteradas ocasiones por sobredosis, reacciones adversas o síndrome de abstinencia.

## **DEFINICIÓN Y CONSECUENCIAS DEL FENÓMENO DROGA**

Entiéndase droga, toda sustancia química, natural o sintética que al introducirla al organismo produce cambios que afectan las funciones normales del cuerpo, algunas de ellas, los fármacos son prescritos para las enfermedades y otras se consumen con el objetivo exclusivo de lograr placer. Todas las drogas, incluso los medicamentos causan daños cuando se toman sin precaución, en dosis excesivas o automedicación; algunos daños pueden ser:

- Afectan la salud mental individual y colectiva.
- Cambios morfológicos, teratògenos en el embarazo.
- Problemas de integración social con los amigos, la familia, vecinos de la comunidad, el centro de estudio.
- Infracciones de la ley, problemas con la policía y judiciales.
- Cometten crímenes, violaciones, robos.
- Se vuelven drogadictos, violentos y pierden la autoestima.

Las drogas que preocupan son aquellas que producen dependencia o adicciones graves, las denominamos psicotròpicas, que actúan sobre el sistema nervioso central provocando drogadicción, y mal formaciones congénitas.

Estas se convierten en una necesidad para mantenerse en el estado irreal y necesitan aumentar el consumo progresivamente para contrarrestar los efectos de éstas, llevándolos a la dependencia.

### **Dependencia física y psicológica:**

El uso inapropiado de cualquier sustancia puede ser intencional o inadvertido. En particular las que afectan la conducta tienden a convertirse en exceso cuando sus efectos resultan placenteros. Los factores psicosociales que tienden a ser semejantes en el caso de los diversos agentes farmacológicos, tienen la misma importancia en la patogenia de los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas y en la persistencia de su empleo patológico al igual que las tienen los singulares perfiles psicofármaco lógicos de cada tóxico utilizado.

La American Psychiatric Association (APA) define la dependencia de sustancias tóxicas (adicción) como un conjunto de sustancias que indican que el individuo sigue consumiendo la sustancia a pesar de problemas importantes relacionados con su consumo. La lista de alteraciones incluye la aparición de síntomas de tolerancia y abstinencia.

### **Origen de dependencia de sustancias tóxicas:**

Múltiples variables influyen simultáneamente en la probabilidad de que un individuo llegue a abusar de sustancias tóxicas o se haga adicto a ellas. Estas variables se pueden organizar en tres categorías:

- Agente (Droga)
- Huésped (consumidor)
- Ambiente

Variables simultáneas múltiples que alteran el inicio y la continuación del abuso y la adicción a sustancias tóxicas.

1. Agente (sustancia)

- Disponibilidad
- Costo
- Pureza / potencia
- Modo de administración
  - Mistificación (absorción por mucosa oral)
  - Gastrointestinal
  - Intranasal
  - Subcutánea o intramuscular
  - Intravenosa
- Rapidez de inicio y terminación de los efectos  
Farmacocinética: Combinación de agente y huésped

2. Huésped (consumidor)

- Herencia
  - Tolerancia innata
  - Rapidez para que ocurra tolerancia adquirida
  - Probabilidad de interpretar la intoxicación como placer
- Síntomas psiquiátricos
- Experiencias y expectativas
- Proximidad a la conducta peligrosa.

3. Ambiente

- Entorno social
- Actitudes comunitarias
  - Influencia de los compañeros
  - Modelos de papel social (rol)
- Disponibilidad de otros reforzadores (fuentes de placer o recreación)
- Empleo u oportunidades educativos

**Fenómenos farmacológicos – Tolerancia:**

El inicio y la persistencia en el consumo de sustancias psicoactivas parece depender en buena medida de las normas sociales y la presión de los compañeros. Tomar droga puede parecer, al principio, una forma de rebelión contra la autoridad. En algunas comunidades, los consumidores y los vendedores de sustancias tóxicas son modelos del papel social que dan la impresión de personas triunfadoras y respetadas; por tanto, los estimulan las personas jóvenes. Puede haber también escasez de otras opciones para lograr placer o diversión. Estos factores tienen importancia particular en las comunidades en que los niveles educativos son bajos y escasas las oportunidades de trabajo.

**MARCO JURÍDICO:**

**LINEAMIENTOS INTERNACIONALES** En 1990 la CICAD, OPS y el departamento de Asuntos Educativos para la OEA organizaron una reunión hemisférica de representantes de gobierno, dando como resultado el Programa Interamericano de Quito: Educación Integral para prevenir el abuso de drogas, un amplio documento de políticas que ayudarían a los Gobiernos a cumplir con los compromisos del Programa Interamericano de Río de Janeiro, piedra angular del programa del CICAD.

El programa de reducción de la demanda de drogas de la CICAD, ha pasado de la conciencia pública a aspectos más técnicos y operativos de prevención y tratamiento haciendo un énfasis especial en la Capacitación y la Investigación.

Otro lineamiento del programa citado es la formación de programas de Redes de Profesionales trabajando en el campo hacia la construcción de plataformas de apoyo para la reducción esperada.

### **LINEAMIENTOS NACIONALES**

En Nicaragua se promulgó la Ley 185 sobre Estupefacientes, Psicotrópicos y otras sustancias controladas; aprobadas por la Asamblea Nacional en 1994. Esta regula las funciones del Estado con relación a las drogas que pueden producir dependencia física o psíquica; cumple las funciones:

- ✓ Prevención
- ✓ Investigación
- ✓ Control
- ✓ Fiscalización

Dentro de las actividades de lucha se considera:

- ✓ Uso
- ✓ Tenencia
- ✓ Comercialización.

Por otro lado incluye los compromisos que Nicaragua ha asumido en Convenios Internacionales en relación a las drogas. La ley No. 285 regula la comercialización, producción de sustancias y materiales que se utilizan para la elaboración de algunas drogas legales.

La ley en su capítulo II señala la creación del Consejo Nacional y los Consejos Departamentales de Lucha contra las Drogas.

En su capítulo IV, versa sobre la Prevención, Tratamiento, Rehabilitación, con programas educativos en colaboración con las radioemisoras, periódicos y televisión.

Es deber del Estado proporcionar los recursos económicos para ser garante de que se cumpla lo estipulado en ambas legislaciones arriba citadas.

Actualmente la Asamblea Nacional tiene en discusión las reformas a la Ley sobre las penalizaciones para los traficantes de drogas.

### **ENUNCIADOS PARA LA PREVENCIÓN**

La estrategia preventiva y de tratamiento debe basarse bajo los siguientes criterios:

1. LA PREVENCIÓN DEL USO Y ABUSO DE DROGAS ES UN COMPROMISO DE LA SALUD PUBLICA DE BAJO COSTO Y LARGO PLAZO
  - ❖ Es a largo plazo porque el mensaje debe repetirse una y otra vez; debiéndose iniciar a temprana edad y reforzarse en la adolescencia.
2. LA PREVENCIÓN ES MÁS EFECTIVA Y MENOS COSTOSA QUE EL TRATAMIENTO
  - ❖ El abuso de drogas es un factor de riesgo de muchos otros problemas psicosociales, por lo que el proceso de prevención para ser efectivo debe incluir el abordaje integral interdisciplinario.
3. LOS PROFESIONALES Y TECNICOS DE LA SALUD DEBEN COMPENETRARSE EN EL PROCESO PREVENTIVO.
4. LOS PADRES DE FAMILIA Y OTRAS FIGURAS DE AUTORIDAD REPRESENTAN EL PILAR FUNDAMENTAL CONTRA EL USO DE DROGAS.
  - ❖ Los padres de familia mediante la supervisión y acompañamiento son determinantes en la prevención debiendo tener un involucramiento temprano de sus hijos con las drogas y ayudan a limitar la exposición de las niñas y los niños en el consumo de estupefacientes.

#### **Centros de Desintoxicación en el Municipio:**

**DIANOVA:** ONG, encargado de la Desintoxicación de jóvenes por drogas, con un numero de ingresos aproximado de 40 mensual, entre hombre y mujeres, ubicados en carretera Jinotepe- Nandaime, Km.21.

#### **CENTRO DE REHABILITACION SAN MARCOS.**

Es un centro para toxicómanos de todas las edades que atiende a los adictos del departamento y municipios aledaños, con aproximadamente un promedio de 60 personas entre hombre y mujeres, llevando a cabo un programa de atención psicosocial y de rehabilitación, ubicado entre los municipios de Jinotepe y san Marcos.

#### **LOS QUINCHOS:**

Es un centro de rehabilitación para menores en riesgo, con prioridad a niños de y en la calle, niños huele pega. Dedicados a la rehabilitación, inserción escolar y comedor infantil.

A nivel nacional existen varios centros de rehabilitación, dos de los más conocidos son **CASA ALIANZA Y REMAR**. Casa Alianza se especializa en la atención de niños y adolescentes que consumen principalmente pega, la recuperación va por etapa, la primera es Educación en la calle, luego son llevados a los programas residenciales como el centro de crisis y hogares, recibiendo atención Psicológica.

En **REMAR**, las personas en rehabilitación no tienen límites de edades, pero existen programas especiales para adolescentes que son enviados por **MI FAMILIA**, en la primera fase se les envía a Cofradía o a Masatepe, a unas casas de campo en donde permanecen de uno a dos meses hasta que se desintoxican. A este centro ingresan un promedio de 120 personas al mes, de ellos 100 son hombre y el resto son mujeres.

### **TRAFICO DE DROGAS: RUTAS TERESTRES Y PLUVIALES**

El Municipio de Río Blanco, Matagalpa, se ha convertido en una especie de "puerto" para la introducción de cocaína al resto del territorio nacional. Siendo de mayor consumo Marihuana, cocaína y crack, proviniendo la cocaína de las RAAN Y RAAS. Encontrando en lo que respecta al tráfico y consumo de drogas que la marihuana es la droga de mayor incidencia (3).

Las tropas tácticas armadas intervención rápida (TAPIR) junto a la Policía Nacional ha incautado en el primer semestre del 2003, en trabajos policiales: 514 operaciones con lo expendios de drogas existentes en el país, encontrándose 631 kilos con 686.56 gramos de cocaína, así como 04, 545 piedras de crack con 286.25 gramos incautados, además se ha incautado 67kilos con 733 gramos de heroína y más de 20 mil plantas de marihuana con 308 libras. 246 onzas de esa hierva.

## V. DISEÑO METODOLOGICO

### **TIPO DE ESTUDIO:**

El presente trabajo, es un estudio descriptivo de corte transversal, con una metodología de enfoque cualitativo, conformado por los adolescentes provenientes de los barrios José Antonio Salazar y Román Esteban en el Municipio de Jinotepe en el II Semestre del 2003.

### **UNIVERSO:**

Está constituido por los adolescentes en edad reproductiva, de los barrios Román Esteban, y José Antonio Salazar, del municipio de Jinotepe, usuarios del servicio de la Clínica del Adolescente del Hospital Regional Santiago de Jinotepe

Se realizó un muestreo aleatorio simple del total de usuarios del servicio.

### **MUESTRA:**

Se consideró como muestra a 212 adolescentes en edad reproductiva, a Conveniencia, con usuarios y usuarias activos de la clínica del adolescente, integrantes de algunas pandillas juveniles de los barrios a estudio, Municipio de Jinotepe , Il semestre del 2003.

### **Criterios de Inclusión.:**

- Adolescentes asistentes al programa de Atención médica y psicológica , de la Clínica de atención Integral al Adolescente que ofrece la Consulta Externa del Hospital .
- Barrios del sector sur, en situación de riesgo y vulnerabilidad.
- Adolescentes en edad reproductiva, de acuerdo a la edad, estilo de vida, y algunas características sociales, económicas y culturales.

### **Criterios de Exclusión:**

La información no útil para nuestro estudio:

-Edad superior a los 21 años.

-Otra procedencia de los barrios a estudios.

-Adolescentes que no llenen la encuesta y/o instrumento de investigación de consumo de drogas.

Adolescentes que se pruebe el no consumo de drogas.

### **RECOLECCION DE LA INFORMACION:**

#### **Fuente de datos:**

Es obtenida de fuente primaria y secundaria.

Fuente secundaria: se realiza revisión bibliográfica de documentos, textos disponibles, actualización de datos de la Policía Nacional Local, información del MINSA, MECD y de los Centros de Rehabilitación Psicosocial presentes en el municipio.

#### **Fuente Primaria:**

- Entrevistas con informantes claves, representantes de los diferentes Ministerios .
- Reunión con grupos focales en cada uno de los barrios a estudios.
- Encuestas a adolescentes, usuarios del servicio de la clínica para el Adolescente de la Consulta Externa del Hospital.
- Aplicación de un test, que recopila información referente a una serie de hábitos, costumbres y formas de encarar la vida del adolescente. ,previamente validado para la detección de adicciones y estilos de vida, siendo aplicado de forma anónimo, supervisado por el autor del estudio y en dos momentos diferentes.(ver anexos)

### **INSTRUMENTOS:**

Son elaborados y adaptados de acuerdo al tipo y a los objetivos del estudio, las características de los agentes de cambio, promotores sociales y sujetos a estudio, así como de las particularidades de los barrios, y son :

- Entrevista abierta e individual con cada uno de los adolescentes del estudio.
- Guía de preguntas con los grupos focales en relación al consumo de drogas.
- Grupos de adolescentes en tratamiento, por medio de la psicoterapia individual y grupal.
- Test de detección de adicciones y estilos de vida previa mente aplicados a los adolescentes de forma anónima e individual.
- Registros de los Expedientes clínicos de los adolescentes asistentes al programa de Atención Psicológica y Médica de la Consulta Externa del Hospital.

### **ANALISIS DE LA INFORMACION:**

Para el análisis de los datos cualitativos y cuantitativos se confecciona una matriz de salida ,se realiza el análisis de contenido, elaborando matrices que dan salida a los resultados reflejados en tablas y gráficos, utilizándose la metodología de procesamiento de la información por medio de Epinfo 2000.

## **VARIABLES:**

Los factores de riesgo que se determinaron en el estudio son agrupados en categoría:

### **FACTORES PERSONALES.:**

Edad, Escolaridad, Ocupación  
Consumo y tipo de drogas  
No. De personas en la familia.  
Nivel académico de los padres.  
Ocupación actual.  
Disponibilidad en la obtención de la droga.

### **DE LA FAMILIA:**

Consumo de drogas por alguno de los integrantes de la familia  
Conflicto familiar.  
VIF.  
Desintegración de los padres.  
Padres autocráticos, excesivamente rígidos y permisivos.  
-Padres permisivos o desintegrados.  
-Carencia económica.  
-Conflictos con la pareja actual.  
-Relación familiar que estimulan la dependencia.  
- Limitada participación de los padres en la formación de los hijos.  
- Ausencia de alguno de los padres.

### **ESTILOS DE VIDA:**

Uso del tiempo libre.  
Ausencia de metas.  
Exclusión social u ocio que deja tiempo libre desestructurado.  
Auto concepto  
Hábitos alimenticios.  
Patrones de uso de sustancias toxicas.  
Expresividad, Creatividad.  
Tipo de consumidor:  
Experimental.  
Ocasional.  
Habitual.  
Inveterado.

**VARIABLES**

<b>VARIABLES</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>ESCALA</b>
Edad	Edad biológica del adolescente	13 a 21 años
Escolaridad	Nivel académico alcanzado	Primaria, secundaria, universitaria, analfabeta
Ocupación	Actividad productiva que genera ingresos	Ama de casa, estudiante, técnico, profesionales, otros.
Nivel socio económico	Modos vivendus del adolescente a investigar	Bajo. (condiciones precarias,) Medio, (nivel socioeconómico aceptable) alto( condiciones socioeconómicas idóneas).
Estado civil	Condición de los individuos con la sociedad	Solteros, acompañados, otros.
Localidad	Origen comunal de los adolescentes.	Urbano, rural.
Factores de riesgo para el consumo de drogas por los adolescentes.	Factores sociales, familiares, psicológicos, otros, predisponentes para consumo de drogas.	Cuantitativas Cualitativas.
Concepto de Riesgo	Es la probabilidad de un determinado fenómeno indeseable o dañino le ocurra a un individuo en el futuro.	Alto Riesgo Bajo Riesgo. Mediano Riesgo.

