

## **CAPITULO I**

### **1.- CAMPO CONTEXTUAL PROBLEMÁTICO**

#### **1.1. Contexto Nacional, Regional Local y/o Institucional**

##### **1.1.1. Contexto nacional y regional**

Ecuador, es un país ubicado en el noroeste de América del Sur. Limita por el Norte con Colombia, al Sur y al Este con Perú y al Oeste con el océano Pacífico. Ecuador es un país multiétnico, con gran riqueza cultural, natural y arqueológica; situado en plena línea ecuatorial, a latitud cero. Tiene 256.370 kilómetros cuadrados de superficie, lo que evidencia que es el más pequeño de los países andinos, pero cuenta con la mayor biodiversidad por metro cuadrado del continente.

Su capital es San Francisco de Quito, sede de los principales entes estatales y del Gobierno Nacional y su ciudad más grande es Santiago de Guayaquil, puerto marítimo principal e importante centro económico. Nuestro país se divide en 24 provincias, distribuidas en cuatro regiones naturales: Amazonía, Costa, Sierra, y Región Insular. En el Ecuador existen 55 volcanes, 14 activos y 41 pasivos, siendo el volcán más alto el Chimborazo, con 6.310 msnm. Es el país con la más alta concentración de ríos por milla cuadrada en el mundo. Es el principal exportador de banano a nivel mundial y uno de los principales exportadores de flores, camarones y cacao.

El Ecuador internacionalmente está considerado como un país de tránsito y centro de acopio de sustancias Psicoactivas o drogas y de Precursores Químicos, así como el