**ACTORES**

<b>F A C T O R E S D E R I E S G O</b>			
	<b>DROGA</b>	<b>PERSONA</b>	<b>MEDIO</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilidad de sustancias</li> <li>• Potencial adictivo</li> </ul> <p>Vía de administración, frecuencia de consumo, dosis.</p>	<p><b>FACTORRES BIOLÓGICOS:</b> Problemas neurológicos, físicos, psíquicos crónicos, padres fármaco dependientes..</p> <p><b>FACTORES PSICOLÓGICOS:</b> Problemas de identidad, dificultad en el manejo de afectos y emociones, dificultad para reconocer límites, rechazo del cuerpo, poca tolerancia a las frustraciones, poca capacidad de demorar satisfacciones, necesidad de sensaciones nuevas</p> <p><b>FACTORES SOCIALES:</b> Fracaso escolar, no reconocimiento de límites, comportamiento antisocial, aislamiento, rebeldía,</p>	<p><b>COMUNIDAD:</b> Déficit de alternativas de realización, promoción del consumo, marginación del sistema educativo y laboral, participación en la producción y tráfico, crisis económica y social, desempleo, desarraigo cultural.</p> <p><b>FAMILIA</b> Ausencia de modelos definidos (de autoridad, afectivos, sexuales, de adaptación), familia desintegrada, expectativas muy bajas o muy altas respecto a los hijos, estimulación de la dependencia, padres ajenos a la formación de sus hijos.</p>

		<p>influencia el grupo de pares, ausencia de metas, actitud favorable al consumo, exclusión social, ocio.</p> <p><b>PERSONALIDADES DE RIESGOS:</b> Adolescente normal, persona con un yo inmaduro y con manifestaciones patológicas (personalidades neuróticas, psicopáticas, neuróticas)</p> <p><b>FACTORES PSICOSOCIALES:</b> Exclusión social de las instancias de participación, que predispone a conductas adaptativas límites ( delincuencia, prostitución ) , etc.</p> <p><b>TIPO DE CONSUMIDOR:</b> Experiencia, ocasional, habitual, inveterado</p>	<p><b>SISTEMA EDUCATIVO:</b> Modelo academistas, autocráticos, verticalitas, ausencia de estímulos, para la participación, déficit de alternativas recreativas y culturales, mala formación docente, consumo en docentes, marginación de alumnos de riesgo, drogas en la escuela, políticas ambiguas respecto a las drogas.</p>
--	--	--	---

## VI. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS.

En relación a las características de los adolescentes en riesgos de consumo de drogas, de éstos barrios del Municipio de Jinotepe, se observó que el (72.7%) de los jóvenes son del sexo masculino, entre las edad comprendida de 13-15 años en un (18.3%), seguido del grupo de edad de 16-18 años para un (17.9%).

Del Sexo Femenino predominó el (26.7%), en el grupo etéreo de 16-18 años, en un (9.9%). Cabe mencionar que los varones acudieron con mayor regularidad a los programas de salud, y la mayoría son miembros activos de los club de jóvenes en el Municipio .

( ver tabla no.1.)

La Localidad de estos jóvenes con factores de riesgos, encontramos al 64.6% procedentes de la zona urbana, y el (35%) es procedente de la zona Rural, de ellos predominó la edad de 13- 15 años en un (10.3%).

(Ver Tabla no. 2.)

En cuanto al nivel académico de los jóvenes , predominó el (29%), con un nivel académico de Secundaria incompleta quienes consumen Cocaína y Marihuana, seguidos del (25%) con un nivel académico de Primaria Incompleta, y son consumidores de Pega y Marihuana. Este grupo es el de mayor riesgo por que obtienen la droga con mayor facilidad, hay accesibilidad por la zona y ruta de tráfico de las misma.

(ver tabla no.3.)

Referente a la Ocupación de los Adolescentes estudiados ,se encontró que el (27.3%) No Trabajan, y Si Trabajan el (27.3%), Estudian el (18:3%), No Estudian el (15.4%).

Los de mayor riesgo son los que no trabajan ya que recurren al robo , a la delincuencia para obtener las drogas.

(ver tabla no.4)

Referente al consumo de drogas, se encontró que el (73.2%) son adolescentes del Sexo Masculino consumidores de alguna drogas, y el (26.8%) son adolescentes Femeninas, también consumidoras. Cabe mencionar que en estos barrios hay tráfico de todos los tipos de drogas, además se ha localizado puestos de expendios por lo que determinamos que existe alto riesgo para el consumo.

(Ver tabla no. 5.)

La Información en la Obtención de la droga dijeron que es muy accesible en la Calle el (33.9%). En los Institutos el (27.8%), en estos lugares trafican los adolescentes que estudian en éstos centros , expandiéndolas entre los jóvenes de estos barrios de estudio, a pesar que la Policía de Carazo, auspiciada por

DARE, tienen conocimientos sobre algunos lugares en el Periodo anterior a la realización de esta investigación y han realizado algunas intervenciones de orden de detención a traficantes.

(Ver cuadro no. 6)

En relación al nivel de información que poseen los adolescentes a cerca de las drogas y sus consecuencias, daños y riesgos, Sí han recibido instrucción el (36.7%) y NO la han recibido el (27.8%). Cabe mencionar que la POLICIA departamental de Carazo y DARE han intervenido en una en más de una ocasión en estos barrios, en las escuelas primarias y en los Institutos, con intervenciones directas como charlas y videos sobre las drogas.

(Ver cuadro no.7).

En lo concerniente a Información sobre los daños que ocasionan las drogas a los adolescentes, la han recibido de los medios de comunicación el (31.6%), de la familia el (22.1%), Cabe hacer análisis que los adolescentes han recibido suficiente información sobre los daños de las drogas, pero hasta el momento, se observa un alto porcentaje de consumidores y un numero creciente de expendios y tráfico en la zona.

(Ver tabla no.8).

En relación a los Factores de Riesgo de los miembros integrantes del núcleo familiar del adolescente, se reporta que el (27.8%) conviven con sus padres, el (26.8%) solamente con la Madre, y el (12.7%) con los abuelos, se logró determinar que en el primer grupo de jóvenes que viven con los padres, frecuentemente viven VIF, discuten constantemente, algunos de los padres ingieren licor, fuman, son autoritarios y no logran satisfacer las necesidades básicas de los adolescentes.

(ver tabla no. 9.)

La integración del Núcleo Familiar del adolescente, como composición familiar, es reportada entre 4-7 personas en el (46.4%) de los jóvenes y de 7-9 personas respectivamente. Se corrobora la teoría de que la familia en hacinamiento es un factor de riesgo predisponente para el consumo de drogas en estos jóvenes habitantes de los barrios vulnerables.

(ver tabla no.10)

Referente a la VIF, (Violencia Intrafamiliar) que viven los adolescentes., estos refieren que existe VIF en el (42.4%), y solamente en el (29.8%) no reportan VIF. Pero consumen drogas por placer, curiosidad y para compartir con sus amigos. La VIF frecuentemente se relaciona con el consumo de drogas, especialmente cuando se transforma en un modo de resolver los conflictos. La VIF. No solo es física (Golpes) sino también verbal y psicológica (descalificación), desatención autoritarismo e indiferencia) estos aspectos negativos tienen consecuencia común y es que los hijos e hijas castigados o maltratados son personas inseguras y fáciles de influenciar. (Ver cuadro no.11.)

En relación a los Factores de Riesgos relacionados con los Estilos de Vida del grupo de adolescentes estudiados, se reporta que prefieren pasarlas con sus amigos en el (44.7%), en fiestas el (33.4%) y practicar deportes solamente el (18.3%).

Se consideran en Alto Riesgo por la ausencia de espacios de recreación, cultura, deportes y de motivación para el desarrollo personal y espiritual de estos jóvenes en etapa reproductiva de estos barrios que además no tienen acceso a otros sitios de diversión, que para salir del entorno en que viven, deben salir al centro de la ciudad, en donde hay cine dos veces a la semana, otros prefieren ir a Internet. Ellos Solicitan abrir más espacios de recreación. (Ver Tabla no.12.)

En relación a los Estilos de Vida, aportados por el Test, el Componente Equilibrio Psicocorporal, se determinó como Alto Riesgo al 97 casos (45%), quienes necesitan poner atención a su equilibrio psicocorporal. (Ver Tabla no.13).

En el Auto concepto, se estimó que de 97 casos, el 45.7%, se consideran en Alto Riesgo, siendo necesario para este grupo, elevar su nivel de autoestima y en la adquisición de su seguridad.

En relación a los Hábitos Alimenticios, existen 87 casos(41.1%), considerados como Alto Riesgo, siendo necesario el cambio de los hábitos en este grupo de jóvenes.

Acerca de los Patrones de Uso de Sustancias Tóxicas, 93 jóvenes, (43.8) evaluados como de Alto Riesgo, están utilizando tóxicos para relajarse. Se provocan daños, siendo necesario resolver y enfrentar los problemas de consumo de tóxicos.

En el Uso del Tiempo Libre lo consideran como del Alto Riesgos en 96 adolescentes, (45.2), siendo necesario la obtención de mayor placer y relajación de manera natural, dedicando tiempo al desarrollo personal y espiritual.

La Expresividad la apuntan los jóvenes como de Alto Riesgo en 96 adolescentes encuestados, (45.2%), sintiéndose restringido en cuanto a las manifestaciones de sus emociones, siendo necesario mayor comunicación con los demás.

Y la Creatividad en 102 adolescentes, (48.1%) se considera como de Alto Riesgo siendo necesario la utilización de la imaginación de todas las maneras de ser creativo en todo lo que se es y hace tratando de crear, transformar el ambiente y la vida actual.

## VII. CONCLUSIONES.

1.) En relación a las características generales de los y las adolescentes con factores de riesgo para el consumo de drogas del presente estudio, predominó el sexo Masculino, entre el grupo atareó de 13 a 15 años (72.7%), siendo originarios de la zona urbana el (64.6%), con un nivel académico de secundaria incompleta, y consumidores de drogas como la marihuana y cocaína.

2.) El Factor de Riesgo Social más relevante detectado en el presente estudio y que predispone al uso de drogas es la facilidad de obtención de drogas, describiéndola como muy Accesible, siendo los lugares de distribución la Calle.

3.) Como Factores de Riesgos en el núcleo Familiar se considero que en el 60% de la población Adolescente del estudio, quienes conviven con sus padres y otro familiar cercano, son consumidores de alcohol, y/ drogas.

El (42.4%) de los adolescentes que consumen drogas, generalmente relacionan al consumo, como medio o mecanismo de olvidar los conflictos, trayendo como consecuencias los riesgos psicológicos para estos adolescentes, quienes adoptan conductas inseguras, fáciles de influenciar para caer en las drogas.

4.) La VIF, que viven los adolescentes del estudio, asociado al consumo de alcohol y/o drogas por algunos de los padres o familiares cercanos, es asumido por los jóvenes como factor de riesgo predisponentes para el consumo de drogas.

5.) En relación a los factores de riesgos, relacionados a los Estilos de Vida de los adolescentes, se determinaron en Alto Riesgo aunado por la ausencia de opciones saludables:

Los factores de Riesgos más relevantes detectados en este estudio, y que predispone al adolescente al consumo de drogas:

**INDIVIDUALES:**

Baja autoestima y poca confianza en sí mismo  
Falta de visión y misión de vida.  
Necesidad de evadir la realidad.  
Falta de asertividad.  
Inmediatismo.  
Incapacidad para hacer frente a la presión de grupo negativo.  
Conflictos interpersonales.

**ESCOLARES:**

Baja calidad de la educación, deserción escolar.  
Docentes que consumen drogas, alcohol, y  
tabaco, en presencia de sus alumnos/as.  
Carácter autocrático de la educación.  
Falta de mediatismo para atender a niños/as, adolescentes y jóvenes.

**FAMILIARES:**

Falta de confianza.  
Falta de Información.  
Desintegración Familiar.  
Conflictos Interpersonales.  
Problemas de Comunicación.  
Límites muy rígidos.  
Presencia de Patrones familiares de consumo de drogas.

## **VIII .- RECOMENDACIONES:**

- 1.) Fortalecer la coordinación Intersectorial con Organismos gubernamentales y No gubernamentales con el fin de diseñar y ejecutar un programa de prevención del consumo de drogas.
- 2.) Promover y desarrollar Programas recreativos, culturales, deportivos y de proyección social que favorezcan el desarrollo personal y de diversidad de opciones saludables de los y las adolescentes y la Comunidad.
- 3.) Informar y Educar a la población en relación a los efectos de las drogas y promover el apoyo y la participación de los medios de Comunicación así como de las principales autoridades educativas.
- 4.) Realizar un Plan de Capacitaciones con el fin de promover entrenamientos adecuados a líderes y maestros para coordinar acciones a nivel comunitario y de barrios. Y lograr detectar factores de riesgo predisponentes al consumo de drogas en los y las adolescentes.
- 5.) Crear estrategias organizativas y de coordinación en los Institutos que permitan involucrar a la familia en el proceso educativo de los estudiantes adolescentes en riesgo.
- 6.) Promover, asesorar y ejecutar investigaciones que nos permitan conocer sobre el fenómeno de consumo de drogas, para orientar y adecuar programas preventivos.

## IX. BIBLIOGRAFÍA

Caraballeda, Alfredo Juan Manuel La fármaco dependencia en América Latina. Su abordaje desde la atención Primaria de Salud. OPS. 1991. Pág. 139.

Drogas. OPS. VOL 107, No.6. Pág. 475, 575.

Evaluación anual de Servicios de Salud. Municipio de 1999. Jinotepe.

Formulación y Gestión de Proyectos en Salud. CIES. Managua, 1999.

Ley de Estupefacientes, psicotrópicos y otras sustancias controladas, lavado de dinero y activos provenientes de actividades ilícitas. La Gaceta Diario Oficial, No. 70 del mes de abril de 1999.

Lineamientos para el reforzamiento del Programa Nacional contra las adicciones. Consejo Nacional contra las adicciones. Secretaría de Salud. México 1998.

Programa de Promoción de Opciones Saludables. Fogoneándonos nos preparamos. Wangki Luhpia. Bilwi – URACCAN, Nic. 1997.

Sintetización Manual Promoción de Opciones Saludables para jóvenes de pueblos indígenas. Fundación Wanki Luphia. aspan, Julio del 2000.

Salud y Ambiente. OPS. 1994. Pág. 22,27.

El Simposio Internacional sobre fármaco-dependencia. El Programa CICAD, Estrategias de Comunicación y Prevención del Abuso de sustancias. Expositora: Heidi Rauch. Coordinación de Proyectos. Comisión Interamericana para el control del abuso de drogas.

España, Ministerio de Sanidad y Consumo. Consumo de Drogas en los Colegios. Castilla la Manche.

Ministerio de Educación , Delegación departamental, Carazo. 2002.  
Ministerio de Salud, SILAIS ,Carazo. Informe Anual 2002.  
Ministerio de Gobierno, departamento antinarcóticos, Carazo. 2002.

Organización Panamericana de la Salud. Abuso de Drogas. Washington . 1990-  
.

Organización Panamericana de la Salud . educación permanente en Salud. 1995, Washington DC. OPS. 1995, serie PALTEX.

Pineda Whitaker Alice, Encuesta Nacional sobre consumo de Drogas en escolares. Escuela de Salud Pública. Rep.. de Nic. 1994.

Ulloa, Gustavo y Romero B, José. .Uso de Sustancias lícitas e ilícitas en estudiantes adolescentes y jóvenes del sector oriental de Managua. Tesis para optar al título de médico. UNAN.1992.

Lucha contra las Drogas. Rev. Servicio Informático y cultura de las Embajadas de los Estados Unidos. 4(2):P-(5) 1993.

Nicaragua. Asamblea Nac. Ley de Reforma a la ley no. 177. ley de Estupefacientes, psicotrópicos y otras sustancias controladas. Managua AN. 1994.

## VI. MARCO TEORICO

### DROGODEPENDENCIAS

(Enfermedades por uso de sustancias; adicción a drogas; abuso de drogas; habituación a drogas)

Una sola definición de drogodependencia no es ni posible ni deseable. Hay drogas cuyo consumo puede ser ilegal pero no implicar dependencia de ningún tipo. La drogodependencia de un tipo específico (p. Ej., dependencia de la cocaína) supone que diferentes drogas tienen distintos efectos, variando también el riesgo y el tipo de dependencia.

Dos conceptos contribuyen a la definición de dependencia: la **tolerancia**, que se refiere a la necesidad de ir aumentando progresivamente la dosis para inducir el mismo efecto que al principio se lograba con menos cantidad, y la **dependencia física**, un estado de adaptación fisiológica a la droga, que se manifiesta por un síndrome de abstinencia. Éste consiste en una serie de cambios fisiológicos adversos que surgen cuando se interrumpe el consumo de la sustancia en cuestión o cuando su efecto se contrarresta con un antagonista específico que desplaza al agonista de su lugar de enlace en los receptores celulares. No todas las formas de dependencia conllevan una dependencia física.

La **dependencia psicológica** se acompaña de un sentimiento de satisfacción y del deseo de repetir la experiencia con la droga o de evitar el displacer que produce el no tomarla. Esta anticipación del efecto es un poderoso factor en la cronificación del consumo de drogas psicoactivas y en algunos casos puede ser el único motivo de la intensa avidez y del consumo compulsivo. Las drogas que principalmente producen dependencia psicológica son la cocaína, la marihuana, las anfetaminas y los alucinógenos, como la dietilamida del ácido lisérgico (LSD), la 3,4-metilendioximetanfetamina (MDMA) y el peyote.

Con las drogas que producen importante dependencia física (p. Ej., heroína y alcohol) es fácil caer en el consumo abusivo, siendo la dependencia difícil de tratar. Cuando una droga no provoca dependencia física, su supresión no produce síndrome de abstinencia. Sin embargo, la mayoría de las drogas psicoactivas sí dan lugar a tolerancia y en algunos casos las reacciones consecutivas a la interrupción del consumo recuerdan a un síndrome de abstinencia (p. Ej., depresión y letárgica tras la supresión de cocaína o anfetaminas o cambios característicos en el EEG al dejar de consumir anfetaminas). Las drogas y fármacos de consumo más habitual difieren en su potencial para inducir distintos tipos de dependencia .

Las drogas que producen dependencia actúan sobre el SNC provocando uno o más de los siguientes efectos: reducción de la tensión y la ansiedad, exaltación, euforia u otros cambios placenteros del estado de ánimo, sentimiento de mayor capacidad mental y física, alteraciones de la percepción sensorial y cambios del comportamiento.

La **adicción**, concepto sin definición universalmente aceptada, se utiliza aquí para referirse a un estilo de vida caracterizado por el consumo compulsivo y el interés excesivo por una droga. La adicción puede darse sin dependencia física, pero siempre conlleva un riesgo de lesiones y la necesidad de frenar su consumo, sea con la comprensión y conformidad del adicto o sin ellas.

El **consumo abusivo de drogas** sólo se puede definir en términos de desaprobación social. Puede consistir bien en el consumo de drogas ilegales (y el consiguiente riesgo de detención) con fines experimentales o lúdicos o bien en el consumo de fármacos psicoactivos legales para aliviar problemas o síntomas; también se puede dar al principio el consumo por alguna de esas dos razones y más tarde caer en la dependencia y la necesidad de seguir consumiendo para evitar el displacer producido por la abstinencia. El consumo abusivo de fármacos de prescripción y de drogas ilegales se da en todos los ámbitos socioeconómicos, incluidas personas con un elevado nivel cultural y profesional. No obstante, el tipo de consumo de drogas psicoactivas con efectos más devastadores sigue produciéndose en medios sociales desfavorecidos.

El **consumo de drogas como diversión** se ha ido constituyendo cada vez más como parte de la cultura occidental, aunque por lo general la sociedad lo desaprueta y suele ser una actividad ilegal. A algunos consumidores aparentemente no les afectan las drogas, y suelen tomarlas esporádicamente y en pequeñas dosis, evitando así los efectos tóxicos y la aparición de tolerancia y dependencia física. Muchas de estas drogas recreativas (p. Ej., el opio puro, las bebidas alcohólicas, los derivados de la marihuana, el café y otras bebidas con cafeína, los hongos alucinógenos, las hojas de coca, etc.) son "naturales", es decir, muy parecidas a la planta original, contienen una mezcla de compuestos psicoactivos en concentraciones relativamente bajas y no son productos de síntesis química. Este tipo de drogas suelen tomarse por vía oral o por inhalación. El consumo en forma de inyecciones de compuestos potentes suele ser difícil de mantener bajo control. Los fines de diversión o recreo de estas drogas a menudo se acompañan de una ritualización del consumo, con una serie de reglas para su consumo en grupo y raramente se toman en solitario. La mayor parte son drogas psicoestimulantes o alucinógenas, dirigidas a alterar o "elevar" la conciencia más que a aliviar el malestar psicológico; las drogas depresoras no suelen consumirse con fines recreativos.

### **Etiología de la drogodependencia**

La drogodependencia se instaura de forma compleja e imprecisa. El proceso se ve influido por las propiedades de la sustancia psicoactiva, la predisposición física personal (que probablemente incluye una predisposición genética), la personalidad y la clase socioeconómica, así como el marco cultural y social. La psicología del individuo y la disponibilidad de la droga determina la elección de una u otra sustancia psicoactiva y la pauta y frecuencia de consumo.

No se conocen muy bien la progresión desde la simple experimentación al consumo ocasional y el paso a la tolerancia y la dependencia física. La presión de los amigos o del grupo, el alivio del malestar emocional conseguido con las drogas, la tristeza, el aislamiento social y el estrés relacionado con el entorno del individuo (sobre todo si se acompaña de sentimiento de impotencia para

lograr cambios u objetivos) son factores que pueden inducir el aumento del consumo, la dependencia y la adicción. Los médicos pueden contribuir involuntariamente al consumo dañino de sustancias psicoactivas al prescribirlas demasiado a la ligera a pacientes con problemas de angustia o al caer en las trampas de pacientes manipuladores. Los medios de comunicación y muchos otros factores sociales posiblemente alientan la expectativa de conseguir alivio para el malestar y satisfacción para las necesidades a través de las drogas. Dicho simplemente, las consecuencias del consumo de drogas dependen de la interacción entre la droga, el consumidor y el marco social.

A pesar de haberse buscado con empeño, no hay diferencias probadas entre la susceptibilidad bioquímica o fisiológica y la predisposición personal de los sujetos drogodependientes y los que no lo son. No obstante, se ha observado una menor respuesta orgánica al alcohol entre parientes de personas alcohólicas.

En modelos animales se ha detectado un sustrato neurológico para la tendencia a buscar más drogas y otro tipo de estímulos; así, en estudios con animales se observa que la auto administración de opiáceos, cocaína, anfetaminas, nicotina y benzodiacepinas se asocia a una potenciación de la transmisión dopaminérgica en circuitos específicos de la corteza cerebral. Estos hallazgos sugieren la existencia en el cerebro de los mamíferos de una vía cerebral de recompensa que involucra a la dopamina. Sin embargo, no hay suficientes pruebas de que las drogas psicodélicas y los derivados del *Cannabis* activen ese sistema; por otro lado, no todos los que reciben las referidas "recompensas" llegan a ser adictos o dependientes.

Algunos investigadores conductistas han hecho varias descripciones de la personalidad adictiva, pero hay escasas pruebas científicas de que realmente existan rasgos predisponentes característicos. Unos describen al adicto como una persona escapista, incapaz de encarar la realidad, de la que huye; otros como una persona esquizoide, asustada, retraída y deprimida, con antecedentes de intentos de suicidio y autolesiones. También se ha descrito al adicto como básicamente dependiente y adhesivo en sus relaciones, exhibiendo con frecuencia una ira franca e inconsciente y una sexualidad inmadura. Sin embargo, antes de que el individuo se haga drogodependiente no muestra el comportamiento irresponsable y enfocado al placer que suele atribuirse a los adictos. A veces las personas drogadictas se justifican apelando a una crisis, dificultades laborales o conflictos familiares que producen ansiedad o depresión transitorias. Tanto los médicos como los pacientes y el entorno, aunque culpen exclusivamente a las drogas en sí, ven el consumo abusivo de las mismas como producto de una vida disfuncional o un período vital conflictivo. La mayoría de los adictos abusan del alcohol además de otras drogas y pueden ser hospitalizados en reiteradas ocasiones por sobredosis, reacciones adversas o síndrome de abstinencia.

## **DEFINICIÓN Y CONSECUENCIAS DEL FENÓMENO DROGA**

Entiéndase droga, toda sustancia química, natural o sintética que al introducirla al organismo produce cambios que afectan las funciones normales del cuerpo, algunas de ellas, los fármacos son prescritos para las enfermedades y otras se

consumen con el objetivo exclusivo de lograr placer. Todas las drogas, incluso los medicamentos causan daños cuando se toman sin precaución, en dosis excesivas o automedicación; algunos daños pueden ser:

- Afectan la salud mental individual y colectiva.
- Cambios morfológicos, teratógenos en el embarazo.
- Problemas de integración social con los amigos, la familia, vecinos de la comunidad, el centro de estudio.
- Infracciones de la ley, problemas con la policía y judiciales.
- Cometten crímenes, violaciones, robos.
- Se vuelven drogadictos, violentos y pierden la autoestima.

Las drogas que preocupan son aquellas que producen dependencia o adicciones graves, las denominamos psicotrópicas, que actúan sobre el sistema nervioso central provocando drogadicción, y mal formaciones congénitas.

Estas se convierten en una necesidad para mantenerse en el estado irreal y necesitan aumentar el consumo progresivamente para contrarrestar los efectos de éstas, llevándolos a la dependencia.

### **Dependencia física y psicológica:**

El uso inapropiado de cualquier sustancia puede ser intencional o inadvertido. En particular las que afectan la conducta tienden a convertirse en exceso cuando sus efectos resultan placenteros. Los factores psicosociales que tienden a ser semejantes en el caso de los diversos agentes farmacológicos, tienen la misma importancia en la patogenia de los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas y en la persistencia de su empleo patológico al igual que las tienen los singulares perfiles psicofarmacológicos de cada tóxico utilizado.

La American Psychiatric Association (APA) define la dependencia de sustancias tóxicas (adicción) como un conjunto de sustancias que indican que el individuo sigue consumiendo la sustancia a pesar de problemas importantes relacionados con su consumo. La lista de alteraciones incluye la aparición de síntomas de tolerancia y abstinencia.

### **Origen de dependencia de sustancias tóxicas:**

Múltiples variables influyen simultáneamente en la probabilidad de que un individuo llegue a abusar de sustancias tóxicas o se haga adicto a ellas. Estas variables se pueden organizar en tres categorías:

- Agente (Droga)
- Huésped (consumidor)
- Ambiente

Variables simultáneas múltiples que alteran el inicio y la continuación del abuso y la adicción a sustancias tóxicas.

### 1. Agente (sustancia)

- Disponibilidad
- Costo
- Pureza / potencia
- Modo de administración
  - Mistificación (absorción por mucosa oral)
  - Gastrointestinal
  - Intranasal
  - Subcutánea o intramuscular
  - Intravenosa
- Rapidez de inicio y terminación de los efectos  
Farmacocinética: Combinación de agente y huésped

### 2. Huésped (consumidor)

- Herencia
  - Tolerancia innata
  - Rapidez para que ocurra tolerancia adquirida
  - Probabilidad de interpretar la intoxicación como placer
- Síntomas psiquiátricos
- Experiencias y expectativas
- Proximidad a la conducta peligrosa.

### 3. Ambiente

- Entorno social
- Actitudes comunitarias
  - Influencia de los compañeros
  - Modelos de papel social (rol)
- Disponibilidad de otros reforzadores (fuentes de placer o recreación)
- Empleo u oportunidades educativos

### **Fenómenos farmacológicos – Tolerancia:**

El inicio y la persistencia en el consumo de sustancias psicoactivas parece depender en buena medida de las normas sociales y la presión de los compañeros. Tomar droga puede parecer, al principio, una forma de rebelión contra la autoridad. En algunas comunidades, los consumidores y los vendedores de sustancias tóxicas son modelos del papel social que dan la impresión de personas triunfadoras y respetadas; por tanto, los estimulan las personas jóvenes. Puede haber también escasez de otras opciones para lograr placer o diversión. Estos factores tienen importancia particular en las comunidades en que los niveles educativos son bajos y escasas las oportunidades de trabajo.

### **MARCO JURÍDICO:**

**LINEAMIENTOS INTERNACIONALES** En 1990 la CICAD, OPS y el departamento de Asuntos Educativos para la OEA organizaron una reunión hemisférica de representantes de gobierno, dando como resultado el

Programa Interamericano de Quito: Educación Integral para prevenir el abuso de drogas, un amplio documento de políticas que ayudarían a los Gobiernos a cumplir con los compromisos del Programa Interamericano de Río de Janeiro, piedra angular del programa del CICAD.

El programa de reducción de la demanda de drogas de la CICAD, ha pasado de la conciencia pública a aspectos más técnicos y operativos de prevención y tratamiento haciendo un énfasis especial en la Capacitación y la Investigación.

Otro lineamiento del programa citado es la formación de programas de Redes de Profesionales trabajando en el campo hacia la construcción de plataformas de apoyo para la reducción esperada.

### **LINEAMIENTOS NACIONALES**

En Nicaragua se promulgó la Ley 185 sobre Estupefacientes, Psicotrópicos y otras sustancias controladas; aprobadas por la Asamblea Nacional en 1994. Esta regula las funciones del Estado con relación a las drogas que pueden producir dependencia física o psíquica; cumple las funciones:

- ✓ Prevención
- ✓ Investigación
- ✓ Control
- ✓ Fiscalización

Dentro de las actividades de lucha se considera:

- ✓ Uso
- ✓ Tenencia
- ✓ Comercialización.

Por otro lado incluye los compromisos que Nicaragua ha asumido en Convenios Internacionales en relación a las drogas. La ley No. 285 regula la comercialización, producción de sustancias y materiales que se utilizan para la elaboración de algunas drogas legales.

La ley en su capítulo II señala la creación del Consejo Nacional y los Consejos Departamentales de Lucha contra las Drogas.

En su capítulo IV, versa sobre la Prevención, Tratamiento, Rehabilitación, con programas educativos en colaboración con las radioemisoras, periódicos y televisión.

Es deber del Estado proporcionar los recursos económicos para ser garante de que se cumpla lo estipulado en ambas legislaciones arriba citadas.

Actualmente la Asamblea Nacional tiene en discusión las reformas a la Ley sobre las penalizaciones para los traficantes de drogas.

## **ENUNCIADOS PARA LA PREVENCIÓN**

La estrategia preventiva y de tratamiento debe basarse bajo los siguientes criterios:

1. LA PREVENCIÓN DEL USO Y ABUSO DE DROGAS ES UN COMPROMISO DE LA SALUD PUBLICA DE BAJO COSTO Y LARGO PLAZO
  - ❖ Es a largo plazo porque el mensaje debe repetirse una y otra vez; debiéndose iniciar a temprana edad y reforzarse en la adolescencia.
2. LA PREVENCIÓN ES MÁS EFECTIVA Y MENOS COSTOSA QUE EL TRATAMIENTO
  - ❖ El abuso de drogas es un factor de riesgo de muchos otros problemas psicosociales, por lo que el proceso de prevención para ser efectivo debe incluir el abordaje integral interdisciplinario.
3. LOS PROFESIONALES Y TECNICOS DE LA SALUD DEBEN COMPENETRARSE EN EL PROCESO PREVENTIVO.
4. LOS PADRES DE FAMILIA Y OTRAS FIGURAS DE AUTORIDAD REPRESENTAN EL PILAR FUNDAMENTAL CONTRA EL USO DE DROGAS.
  - ❖ Los padres de familia mediante la supervisión y acompañamiento son determinantes en la prevención debiendo tener un involucramiento temprano de sus hijos con las drogas y ayudan a limitar la exposición de las niñas y los niños en el consumo de estupefacientes.

### **Centros de Desintoxicación en el Municipio:**

**DIANOVA:** ONG, encargado de la Desintoxicación de jóvenes por drogas, con un numero de ingresos aproximado de 40 mensual, entre hombre y mujeres, ubicados en carretera Jinotepe- Nandaime, Km.21.

### **CENTRO DE REHABILITACION SAN MARCOS.**

Es un centro para toxicómanos de todas las edades que atiende a los adictos del departamento y municipios aledaños, con aproximadamente un promedio de 60 personas entre hombre y mujeres, llevando a cabo un programa de atención psicosocial y de rehabilitación, ubicado entre los municipios de Jinotepe y san Marcos.

### **LOS QUINCHOS:**

Es un centro de rehabilitación para menores en riesgo, con prioridad a niños de y en la calle, niños huele pega. Dedicados a la rehabilitación, inserción escolar y comedor infantil.

A nivel nacional existen varios centros de rehabilitación, dos de los más conocidos son **CASA ALIANZA Y REMAR**. Casa Alianza se especializa en la

atención de niños y adolescentes que consumen principalmente pega, la recuperación va por etapa, la primera es Educación en la calle, luego son llevados a los programas residenciales como el centro de crisis y hogares, recibiendo atención Psicológica.

En **REMAR**, las personas en rehabilitación no tienen límites de edades, pero existen programas especiales para adolescentes que son enviados por **MI FAMILIA**, en la primera fase se les envía a Cofradía o a Masatepe, a unas casas de campo en donde permanecen de uno a dos meses hasta que se desintoxican. A este centro ingresan un promedio de 120 personas al mes, de ellos 100 son hombre y el resto son mujeres.

### **TRAFICO DE DROGAS: RUTAS TERESTRES Y PLUVIALES**

El Municipio de Río Blanco, Matagalpa, se ha convertido en una especie de "puerto" para la introducción de cocaína al resto del territorio nacional. Siendo de mayor consumo Marihuana, cocaína y crack, proviniendo la cocaína de las RAAN Y RAAS. Encontrando en lo que respecta al tráfico y consumo de drogas que la marihuana es la droga de mayor incidencia (3).

Las tropas tácticas armadas intervención rápida (TAPIR) junto a la Policía Nacional ha incautado en el primer semestre del 2003, en trabajos policiales: 514 operaciones con lo expendios de drogas existentes en el país, encontrándose 631 kilos con 686.56 gramos de cocaína, así como 04, 545 piedras de crack con 286.25 gramos incautados, además se ha incautado 67kilos con 733 gramos de heroína y más de 20 mil plantas de marihuana con 308 libras. 246 onzas de esa hierva.

## VII. DISEÑO METODOLOGICO

### **TIPO DE ESTUDIO:**

El presente trabajo, es un estudio descriptivo de corte transversal, con una metodología de enfoque cualitativo, conformado por los adolescentes provenientes de los barrios José Antonio Salazar y Román Esteban en el Municipio de Jinotepe en el II Semestre del 2003.

### **UNIVERSO:**

Está constituido por los adolescentes en edad reproductiva, de los barrios Román Estaban, y José Antonio Salazar, del municipio de Jinotepe, usuarios del servicio de la Clínica del Adolescente del Hospital Regional Santiago de Jinotepe

Se realizó un muestreo aleatorio simple del total de usuarios del servicio.

### **MUESTRA:**

Se consideró como muestra a 212 adolescentes en edad reproductiva, a Conveniencia, con usuarios y usuarias activos de la clínica del adolescente, integrantes de algunas pandillas juveniles de los barrios a estudio, Municipio de Jinotepe , II semestre del 2003.

### **Criterios de Inclusión.:**

- Adolescentes asistentes al programa de Atención médica y psicológica , de la Clínica de atención Integral al Adolescente que ofrece la Consulta Externa del Hospital .
- Barrios del sector sur, en situación de riesgo y vulnerabilidad.
- Adolescentes en edad reproductiva, de acuerdo a la edad, estilo de vida, y algunas características sociales, económicas y culturales.

### **Criterios de Exclusión:**

La información no útil para nuestro estudio:

-Edad superior a los 21 años.

-Otra procedencia de los barrios a estudios.

-Adolescentes que no llenen la encuesta y/o instrumento de investigación de consumo de drogas.

Adolescentes que se pruebe el no consumo de drogas.

### **RECOLECCION DE LA INFORMACION:**

#### **Fuente de datos:**

Es obtenida de fuente primaria y secundaria.

Fuente secundaria: se realiza revisión bibliográfica de documentos, textos disponibles, actualización de datos de la Policía Nacional Local, información del MINSA, MECD y de los Centros de Rehabilitación Psicosocial presentes en el municipio.

Fuente Primaria:

- Entrevistas con informantes claves, representantes de los diferentes Ministerios .
- Reunión con grupos focales en cada uno de los barrios a estudios.
- Encuestas a adolescentes, usuarios del servicio de la clínica para el Adolescente de la Consulta Externa del Hospital.
- Aplicación de un test, que recopila información referente a una serie de hábitos, costumbres y formas de encarar la vida del adolescente. ,previamente validado para la detección de adicciones y estilos de vida, siendo aplicado de forma anónimo, supervisado por el autor del estudio y en dos momentos diferentes.(ver anexos)

### **INSTRUMENTOS:**

Son elaborados y adaptados de acuerdo al tipo y a los objetivos del estudio, las características de los agentes de cambio, promotores sociales y sujetos a estudio, así como de las particularidades de los barrios, y son :

- Entrevista abierta e individual con cada uno de los adolescentes del estudio.
- Guía de preguntas con los grupos focales en relación al consumo de drogas.
- Grupos de adolescentes en tratamiento, por medio de la psicoterapia individual y grupal.
- Test de detección de adicciones y estilos de vida previamente aplicados a los adolescentes de forma anónima e individual.
- Registros de los Expedientes clínicos de los adolescentes asistentes al programa de Atención Psicológica y Médica de la Consulta Externa del Hospital.

### **ANALISIS DE LA INFORMACION:**

Para el análisis de los datos cualitativos y cuantitativos se confecciona una matriz de salida ,se realiza el análisis de contenido, elaborando matrices que dan salida a los resultados reflejados en tablas y gráficos, utilizándose la metodología de procesamiento de la información por medio de Epiinfo 2000.

## **VARIABLES:**

Los factores de riesgo que se determinaron en el estudio son agrupados en categoría:

### **FACTORES PERSONALES.:**

Edad, Escolaridad, Ocupación  
Consumo y tipo de drogas  
No. De personas en la familia.  
Nivel académico de los padres.  
Ocupación actual.  
Disponibilidad en la obtención de la droga.

### **DE LA FAMILIA:**

Consumo de drogas por alguno de los integrantes de la familia  
Conflicto familiar.  
VIF.  
Desintegración de los padres.  
Padres autocráticos, excesivamente rígidos y permisivos.  
-Padres permisivos o desintegrados.  
-Carencia económica.  
-Conflictos con la pareja actual.  
-Relación familiar que estimulan la dependencia.  
- Limitada participación de los padres en la formación de los hijos.  
- Ausencia de alguno de los padres.

### **ESTILOS DE VIDA:**

Uso del tiempo libre.  
Ausencia de metas.  
Exclusión social u ocio que deja tiempo libre desestructurado.  
Auto concepto  
Hábitos alimenticios.  
Patrones de uso de sustancias toxicas.  
Expresividad, Creatividad.  
Tipo de consumidor:  
Experimental.  
Ocasional.  
Habitual.  
Inveterado.

**VARIABLES**

<b>VARIABLES</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>ESCALA</b>
Edad	Edad biológica del adolescente	13 a 21 años
Escolaridad	Nivel académico alcanzado	Primaria, secundaria, universitaria, analfabeta
Ocupación	Actividad productiva que genera ingresos	Ama de casa, estudiante, técnico, profesionales, otros.
Nivel socio económico	Modos vivendus del adolescente a investigar	Bajo. (condiciones precarias,) Medio, (nivel socioeconómico aceptable) alto( condiciones socioeconómicas idóneas).
Estado civil	Condición de los individuos con la sociedad	Solteros, acompañados, otros.
Localidad	Origen comunal de los adolescentes.	Urbano, rural.
Factores de riesgo para el consumo de drogas por los adolescentes.	Factores sociales, familiares, psicológicos, otros, predisponentes para consumo de drogas.	Cuantitativas Cualitativas.
Concepto de Riesgo	Es la probabilidad de un determinado fenómeno indeseable o dañino le ocurra a un individuo en el futuro.	Alto Riesgo Bajo Riesgo. Mediano Riesgo.

<b>ACTORES</b>
----------------

FACTORES DE RIESGO	DROGA	PERSONA	MEDIO
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilidad de sustancias</li> <li>• Potencial adictivo</li> </ul> Vía de administración, frecuencia de consumo, dosis.	<p><b>FACTORES BIOLÓGICOS:</b> Problemas neurológicos, físicos, psíquicos crónicos, padres fármaco dependientes..</p> <p><b>FACTORES PSICOLÓGICOS:</b> Problemas de identidad, dificultad en el manejo de afectos y emociones, dificultad para reconocer límites, rechazo del cuerpo, poca tolerancia a las frustraciones, poca capacidad de demorar satisfacciones, necesidad de sensaciones nuevas</p> <p><b>FACTORES SOCIALES:</b> Fracaso escolar, no reconocimiento de límites, comportamiento antisocial, aislamiento, rebeldía,</p>	<p><b>COMUNIDAD:</b> Déficit de alternativas de realización, promoción del consumo, marginación del sistema educativo y laboral, participación en la producción y tráfico, crisis económica y social, desempleo, desarraigo cultural.</p> <p><b>FAMILIA</b> Ausencia de modelos definidos (de autoridad, afectivos, sexuales, de adaptación), familia desintegrada, expectativas muy bajas o muy altas respecto a los hijos, estimulación de la dependencia, padres ajenos a la formación de sus hijos.</p>

		<p>influencia el grupo de pares, ausencia de metas, actitud favorable al consumo, exclusión social, ocio.</p> <p><b>PERSONALIDADES DE RIESGOS:</b> Adolescente normal, persona con un yo inmaduro y con manifestaciones patológicas (personalidades neuróticas, psicopáticas, neuróticas)</p> <p><b>FACTORES PSICOSOCIALES:</b> Exclusión social de las instancias de participación, que predispone a conductas adaptativas límites ( delincuencia, prostitución ) , etc.</p> <p><b>TIPO DE CONSUMIDOR:</b> Experiencia, ocasional, habitual, inveterado</p>	<p><b>SISTEMA EDUCATIVO:</b> Modelo academistas, autocráticos, verticalitas, ausencia de estímulos, para la participación, déficit de alternativas recreativas y culturales, mala formación docente, consumo en docentes, marginación de alumnos de riesgo, drogas en la escuela, políticas ambiguas respecto a las drogas.</p>
--	--	--	---

## VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS.

En relación a las características de los adolescentes en riesgos de consumo de drogas, de éstos barrios del Municipio de Jinotepe, se observó que el (72.7%) de los jóvenes son del sexo masculino, entre las edad comprendida de 13-15 años en un (18.3%), seguido del grupo de edad de 16-18 años para un (17.9%).

Del Sexo Femenino predominó el (26.7%), en el grupo etéreo de 16-18 años, en un (9.9%). Cabe mencionar que los varones acudieron con mayor regularidad a los programas de salud, y la mayoría son miembros activos de los club de jóvenes en el Municipio .  
( ver tabla no.1.)

La Localidad de estos jóvenes con factores de riesgos, encontramos al 64.6% procedentes de la zona urbana, y el (35%) es procedente de la zona Rural, de ellos predominó la edad de 13- 15 años en un (10.3%).  
(Ver Tabla no. 2.)

En cuanto al nivel académico de los jóvenes , predominó el (29%), con un nivel académico de Secundaria incompleta quienes consumen Cocaína y Marihuana, seguidos del (25%) con un nivel académico de Primaria Incompleta, y son consumidores de Pega y Marihuana. Este grupo es el de mayor riesgo por que obtienen la droga con mayor facilidad, hay accesibilidad por la zona y ruta de tráfico de las misma.  
(ver tabla no.3.)

Referente a la Ocupación de los Adolescentes estudiados ,se encontró que el (27.3%) No Trabajan, y Si Trabajan el (27.3%), Estudian el (18.3%), No Estudian el (15.4%).  
Los de mayor riesgo son los que no trabajan ya que recurren al robo , a la delincuencia para obtener las drogas.  
(ver tabla no.4)

Referente al consumo de drogas, se encontró que el (73.2%) son adolescentes del Sexo Masculino consumidores de alguna drogas, y el (26.8%) son adolescentes Femeninas, también consumidoras. Cabe mencionar que en estos barrios hay tráfico de todos los tipos de drogas, además se ha localizado puestos de expendios por lo que determinamos que existe alto riesgo para el consumo.  
(Ver tabla no. 5.)

La Información en la Obtención de la droga dijeron que es muy accesible en la Calle el (33.9%). En los Institutos el (27.8%), en estos lugares trafican los adolescentes que estudian en éstos centros , expandiéndolas entre los jóvenes de estos barrios de estudio, a pesar que la Policía de Carazo, auspiciada por

DARE, tienen conocimientos sobre algunos lugares en el Periodo anterior a la realización de esta investigación y han realizado algunas intervenciones de orden de detención a traficantes.

(Ver cuadro no. 6)

En relación al nivel de información que poseen los adolescentes a cerca de las drogas y sus consecuencias, daños y riesgos, Sí han recibido instrucción el (36.7%) y NO la han recibido el (27.8%). Cabe mencionar que la POLICIA departamental de Carazo y DARE han intervenido en una en más de una ocasión en estos barrios, en las escuelas primarias y en los Institutos, con intervenciones directas como charlas y videos sobre las drogas.

(Ver cuadro no.7).

En lo concerniente a Información sobre los daños que ocasionan las drogas a los adolescentes, la han recibido de los medios de comunicación el (31.6%), de la familia el (22.1%), Cabe hacer análisis que los adolescentes han recibido suficiente información sobre los daños de las drogas, pero hasta el momento, se observa un alto porcentaje de consumidores y un numero creciente de expendios y tráfico en la zona.

(Ver tabla no.8).

En relación a los Factores de Riesgo de los miembros integrantes del núcleo familiar del adolescente, se reporta que el (27.8%) conviven con sus padres, el (26.8%) solamente con la Madre, y el (12.7%) con los abuelos, se logró determinar que en el primer grupo de jóvenes que viven con los padres, frecuentemente viven VIF, discuten constantemente, algunos de los padres ingieren licor, fuman, son autoritarios y no logran satisfacer las necesidades básicas de los adolescentes.

(ver tabla no. 9.)

La integración del Núcleo Familiar del adolescente, como composición familiar, es reportada entre 4-7 personas en el (46.4%) de los jóvenes y de 7-9 personas respectivamente. Se corrobora la teoría de que la familia en hacinamiento es un factor de riesgo predisponente para el consumo de drogas en estos jóvenes habitantes de los barrios vulnerables.

(ver tabla no.10)

Referente a la VIF, (Violencia Intrafamiliar) que viven los adolescentes., estos refieren que existe VIF en el (42.4%), y solamente en el (29.8%) no reportan VIF. Pero consumen drogas por placer, curiosidad y para compartir con sus amigos. La VIF frecuentemente se relaciona con el consumo de drogas, especialmente cuando se transforma en un modo de resolver los conflictos. La VIF. No solo es física (Golpes) sino también verbal y psicológica (descalificación), desatención autoritarismo e indiferencia) estos aspectos negativos tienen consecuencia común y es que los hijos e hijas castigados o maltratados son personas inseguras y fáciles de influenciar. (Ver cuadro no.11.)

En relación a los Factores de Riesgos relacionados con los Estilos de Vida del grupo de adolescentes estudiados, se reporta que prefieren pasarlas con sus amigos en el (44.7%), en fiestas el (33.4%) y practicar deportes solamente el (18.3%).

Se consideran en Alto Riesgo por la ausencia de espacios de recreación, cultura, deportes y de motivación para el desarrollo personal y espiritual de estos jóvenes en etapa reproductiva de estos barrios que además no tienen acceso a otros sitios de diversión, que para salir del entorno en que viven, deben salir al centro de la ciudad, en donde hay cine dos veces a la semana, otros prefieren ir a Internet. Ellos Solicitan abrir más espacios de recreación. (Ver Tabla no.12.)

En relación a los Estilos de Vida, aportados por el Test, el Componente Equilibrio Psicocorporal, se determinó como Alto Riesgo al 97 casos (45%), quienes necesitan poner atención a su equilibrio psicocorporal. (Ver Tabla no.13).

En el Auto concepto, se estimó que de 97 casos, el 45.7%, se consideran en Alto Riesgo, siendo necesario para este grupo, elevar su nivel de autoestima y en la adquisición de su seguridad.

En relación a los Hábitos Alimenticios, existen 87 casos(41.1%),considerados como Alto Riesgo, siendo necesario el cambio de los hábitos en este grupo de jóvenes.

Acerca de los Patrones de Uso de Sustancias Tóxicas, 93 jóvenes ,(43.8) evaluados como de Alto Riesgo, están utilizando tóxicos para relajarse. Se provocan daños, siendo necesario resolver y enfrentar los problemas de consumo de tóxicos.

En el Uso del Tiempo Libre lo consideran como del Alto Riesgos en 96 adolescentes, (45.2), siendo necesario la obtención de mayor placer y relajación de manera natural, dedicando tiempo al desarrollo personal y espiritual.

La Expresividad la apuntan los jóvenes como de Alto Riesgo en 96 adolescentes encuestados, (45.2%), sintiéndose restringido en cuanto a las manifestaciones de sus emociones, siendo necesario mayor comunicación con los demás.

Y la Creatividad en 102 adolescentes, (48.1%) se considera como de Alto Riesgo siendo necesario la utilización de la imaginación de todas las maneras de ser creativo en todo lo que se es y hace tratando de crear, transformar el ambiente y la vida actual.

## IX. CONCLUSIONES.

1.) En relación a las características generales de los y las adolescentes con factores de riesgo para el consumo de drogas del presente estudio, predominó el sexo Masculino, entre el grupo atareó de 13 a 15 años (72.7%), siendo originarios de la zona urbana el (64.6%), con un nivel académico de secundaria incompleta, y consumidores de drogas como la marihuana y cocaína.

2.) El Factor de Riesgo Social más relevante detectado en el presente estudio y que predispone al uso de drogas es la facilidad de obtención de drogas, describiéndola como muy Accesible, siendo los lugares de distribución la Calle.

3.) Como Factores de Riesgos en el núcleo Familiar se considero que en el 60% de la población Adolescente del estudio, quienes conviven con sus padres y otro familiar cercano, son consumidores de alcohol, y/ drogas.

El (42.4%) de los adolescentes que consumen drogas, generalmente relacionan al consumo, como medio o mecanismo de olvidar los conflictos, trayendo como consecuencias los riesgos psicológicos para estos adolescentes, quienes adoptan conductas inseguras, fáciles de influenciar para caer en las drogas.

4.) La VIF, que viven los adolescentes del estudio, asociado al consumo de alcohol y/o drogas por algunos de los padres o familiares cercanos, es asumido por los jóvenes como factor de riesgo predisponentes para el consumo de drogas.

5.) En relación a los factores de riesgos, relacionados a los Estilos de Vida de los adolescentes, se determinaron en Alto Riesgo aunado por la ausencia de opciones saludables:

Los factores de Riesgos más relevantes detectados en este estudio, y que predispone al adolescente al consumo de drogas:

**INDIVIDUALES:**

Baja autoestima y poca confianza en sí mismo  
Falta de visión y misión de vida.  
Necesidad de evadir la realidad.  
Falta de asertividad.  
Inmediatismo.  
Incapacidad para hacer frente a la presión de grupo negativo.  
Conflictos interpersonales.

**ESCOLARES:**

Baja calidad de la educación, deserción escolar.  
Docentes que consumen drogas, alcohol, y tabaco, en presencia de sus alumnos/as.  
Carácter autocrático de la educación.  
Falta de mediatismo para atender a niños/as, adolescentes y jóvenes.

**FAMILIARES:**

Falta de confianza.  
Falta de Información.  
Desintegración Familiar.  
Conflictos Interpersonales.  
Problemas de Comunicación.  
Límites muy rígidos.  
Presencia de Patrones familiares de consumo de drogas.

## **X .- RECOMENDACIONES:**

- 1.) Fortalecer la coordinación Intersectorial con Organismos gubernamentales y No gubernamentales con el fin de diseñar y ejecutar un programa de prevención del consumo de drogas.
- 2.) Promover y desarrollar Programas recreativos, culturales, deportivos y de proyección social que favorezcan el desarrollo personal y de diversidad de opciones saludables de los y las adolescentes y la Comunidad.
- 3.) Informar y Educar a la población en relación a los efectos de las drogas y promover el apoyo y la participación de los medios de Comunicación así como de las principales autoridades educativas.
- 4.) Realizar un Plan de Capacitaciones con el fin de promover entrenamientos adecuados a líderes y maestros para coordinar acciones a nivel comunitario y de barrios. Y lograr detectar factores de riesgo predisponentes al consumo de drogas en los y las adolescentes.
- 5.) Crear estrategias organizativas y de coordinación en los Institutos que permitan involucrar a la familia en el proceso educativo de los estudiantes adolescentes en riesgo.
- 6.) Promover, asesorar y ejecutar investigaciones que nos permitan conocer sobre el fenómeno de consumo de drogas, para orientar y adecuar programas preventivos.

## IX. BIBLIOGRAFÍA

Caraballeda, Alfredo Juan Manuel La fármaco dependencia en América Latina. Su abordaje desde la atención Primaria de Salud. OPS. 1991. Pág. 139.

Drogas. OPS. VOL 107, No.6. Pág. 475, 575.

Evaluación anual de Servicios de Salud. Municipio de 1999. Jinotepe.

Formulación y Gestión de Proyectos en Salud. CIES. Managua, 1999.

Ley de Estupefacientes, psicotrópicos y otras sustancias controladas, lavado de dinero y activos provenientes de actividades ilícitas. La Gaceta Diario Oficial, No. 70 del mes de abril de 1999.

Lineamientos para el reforzamiento del Programa Nacional contra las adicciones. Consejo Nacional contra las adicciones. Secretaría de Salud. México 1998.

Programa de Promoción de Opciones Saludables. Fogoneándonos nos preparamos. Wangki Luhpia. Bilwi – URACCAN, Nic. 1997.

Sintetización Manual Promoción de Opciones Saludables para jóvenes de pueblos indígenas. Fundación Wanki Luphia. Waspan, Julio del 2000.

Salud y Ambiente. OPS. 1994. Pág. 22,27.

II Simposio Internacional sobre fármaco-dependencia. El Programa CICAD, Estrategias de Comunicación y Prevención del Abuso de sustancias. Expositora: Heidi Rauch. Coordinación de Proyectos. Comisión Interamericana para el control del abuso de drogas.

España, Ministerio de Sanidad y Consumo. Consumo de Drogas en los Colegios. Castilla la Manche.

Ministerio de Educación , Delegación departamental, Carazo. 2002.  
Ministerio de Salud, SILAIS ,Carazo. Informe Anual 2002.  
Ministerio de Gobierno, departamento antinarcóticos, Carazo. 2002.

Organización Panamericana de la Salud. Abuso de Drogas. Washington . 1990-

Organización Panamericana de la Salud . educación permanente en Salud. 1995, Washington DC. OPS. 1995, serie PALTEX.

Pineda Whitaker Alice, Encuesta Nacional sobre consumo de Drogas en escolares. Escuela de Salud Pública. Rep.. de Nic.

1994.

Ulloa, Gustavo y Romero B, José. .Uso de Sustancias lícitas e ilícitas en estudiantes adolescentes y jóvenes del sector oriental de Managua. Tesis para optar al título de médico. UNAN.1992.

Lucha contra las Drogas. Rev. Servicio Informático y cultura de las Embajadas de los Estados Unidos. 4(2):P-(5) 1993.

Nicaragua. Asamblea Nac. Ley de Reforma a la ley no. 177. ley de Estupeficientes, psicotrópicos y otras sustancias controladas. Managua AN. 1994.

## **X. ANEXOS**

**TABLA NO.1  
EDAD Y SEXO**

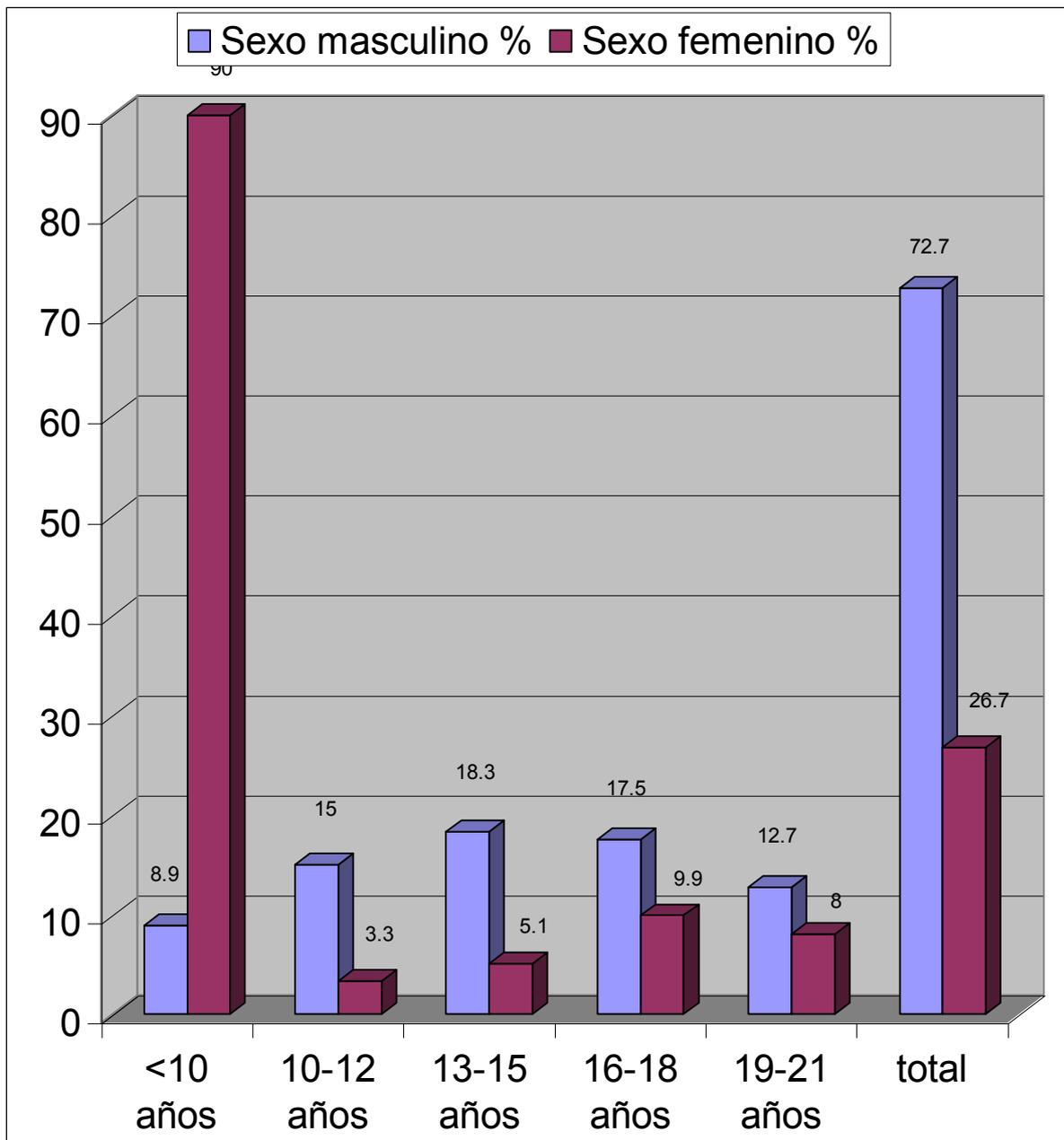
FACTORES DE RIESGOS EN EL USO Y ABUSO DE DROGAS EN  
ADOLESCENTES EN EDAD REPRODUCTIVA, EN LOS BARRIOS DEL  
MUNICIPIO DE JINOTEPE. II SEMESTRE DEL 2003.

EDAD	SEXO			
	MASCULINO		FEMENINO	
	No.	%	No.	%
<10 <sup>a</sup> .	19	8.9	21	9.0
10- 12 <sup>a</sup>	32	15	7	3.3
13 – 15 <sup>a</sup>	39	18.3	11	5.1
16 – 18 <sup>a</sup>	38	17.5	21	9.9
19 – 21 a	27	12.7	17	8
<b>TOTAL</b>	<b>155</b>	<b>72.7</b>	<b>57</b>	<b>26.7</b>

**Fuente:** Expediente clínico del Adolescente II Semestre del 2003.  
Investigación de Factores de Riesgo en el consumo de  
Drogas.

**Grafica N° 1**

FACTORES DE RIESGOS EN EL USO Y ABUSO DE DROGAS EN ADOLESCENTES EN EDAD REPRODUCTIVA, EN LOS BARRIOS DEL MUNICIPIO DE JINOTEPE. II SEMESTRE DEL 2003.



**TABLA NO.2****LOCALIDAD**

FACTORES DE RIESGOS EN EL USO Y ABUSO DE DROGAS EN ADOLESCENTES EN EDAD REPRODUCTIVA, EN LOS BARRIOS DEL MUNICIPIO DE JINOTEPE. II SEMESTRE DEL 2003.

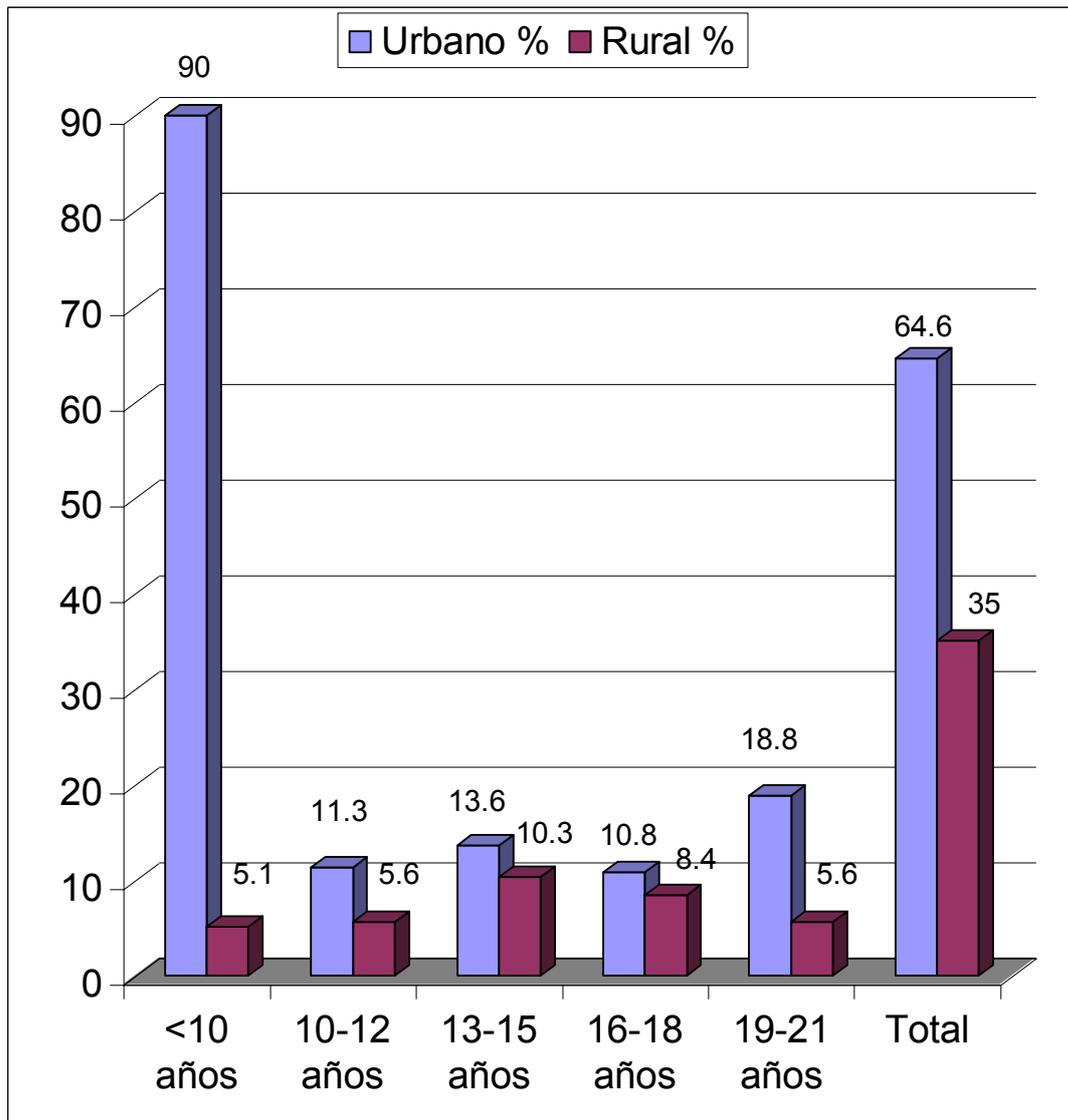
EDAD	LOCALIDAD			
	URBANO		RURAL	
	No.	%	No.	%
<10 <sup>a</sup> .	21	90	11	5.1
10-12 <sup>a</sup>	24	11.3	12	5.6
13-15 <sup>a</sup>	29	13.6	22	10.3
16-18 <sup>a</sup>	23	10.8	48	8.4
19-21 <sup>a</sup>	40	18.8	12	5.6
<b>Total</b>	<b>137</b>	<b>64.6</b>	<b>75</b>	<b>35</b>

**Fuente:**

Expediente clínico del Adolescente. II Semestre del 2003.  
Investigación de Factores de Riesgo en el consumo de Drogas.

**Grafica N° 2**

**FACTORES DE RIESGOS EN EL USO Y ABUSO DE DROGAS EN ADOLESCENTES EN EDAD REPRODUCTIVA, EN LOS BARRIOS DEL MUNICIPIO DE JINOTEPE. II SEMESTRE DEL 2003.**



**Fuente:**  
Expediente clínico del Adolescente. II Semestre del 2003.

**TABLA NO. 3**

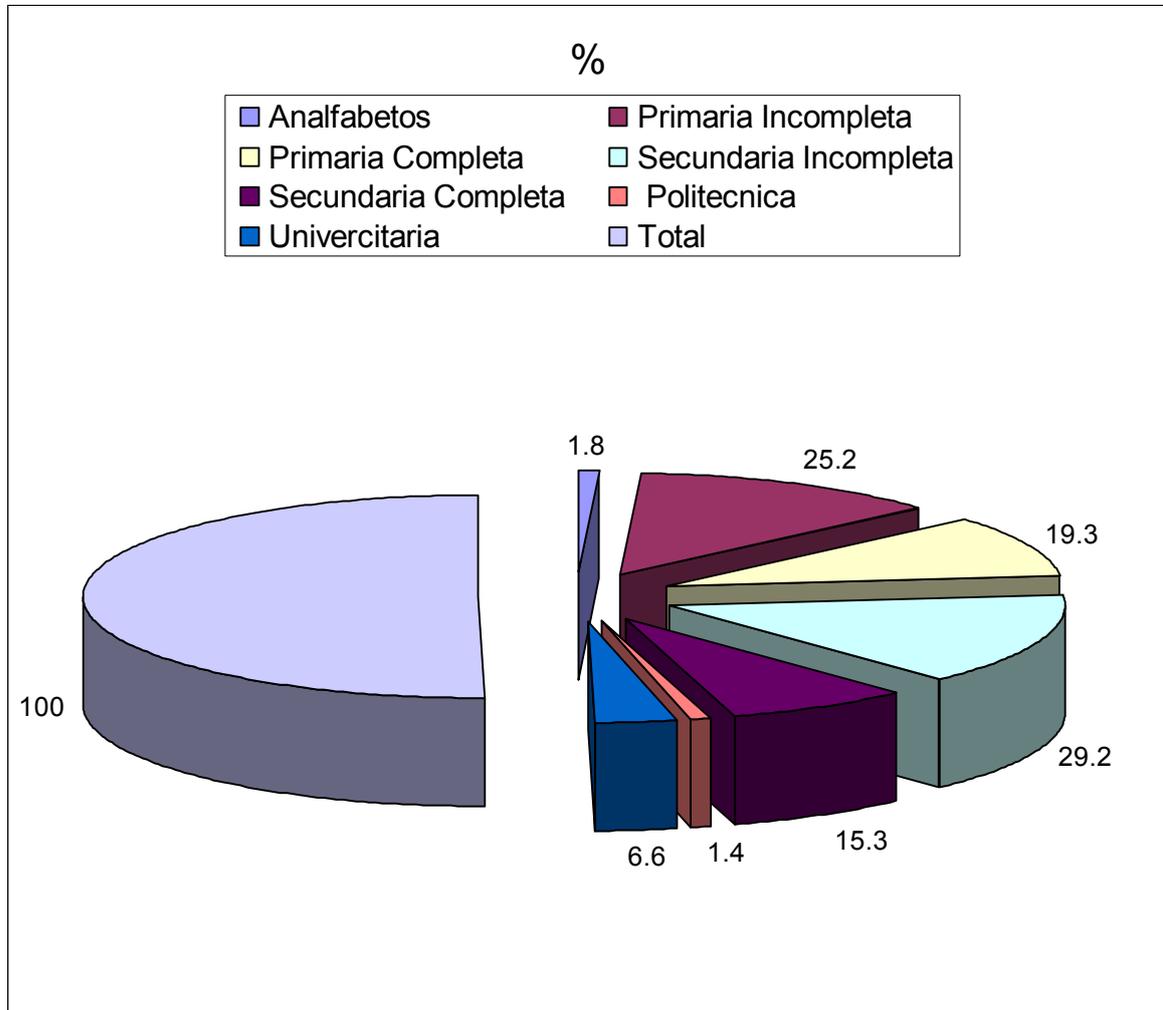
**NIVEL ACADEMICO DE LOS ADOLESCENTES QUE USAN DROGAS.  
BARRIOS DEL MUNICIPIO DE JINOTEPE, II SEMESTRE DEL 2003.**

<b>NIVEL ACADEMICOS</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>Analfabetos</b>	<b>4</b>	<b>1.8</b>
<b>Primaria incompleta</b>	<b>57</b>	<b>25.2</b>
<b>Primaria completa</b>	<b>41</b>	<b>19.3</b>
<b>Secundaria incompleta</b>	<b>62</b>	<b>29.2</b>
<b>Secundaria completa</b>	<b>31</b>	<b>15.3</b>
<b>Politécnica</b>	<b>3</b>	<b>1.4</b>
<b>Universitaria</b>	<b>14</b>	<b>6.6</b>
<b>Total</b>	<b>212</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Expediente clínico del Adolescente. II Semestre del2003.  
Investigación de Factores de Riesgo en el consumo de  
Drogas.

**Grafica N° 3**

**NIVEL ACADEMICO DE LOS ADOLESCENTES QUE USAN DROGAS.  
BARRIOS DEL MUNICIPIO DE JINOTEPE, II SEMESTRE DEL 2003.**



**Fuente:** Expediente clínico del Adolescente. II Semestre del 2003.  
Investigación de Factores de Riesgo en el consumo de Drogas.

**Tabla No. 4**

**OCUPACIÓN DE LOS ADOLESCENTES QUE USAN DROGAS  
PROCEDENTES DE LOS BARRIOS DEL MUNICIPIO DE JINOTEPE, II  
SEMESTRE DEL 2003.**

<b>Ocupación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>No estudian</b>	<b>32</b>	<b>15.4</b>
<b>Estudian</b>	<b>39</b>	<b>18.3</b>
<b>No trabajan</b>	<b>58</b>	<b>27.3</b>
<b>Trabaja</b>	<b>58</b>	<b>27.3</b>
<b>Trabajan y estudian</b>	<b>25</b>	<b>11.7</b>
<b>Total</b>	<b>212</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Expediente clínico del Adolescente. II Semestre del 2003.  
Investigación de Factores de Riesgo en el consumo de  
Drogas.

**Tabla No. 5**

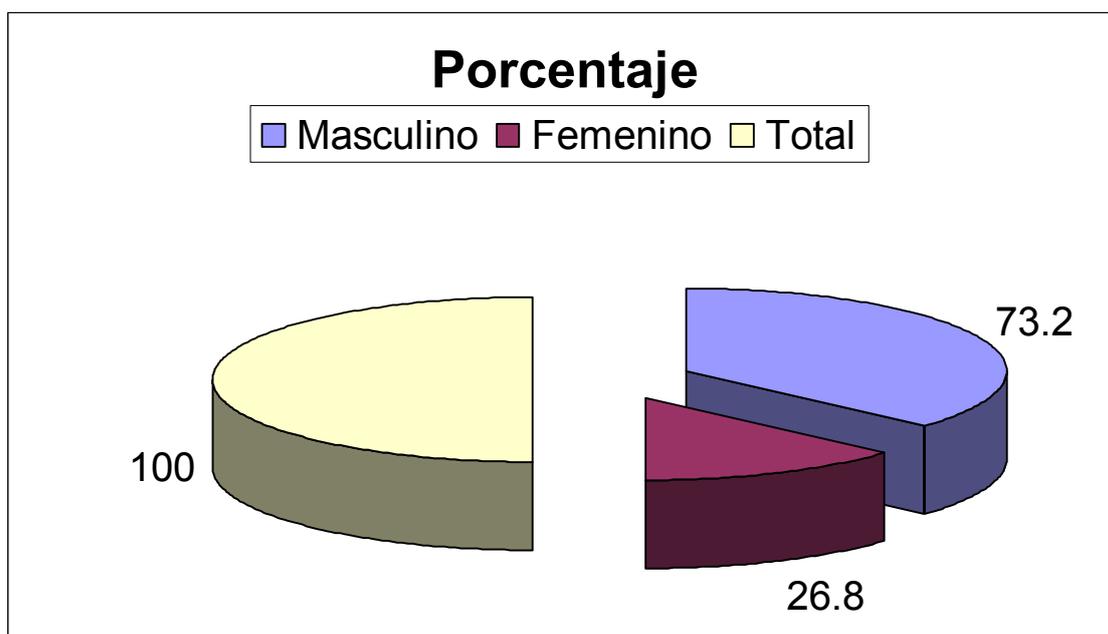
Consumo de drogas por los adolescentes procedentes de los Barrios del municipio de Jinotepe, II semestre del 2003.

<b>Sexo</b>	<b>Consumo de Drogas</b>	
	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>Masculino</b>	<b>155</b>	<b>73.2</b>
<b>Femenino</b>	<b>57</b>	<b>26.8</b>
<b>Total</b>	<b>212</b>	<b>100</b>

**Fuente:** : Entrevista abierta con el adolescente.  
Investigación de los Factores de Riesgo en el consumo de drogas.

**Grafica N° 5.**

Consumo de drogas por los adolescentes procedentes de los Barrios del municipio de Jinotepe, II semestre del 2003.



**Fuente:** : Entrevista abierta con el adolescente.  
Investigación de los Factores de Riesgo en el consumo de drogas.

**Tabla No. 6**

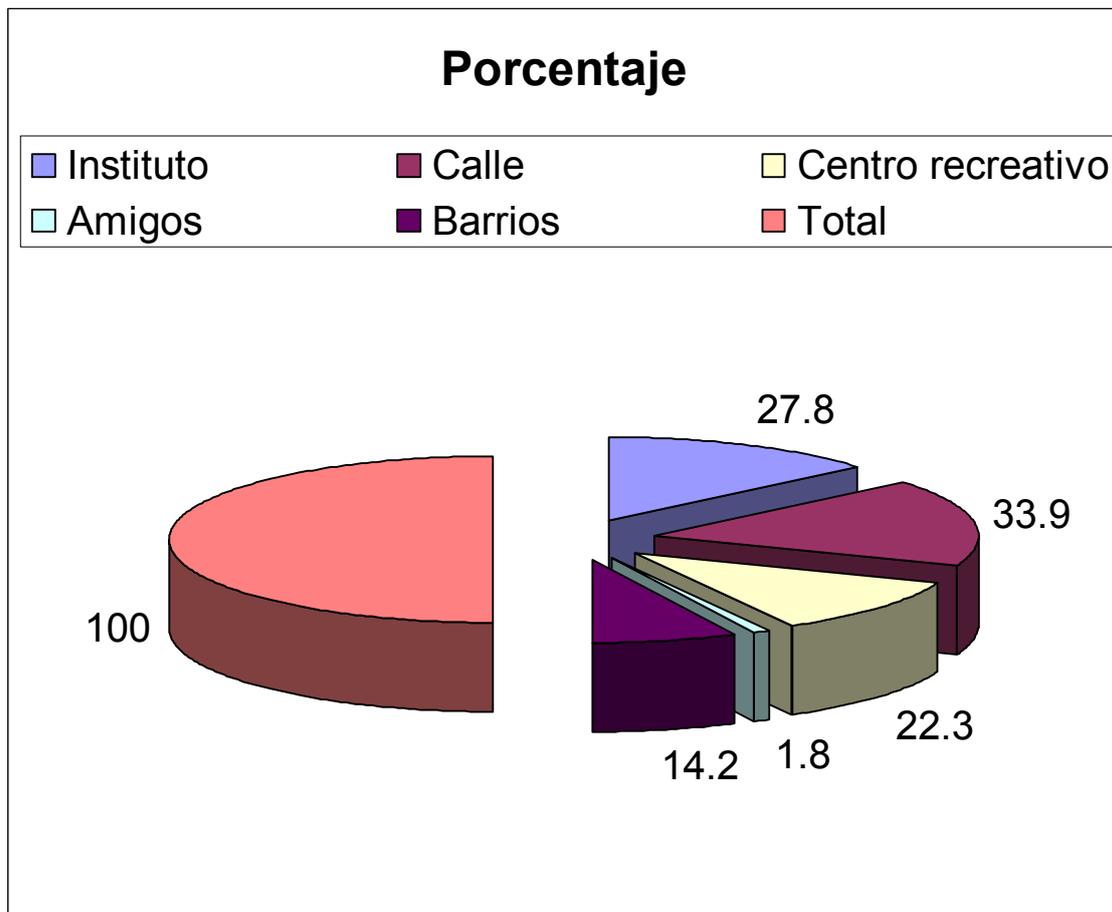
Lugares de accesibilidad a la droga por los adolescentes. Barrios del municipio de Jinotepe, del II semestre del 2003.

<b>Sitio</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>Instituto</b>	<b>59</b>	<b>27.8</b>
<b>Calle</b>	<b>72</b>	<b>33.9</b>
<b>Centro recreativo</b>	<b>47</b>	<b>22.3</b>
<b>Amigos</b>	<b>4</b>	<b>1.8</b>
<b>Barrios</b>	<b>30</b>	<b>14.2</b>
<b>Total</b>	<b>212</b>	<b>100</b>

**Fuente:** : Entrevista abierta con el adolescente.  
Investigación de los Factores de Riesgo en el consumo de drogas.

**Grafica N° 6**

Lugares de accesibilidad a la droga por los adolescentes. Barrios del municipio de Jinotepe, del II semestre del 2003.



**Fuente:** : Entrevista abierta con el adolescente.  
Investigación de los Factores de Riesgo en el consumo de drogas

**Tabla No. 7**

Nivel de información de los adolescentes en relación a las drogas. Barrios del municipio de Jinotepe, II semestre del 2003.

<b>Información</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>Si</b>	<b>78</b>	<b>36.7</b>
<b>No</b>	<b>59</b>	<b>27.8</b>
<b>A veces</b>	<b>75</b>	<b>35.5</b>
<b>Total</b>	<b>212</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Entrevista abierta con el adolescente.  
Investigación de los Factores de Riesgo en el consumo de drogas.

**Tabla No.8**

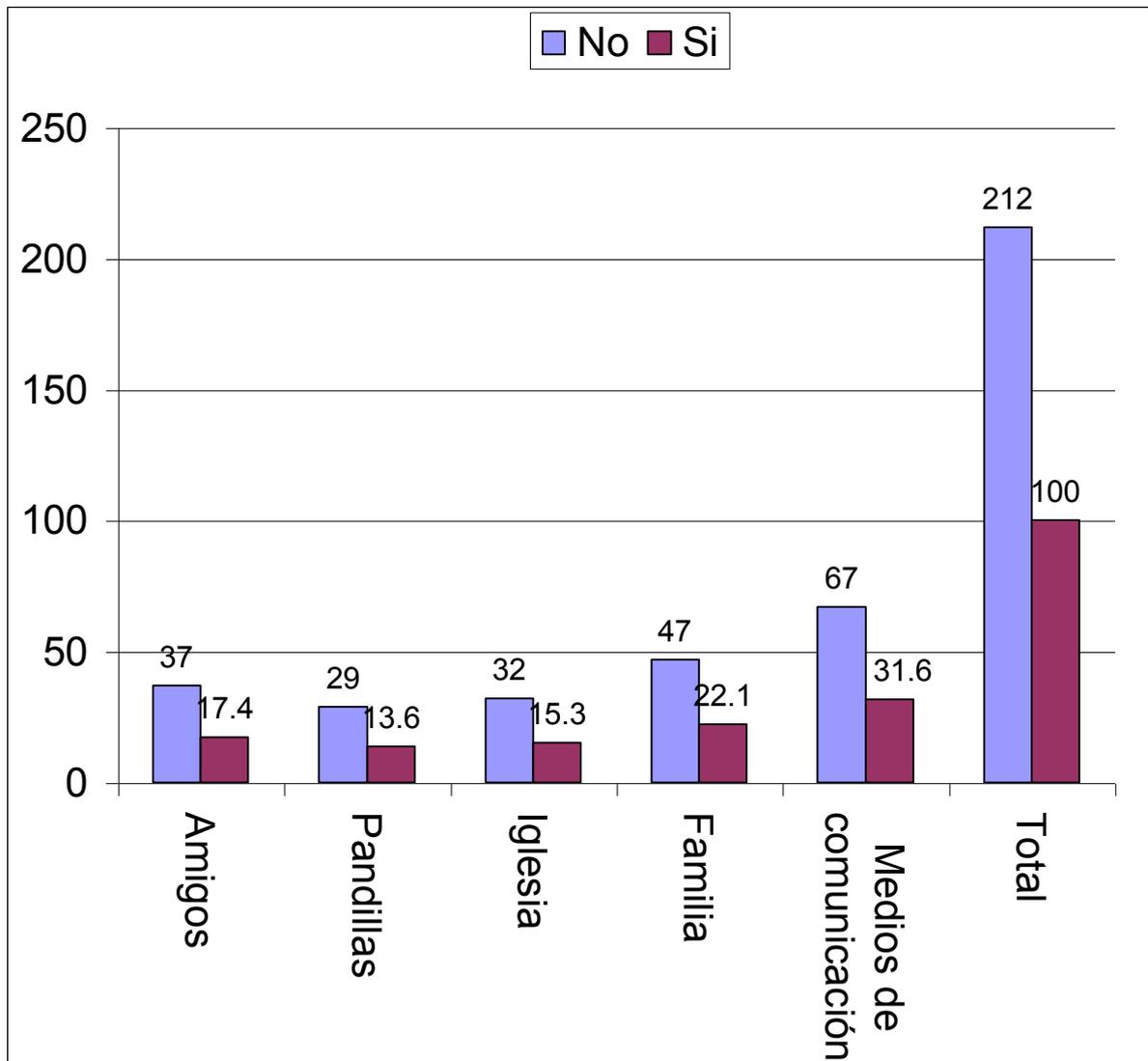
Información de los riesgos por el consumo de drogas en Adolescentes provenientes de los Barrios del Municipio de Jinotepe, II semestre del 2003.

<b>Sitios</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>
<b>Amigos</b>	<b>37</b>	<b>17.4</b>
<b>Pandillas</b>	<b>29</b>	<b>13.6</b>
<b>Iglesia</b>	<b>32</b>	<b>15.3</b>
<b>Familia</b>	<b>47</b>	<b>22.1</b>
<b>Medios de comunicación</b>	<b>67</b>	<b>31.6</b>
<b>Total</b>	<b>212</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Entrevista abierta con el adolescente.  
Investigación de los Factores de Riesgo en el consumo de drogas.

**Grafica N° 8**

Información de los riesgos por consumir drogas en Adolescentes provenientes de los Barrios del municipio de Jinotepe, II semestre del 2003.



**Fuente:** Entrevista abierta con el adolescente.  
Investigación de los Factores de Riesgo en el consumo de drogas.

**Tabla No. 9**

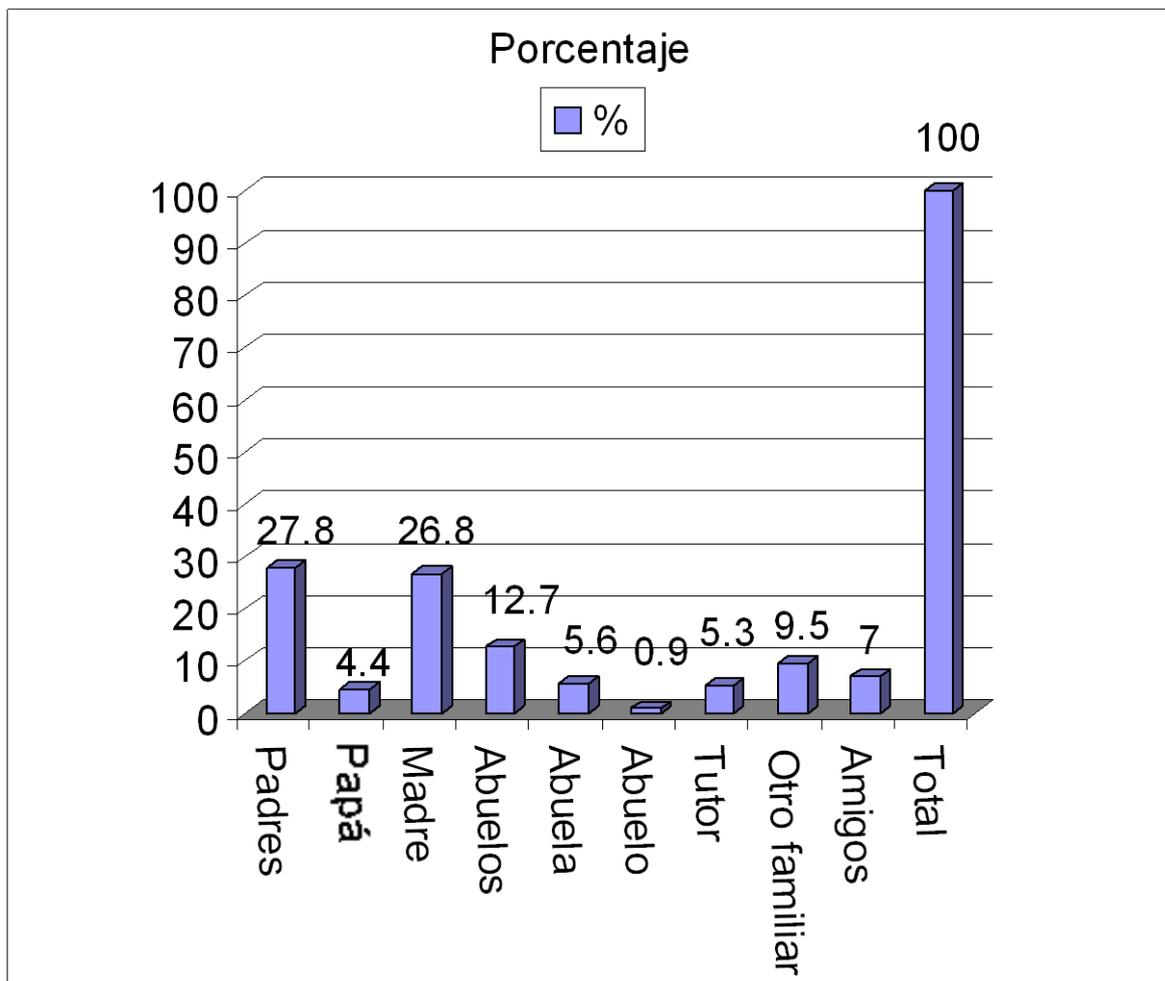
Integración del núcleo familiar de los adolescentes que usan drogas de los Barrios del municipio de Jinotepe del 2003.

<b>Núcleo familiar</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>Padres</b>	<b>59</b>	<b>27.8</b>
<b>Papá</b>	<b>9</b>	<b>4.4</b>
<b>Madre</b>	<b>57</b>	<b>26.8</b>
<b>Abuelos</b>	<b>27</b>	<b>12.7</b>
<b>Abuela</b>	<b>12</b>	<b>5.6</b>
<b>Abuelo</b>	<b>2</b>	<b>0.9</b>
<b>Tutor</b>	<b>11</b>	<b>5.3</b>
<b>Otro familiar</b>	<b>20</b>	<b>9.5</b>
<b>Amigos</b>	<b>15</b>	<b>7.0</b>
<b>Total</b>	<b>212</b>	<b>100</b>

**Fuente:** : Entrevista abierta con el adolescente.  
Investigación de los Factores de Riesgo en el consumo de drogas.

**Grafica N° 9**

Integración del núcleo familiar de los adolescentes que usan drogas de los Barrios del municipio de Jinotepe del 2003.



**Fuente:** : Entrevista abierta con el adolescente.  
Investigación de los Factores de Riesgo en el consumo de drogas.

**Tabla No. 10**

Composición del núcleo familiar de los adolescentes que usan drogas de los Barrios del municipio de Jinotepe, II semestre del 2003.

<b>No. De personas</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>&gt;3 persona</b>	<b>57</b>	<b>26.8</b>
<b>4 – 7 personas</b>	<b>98</b>	<b>46.4</b>
<b>7 a 9 personas</b>	<b>57</b>	<b>26.8</b>
<b>Total</b>	<b>212</b>	<b>100</b>

**Fuente:** : Entrevista abierta con el adolescente.  
Investigación de los Factores de Riesgo en el consumo de drogas.

**Tabla No. 11**

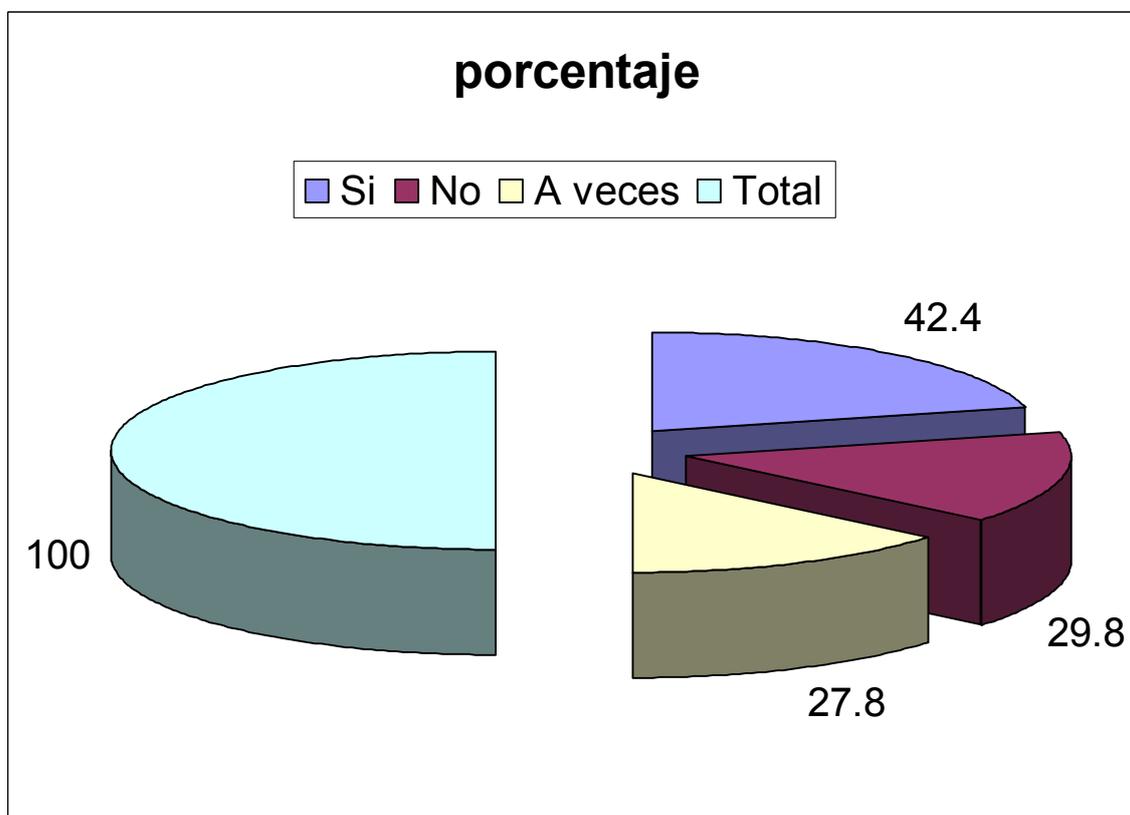
**VIF.** En los Adolescentes que usan drogas de los Barrios del municipio de Jinotepe, II semestre del 2003.

<b>VIF</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>Si</b>	<b>90</b>	<b>42.4</b>
<b>No</b>	<b>63</b>	<b>29.8</b>
<b>A veces</b>	<b>59</b>	<b>27.8</b>
<b>Total</b>	<b>212</b>	<b>100</b>

**Fuente:** : Entrevista abierta con el adolescente.  
Investigación de los Factores de Riesgo en el consumo de drogas.

**Grafica N° 11**

**VIF.** En los Adolescentes que usan drogas de los Barrios del municipio de Jinotepe, II semestre del 2003.



**Fuente:** : Entrevista abierta con el adolescente.  
Investigación de los Factores de Riesgo en el consumo de drogas.

**Tabla No. 12**

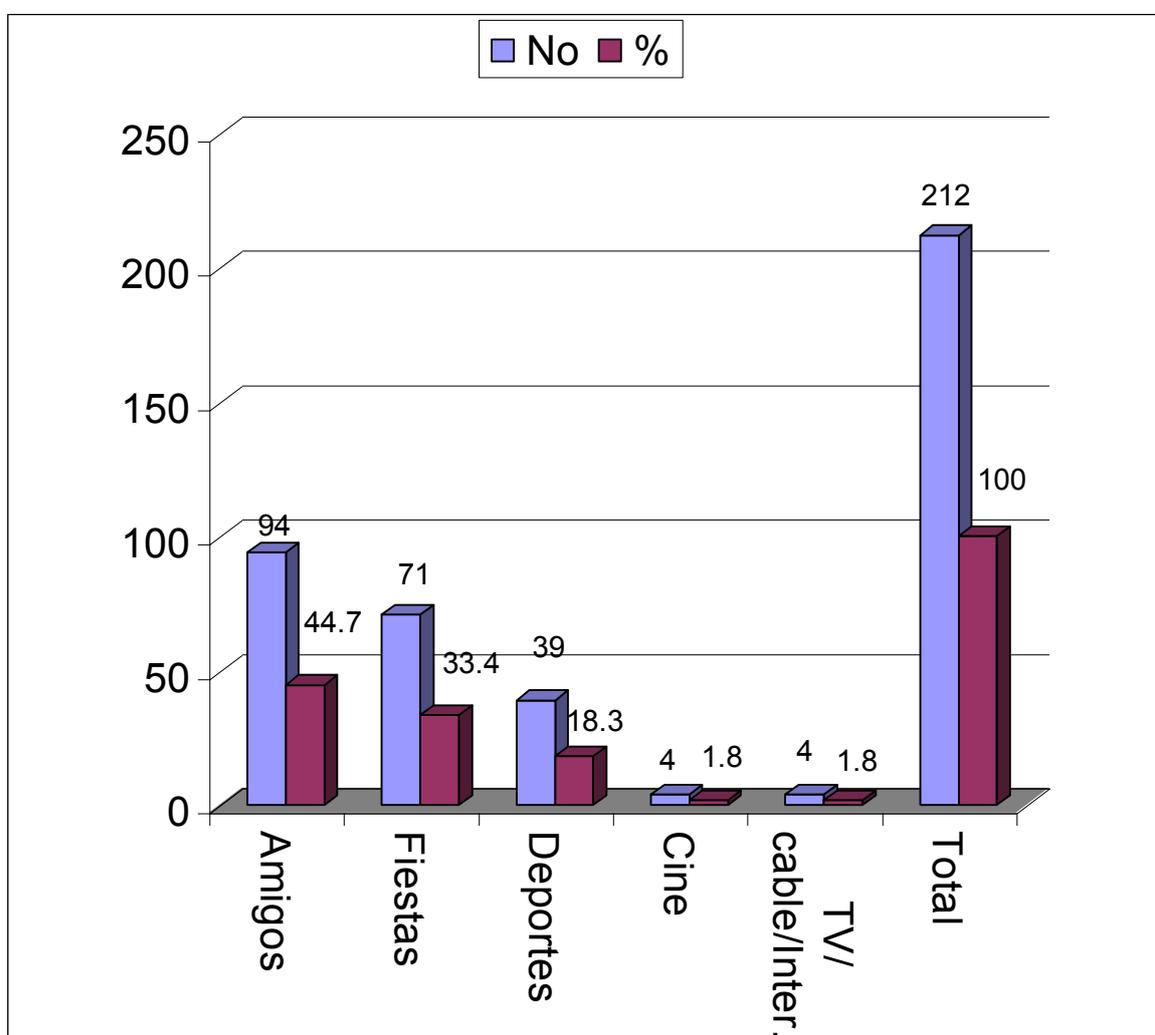
Utilización de opciones libre por los Adolescentes que consumen drogas de los Barrios del municipio de Jinotepe, II semestre del 2003.

Opciones	No	%
Amigos	94	44.7
Fiestas	71	33.4
Deportes	39	18.3
Cine	4	1.8
TV/ cable/Inter.	4	1.8
<b>Total</b>	<b>212</b>	<b>100</b>

**Fuente:** : Entrevista abierta con el adolescente.  
Investigación de los Factores de Riesgo en el consumo de drogas.

**Grafica N° 12**

Utilización de opciones libre por los Adolescentes que consumen drogas de los Barrios del municipio de Jinotepe, II semestre del 2003.



**Fuente:** : Entrevista abierta con el adolescente.  
Investigación de los Factores de Riesgo en el consumo de drogas.

## **FACTOR DE RIESGO NO.1**

### **EQUILIBRIO PSICOCORPORAL:**

Factores de Riesgo Predisponentes para el consumo de Drogas en Adolescentes en Edad Reproductiva de los Barrios del Municipio de Jinotepe II Semestre del 2003.

<b>Evaluación</b>	<b>No. de Casos</b>	<b>Porcentaje</b>
Alto Riesgo	97	45.7
Mediano Riesgo	72	33.9
Bajo Riesgo	43	20.6
Total	212	100

**Fuente:** Test de Estilo Vida.  
Expediente Clínico del Adolescente. II Semestre del 2003.  
Investigación de Factores de Riesgo en el Consumo de Drogas.

## FACTOR DE RIESGO NO.2

### AUTOCONCEPTO

Factores de Riesgo Predisponentes para el consumo de Drogas en Adolescentes en Edad Reproductiva de los Barrios del Municipio de Jinotepe II Semestre del 2003.

<b>Evaluación</b>	<b>No. de Casos</b>	<b>Porcentaje</b>
Alto Riesgo	97	45.7
Mediano Riesgo	82	38.6
Bajo Riesgo	30	14.1
Sin Riesgo	3	1.4
Total	212	100

**Fuente:** Test de Estilo Vida.

Expediente Clínico del Adolescente. II Semestre del 2003.

Investigación de Factores de Riesgo en el Consumo de Drogas.

### FACTOR DE RIESGO NO.3

#### HABITOS ALIMENTICIOS.

Factores de Riesgo Predisponentes para el consumo de Drogas en Adolescentes en Edad Reproductiva de los Barrios del Municipio de Jinotepe II Semestre del 2003.

<b>Evaluación</b>	<b>No. de Casos</b>	<b>Porcentaje</b>
Alto Riesgo	87	41.1
Mediano Riesgo	67	31.6
Bajo Riesgo	50	23.5
Sin Riesgo	8	3.7
Total	212	100

**Fuente:** Test de Estilo Vida.

Expediente Clínico del Adolescente. II Semestre del 2003.

Investigación de Factores de Riesgo en el Consumo de Drogas.

#### FACTOR DE RIESGO NO.4

#### PATRONES DE USO DE SUSTANCIAS TOXICAS

Factores de Riesgo Predisponentes para el consumo de Drogas en Adolescentes en Edad Reproductiva de los Barrios del Municipio de Jinotepe II Semestre del 2003.

<b>Evaluación</b>	<b>No. de Casos</b>	<b>Porcentaje</b>
Alto Riesgo	93	43.8
Mediano Riesgo	76	35.8
Bajo Riesgo	40	18.8
Sin Riesgo	3	1.4
Total	212	100

**Fuente: Test de Estilo Vida.**

Expediente Clínico del Adolescente. II Semestre del 2003.

Investigación de Factores de Riesgo en el Consumo de Drogas.

## FACTOR DE RIESGO NO.5

### USO DEL TIEMPO LIBRE.

Factores de Riesgo Predisponentes para el consumo de Drogas en Adolescentes en Edad Reproductiva de los Barrios del Municipio de Jinotepe II Semestre del 2003.

<b>Evaluación</b>	<b>No. de Casos</b>	<b>Porcentaje</b>
Alto Riesgo	96	45.2
Mediano Riesgo	76	35.8
Bajo Riesgo	36	16.9
Sin Riesgo	4	1.8
Total	212	100

**Fuente:** Test de Estilo Vida.

Expediente Clínico del Adolescente. II Semestre del 2003.

Investigación de Factores de Riesgo en el Consumo de Drogas

## FACTOR DE RIESGO NO.6

### EXPRESIVIDAD

Factores de Riesgo Predisponentes para el consumo de Drogas en Adolescentes en Edad Reproductiva de los Barrios del Municipio de Jinotepe II Semestre del 2003

<b>Evaluación</b>	<b>No. de Casos</b>	<b>Porcentaje</b>
Alto Riesgo	96	45.2
Mediano Riesgo	68	32.0
Bajo Riesgo	40	18.8
Sin Riesgo	8	3.7
Total	212	100

**Fuente:** Test de Estilo Vida.

Expediente Clínico del Adolescente. II Semestre del 2003.

Investigación de Factores de Riesgo en el Consumo de Drogas.

## FACTOR DE RIESGO NO.7

### **CREATIVIDAD**

Factores de Riesgo Predisponentes para el consumo de Drogas en Adolescentes en Edad Reproductiva de los Barrios del Municipio de Jinotepe II Semestre del 2003.

<b>Evaluación</b>	<b>No. de Casos</b>	<b>Porcentaje</b>
Alto Riesgo	102	48.1
Mediano Riesgo	68	32.0
Bajo Riesgo	42	19.8
Sin Riesgo	0	0
Total	212	100

**Fuente:** Test de Estilo Vida.

Expediente Clínico del Adolescente. II Semestre del 2003.

Investigación de Factores de Riesgo en el Consumo de Drogas.

# TEST DE ESTILO DE VIDA

A continuación te vamos a preguntar sobre una serie de hábitos, costumbres y formas de encarar la vida que, quizás sin darte cuenta. Llevas a cabo día a día desde que te levantas hasta que te descansas y te vas a dormir.

Ese conjunto de hábitos y costumbres es lo que llamamos “estilo de vida”. Todos tenemos un estilo de vida que puede ser mejorado y modificado al darnos cuenta de que pone en peligro nuestro desarrollo como persona.

Mejorar y cambiar nuestro estilo de vida es la mejor receta preventiva para evitar trastornos emocionales, orgánicos, enfermedades e incluso trastornos psicosociales, como es tener una adicción llevar a cabo actos antisociales.

Muchos aspectos de los hábitos y costumbres que forman parte de nuestra vida diaria tienen orígenes culturales, que se nos son transmitidos de generación en generación a lo largo del tiempo. Son elementos confortantes de nuestra educación y de nuestra manera de enfrentar al mundo, por lo tanto tiene que ver con nuestros valores, actitudes y creencias.

Con frecuencia reflexionamos que no es necesario reflexionar sobre nuestro estilo de vida, pensamos: **“LAS COSAS SON COMO SON Y NO LAS PODEMOS CAMBIAR, DEPENDE DE LA SUERTE DE OTRAS PERSONAS, DE LAS SITUACIONES, DEL PAIS, ETC.”**. Cuando los hechos negativos ocurren pensamos que las cosas no tienen que ver con nosotros mismos; incluso actualmente muchas personas siguen pensando que las enfermedades físicas o mentales no avisan y que cuando sucede el único camino es enfrentar la realidad y ponerse en manos de un especialista y nosotros ¿no podemos ayudar? este tipo de pensamiento nos hace totalmente pasivos e incrementa la falta de responsabilidad, motivación para cuidar y construir nuestra propias vidas.

Si respondes al siguiente cuestionario sobre los estilos de vida podrás tener una idea más clara de como es el tuyo y en que aspectos es conveniente que lleves a cabo cambios que mejoren la forma en la que diariamente te mueves y habitas este mundo.

Probablemente nunca te habías puesto a pensar sobre alguno de los temas que se tocan en el presente cuestionario. Contestar estas preguntas el día de hoy, puede ser un buen inicio en tu proceso para conocerte mejor.

(marca en el nº de la izquierda la respuesta correcta )

TOMATE TU TIEMPO Y SE HONESTO CON VOS MISMO; PENSA QUE AQUÍ EL UNICO BENEFICIADO VAS A SER VOS.

## EQUILIBRIO PSICOCORPORAL

### 1- ¿Qué tan frecuente sentís dolores musculares o corporales ?

- 3) Diario o casi diario (frecuentemente)
- 2) Una o dos veces por semana (algunas veces)
- 1) Una o dos veces al mes (casi nunca)
- 0) Nunca

### 2- ¿Qué tan frecuente te sentís fatigado o nervioso?

- 3) Diario o casi diario (frecuentemente)
- 1) Una o dos veces por semana (algunas veces)
- 0) Una o dos veces al mes (casi nunca)
- 0) Nunca

### 3-¿Qué tan frecuente padeces de insomnio, dificultad para dormir o tienes pesadillas ?

- 2)Diario o casi diario(frecuentemente)
- 1)Una o dos veces por semana(algunas veces)
- 1)Una o dos veces al mes(casi nunca)
- 0)Nunca

### 4-¿Qué tan frecuente sentís cualquiera o varios de los siguientes síntomas: molestias digestivas como dolor de estomago, estreñimiento, diarrea dolor de cabeza?

- 2)Diario casi diario(frecuentemente)
- 2)Una o dos veces por semana(algunas veces)
- 1)Una o dos veces al mes(casi nunca)
- 0)Nunca

5-¿Padeces alguna enfermedad que requiera control o vigilancia medica como diabetes, artritis, cáncer, hipertensión o cualquier otra?

- 3)Si
- 0)No

### 6-¿Qué tan frecuente te sentís irritado, molesto o enojado no importa cual sea la causa (problema en el trabajo, en la o con los amigos)?

- 3)Diario casi diario(frecuentemente)
- 2)Una o dos veces por semana(algunas veces)
- 1)Una o dos veces al mes(casi nunca)
- 0)Nunca

7-¿Qué tan frecuentemente te sentís angustiado, con miedo o con temor, no importa la causa?

- 3)Diario casi diario(frecuentemente)
- 2)Una o dos veces por semana(algunas veces)
- 1)Una o dos veces al mes(casi nunca)
- 0)Nunca

8-¿Con que frecuencia te encierras en tus problemas y en vos mismo a tal grado que , aunque estés haciendo cualquier actividad, tus dificultades personales siempre están presentes?

- 3)Diario casi diario(frecuentemente)
- 2)Una o dos veces por semana(algunas veces)
- 1)Una o dos veces al mes(casi nunca)
- 0)Nunca

### 9-¿Qué tan frecuentemente te es imposible dormir 7 horas diarias ?

- 3)Diario casi diario(frecuentemente)
- 2)Una o dos veces por semana(algunas veces)
- 1)Una o dos veces al mes(casi nunca)
- 0)Nunca

#### EVALUACION

	Puntaje obtenido	EvEvaluación
Alto riesgo	27-17	Te urge poner atención a tu equilibrio psico-corporal
Mediano riesgo	16-8	Hay muchas cosas que se tienen que mejorar en tu estado psico-corporal
Bajo riesgo	7-1	Tienes un manejo satisfactorio de tus emociones y de tu cuerpo
	0	Disfruta y sigu

#### AUTO CONCEPTO

10-¿Qué tan frecuentemente sentís que tu bienestar o tu tranquilidad depende únicamente de lo que hagan o sientan las personas que conviven contigo en el hogar, en el trabajo o en tu tiempo libre, sin que importa lo que vos haces o sentís?

- 3)Diario casi diario(frecuentemente)
- 2)Una o dos veces por semana(algunas veces)
- 1)Una o dos veces al mes(casi nunca)
- 0)Nunca

**11-¿Qué tan frecuentemente sentís que lo que haces no tiene ningún valor frente a tus ojos o frente a los demás?**

- 3)Diario casi diario(frecuentemente)
- 2)Una o dos veces por semana(algunas veces)
- 1)Una o dos veces al mes(casi nunca)
- 0)Nunca

12-¿Qué tan frecuentemente sentís que la aprobación de las personas que conviven con vos te es indispensable?

- 3)Diario casi diario(frecuentemente)
- 2)Una o dos veces por semana(algunas veces)
- 1)Una o dos veces al mes(casi nunca)
- 0)Nunca

13-¿Qué tan frecuentemente sentís que no puedes hacer nada para mejorar tu imagen física (tu tamaño, tu cara, tu cuerpo, etc.) y te sentís frustrado por ello?

- 3)Diario casi diario(frecuentemente)
- 2)Una o dos veces por semana(algunas veces)
- 1)Una o dos veces al mes(casi nunca)
- 0)Nunca

14-¿Qué tan frecuentemente sentís que no tenes habilidad para enfrentar las cosas, para resolver problemas, por desconfiar de tu capacidad intelectual o practica?

- 3)Diario casi diario(frecuentemente)
- 2)Una o dos veces por semana(algunas veces)
- 1)Una o dos veces al mes(casi nunca)
- 0)Nunca

**15-¿Qué tan frecuentemente sentís que las personas que conviven con vos en la casa, en el trabajo, o en tu comunidad, te rechazan?**

- 3)Diario casi diario(frecuentemente)
- 2)Una o dos veces por semana(algunas veces)
- 1)Una o dos veces al mes(casi nunca)
- 0)Nunca

**16-¿Qué tan frecuentemente te sentís importante para mejorar tu vida y para darte el bienestar y la tranquilidad que necesitas?**

- 3)Diario casi diario(frecuentemente)
- 2)Una o dos veces por semana(algunas veces)
- 1)Una o dos veces al mes(casi nunca)
- 0)Nunca

**EVALUACIÓN**

**Puntaje obtenido**

	21-13
Alto riesgo	12-6
Mediano riesgo	5-1
Bajo riesgo	0

**Evaluación**

Es necesario elevar tu nivel de autoestima  
Hay muchas cosas que puedes hacer para adquirir mayor seguridad.  
Tienes un nivel de autoestima satisfactorio.

Disfruta y sigue así.

## HABITOS ALIMENTICIOS

**17-¿Qué tan frecuentemente haces las tres comidas diarias (desayuno, almuerzo y cena) sin compañía es decir solo?**

- 3)Diario casi diario(frecuentemente)
- 2)Una o dos veces por semana(algunas veces)
- 1)Una o dos veces al mes(casi nunca)
- 0)Nunca

**18-¿Qué tan frecuentemente te saltas unas de esas comidas?**

- 3)Diario casi diario(frecuentemente)
- 2)Una o dos veces por semana(algunas veces)
- 1)Una o dos veces al mes(casi nunca)
- 0)Nunca

**19-¿Qué tan frecuentemente haces alguna de las comidas fuera de tu casa, por el trabajo, por limitaciones de tiempo, por necesidades domesticas o por cualquier otra cosa?**

- 3)Diario casi diario(frecuentemente)
- 2)Una o dos veces por semana(algunas veces)
- 1)Una o dos veces al mes(casi nunca)
- 0)Nunca

**20-¿Qué tan frecuentemente incluís verduras y frutas en tu dieta?**

- 3) Nunca
- 2) Una o dos veces al mes (casi nunca)
- 1) Una o dos veces por semana (algunas veces)
- 0) Diario o casi diario (frecuentemente)

**21-¿Con qué frecuencia incluís ensaladas en tu dieta?**

- 3)Diario casi diario(frecuentemente)
- 2)Una o dos veces por semana(algunas veces)
- 1)Una o dos veces al mes(casi nunca)
- 0)Nunca

**22-¿Con qué frecuencia te tomas 8 vasos de agua pura o más de un litro?**

- 3)Diario casi diario(frecuentemente)
- 2)Una o dos veces por semana(algunas veces)
- 1)Una o dos veces al mes(casi nunca)
- 0)Nunca

**23-¿Con qué frecuencia, al tomar tus alimentos, realizas al mismo tiempo otro tipo de actividades (leer el periódico, ver la t.v, entre otros)?**

- 3)Diario casi diario(frecuentemente)
- 2)Una o dos veces por semana(algunas veces)
- 1)Una o dos veces al mes(casi nunca)
- 0)Nunca

**24-¿Con qué frecuencia sueles resolver problemas con otras personas o tienes disgustos mientras tomas tus alimentos?**

- 3)Diario casi diario(frecuentemente)
- 2)Una o dos veces por semana(algunas veces)
- 1)Una o dos veces al mes(casi nunca)
- 0)Nunca

**EVALUACIÓN**

	<b>Puntaje Obtenido</b>	<b>Evaluación</b>
Alto riesgo	24-15	Es necesario cambiar tus hábitos alimenticios Es mejor consumir comida más sana
Mediano riesgo	14 -7	En términos generales tu alimentación es buena, pero debes tratar de mejorarla
Bajo riesgo	6-1	Disfruta y sigue adelante
	0	

**PATRONES DE USO DE SUSTANCIAS TÓXICAS**

**25- ¿Qué tan frecuentemente consumís tabaco?**

- 3)Diario casi diario(frecuentemente)
- 2)Una o dos veces por semana(algunas veces)
- 1)Una o dos veces al mes(casi nunca)
- 0)Nunca

**26-¿Qué tan frecuentemente consumís bebidas alcohólicas (de cualquier tipo, como cerveza, ron, whisky, tequila, etc.)?**

- 3)Diario casi diario(frecuentemente)
- 2)Una o dos veces por semana(algunas veces)
- 1)Una o dos veces al mes(casi nunca)
- 0)Nunca

**27- ¿Qué tan frecuentemente consumís tranquilizante como, pastillas para dormir o para calmar los nervios?**

- 3)Diario casi diario(frecuentemente)
- 2)Una o dos veces por semana(algunas veces)
- 1)Una o dos veces al mes(casi nunca)
- 0)Nunca

**28- ¿Qué tan frecuentemente consumís estimulantes o las llamadas píldoras para la dieta?**

- 3)Diario casi diario(frecuentemente)
- 2)Una o dos veces por semana(algunas veces)
- 1)Una o dos veces al mes(casi nunca)
- 0)Nunca

**29-¿Qué tan frecuentemente consumís algún tipo de medicamento sin prescripción medica (aspirina, antibióticos, para controlar la presión, para la acidez estomacal, entre otros)?**

- 3)Diario casi diario(frecuentemente)
  - 2)Una o dos veces por semana(algunas veces)
  - 1)Una o dos veces al mes(casi nunca)
  - 0)Nunca
- si has consumido alguna otra anótala en la línea \_\_\_\_\_

**EVALUACIÓN**

	<b>Puntaje Obtenido</b>	<b>Evaluación</b>
Alto riesgo	15-11	Estas utilizando tóxicos para relajarte y solo te dañas Es necesario resolver y enfrentar tus problemas de consumo de tóxicos
Mediano riesgo	10-6	Tu uso de sustancias es moderado pero piensa en alternativas para mejorarlo
Bajo riesgo	5-1	Estas libre de drogas sigue así
	0	

## USO DEL TIEMPO LIBRE

**30-¿Qué tan frecuentemente utilizas el tiempo libre que te queda después de tus obligaciones en el hogar y en el trabajo, en una actividad que te guste?**

- 3) Diario casi diario (frecuentemente)
- 2) Una o dos veces por semana (algunas veces)
- 1) Una o dos veces al mes (casi nunca)
- 0) Nunca

**31-¿Tenes alguna afición especial que hayas desarrollado en cualquier área: trabajos manuales, tocar algún instrumento, cantar, bailar, leer o cualquier otra actividad?**

- 3) No
- 0) Si

32- Si tienes alguna afición ¿Qué tan frecuente la realizas?

- 3) Nunca
- 2) Una o dos veces al mes (casi nunca)
- 1) Una o dos veces por semana (algunas veces)
- 0) Diario o casi diario (frecuentemente)

**33-¿Has asistido en el último mes a algo que no tenga que ver con el trabajo, pero que te ayude en tu desarrollo personal?**

- 3) No
- 0) Si

**34-¿Con qué frecuencia practicas algún deporte o algún tipo de ejercicio como gimnasia, yoga, tai-chi, caminata o algo similar?**

- 3) Nunca
- 2) Una o dos veces al mes (casi nunca)
- 1) Una o dos veces por semana (algunas veces)
- 0) Diario o casi diario (frecuentemente)

35-¿Con qué frecuencia ocupas el tiempo libre para reunirte con tus amigos o con la familia haciendo uso del alcohol?

- 3) Diario casi diario (frecuentemente)
- 2) Una o dos veces por semana (algunas veces)
- 1) Una o dos veces al mes (casi nunca)
- 0) Nunca

36-¿Con qué frecuencia dedicas tu tiempo libre para reflexionar sobre ti mismo o realizar cualquier actividad que te ponga en contacto con la naturaleza o con tu ser espiritual (meditar, rezar, visitar una iglesia, etc.)?

- 3) Nunca
- 2) Una o dos veces al mes (casi nunca)
- 1) Una o dos veces por semana (algunas veces)
- 0) Diario o casi diario (frecuentemente)

### EVALUACIÓN

	Puntaje Obtenido	Evaluación
Alto riesgo	21-13	Es necesario que obtengas mayor placer y relajación de manera natural el uso del tiempo libre
Mediano riesgo	12-8	Puedes dedicar más tiempo a tu desarrollo personal y espiritual
Bajo riesgo	7-1	El uso de tu tiempo libre te está ayudando a manejar la tensión
	0	Continúa como hasta ahora

### EXPRESIVIDAD

Es común que platiquemos o hablemos de nosotros o de nuestras actividades con nuestros seres queridos; sin embargo, no siempre encontramos una satisfacción real en este tipo de comunicación es decir, algo que nos haga sentir comprendidos, sentir que logramos transmitir nuestra necesidades, nuestros sentimientos verdaderos y no aquellos que los otros desean escuchar.

En esta sección te vamos a hacer una serie de preguntas de cómo te expresas con los demás.

37-¿Qué tan frecuente sentís que tenes alguna comunicación significativa con algunos de tus seres queridos, como algún familiar o amigo?

- 3)Diario casi diario(frecuentemente)
- 2)Una o dos veces por semana(algunas veces)
- 1)Una o dos veces al mes(casi nunca)

**0)Nunca**

38-¿Qué tan libremente te sentís dentro de tu familia o con tus familias para expresar tus sentimientos de alergia, frustraciones, dolor, es decir, para reír, llorar o mostrar enojos. Con que frecuencia expresas estos sentimientos?

- 3)Diario casi diario(frecuentemente)
- 2)Una o dos veces por semana(algunas veces)
- 1)Una o dos veces al mes(casi nunca)

**0)Nunca**

39-¿Qué tan frecuente sentís a vos mismo expresar tus sentimientos y pensamientos, ya sean positivos o negativos?

- 3)Diario casi diario(frecuentemente)
- 2)Una o dos veces por semana(algunas veces)
- 1)Una o dos veces al mes(casi nunca)

**0)Nunca**

40-¿Qué tan frecuentemente sentís que las personas que conviven con vos limitan tu expresión?

- 3)Diario casi diario(frecuentemente)
- 2)Una o dos veces por semana(algunas veces)
- 1)Una o dos veces al mes(casi nunca)

**0)Nunca**

## EVALUACIÓN

	Puntaje obtenido
<b>Alto riesgo</b>	<b>15-11</b>
<b>Mediano riesgo</b>	<b>10-6</b>
<b>Bajo riesgo</b>	<b>5-1</b>
	<b>0</b>

## Evaluación

Estas restringido en cuanto a la manifestaciones de tu emociones  
Puedes aprender más sobre como comunicarte con los demás  
Expresas tus emociones y te comunicas adecuadamente  
Continua con esa expresión y comunicación

## CREATIVIDAD

Para profundizar en este cuestionario vamos a definir como creatividad a la capacidad que tenemos los seres humanos de transformar nuestro entorno. Esta creatividad puede consistir en cosas de la vida diaria como hacer agradable nuestro hogar, nuestro entorno, nuestro trabajo y nuestra vida en general.

42-¿Qué tan frecuentemente aportas ideas propias en el decorado de tu hogar, en la manera en la que lo arreglas y distribuís las cosas?

- 3) Nunca
- 2) Una o dos veces al mes (casi nunca)
- 1) Una o dos veces por semana (algunas veces)
- 0) Diario o casi diario (frecuentemente)

**43-¿Qué tan frecuentemente sentís que te permitís aportar soluciones o contribuir con tus pensamientos en las diferentes situaciones que se presentan en tu trabajo?**

- 3) Nunca
- 2) Una o dos veces al mes (casi nunca)
- 1) Una o dos veces por semana (algunas veces)
- 0) Diario o casi diario (frecuentemente)

**44-¿Con qué frecuencia inventas cosas nuevas en la rutina de tu casa, como comer cosas nuevas, usar el tiempo libre de manera diferente etc.?**

- 3) Nunca
- 2) Una o dos veces al mes (casi nunca)
- 1) Una o dos veces por semana (algunas veces)
- 0) Diario o casi diario (frecuentemente)

**45-¿Qué tan frecuentemente piensas que cuando la manera habitual de resolver los problemas no funciona, es que los de más están actuando mal?**

- 3) Diario casi diario (frecuentemente)
- 2) Una o dos veces por semana (algunas veces)
- 1) Una o dos veces al mes (casi nunca)
- 0) Nunca

**EVALUACION**

	<b>Puntaje Obtenido</b>
Alto riesgo	12-9
Mediano riesgo	8-5
Bajo riesgo	4-1
	0

**Evaluación**

Trata de imaginar todas las maneras en que puedas ser creativo

Atrévete a ser mas creativo en todo lo que haces y eres

Continua tratando de crear y transformar tu ambiente y tu vida

Disfruta y sigue así

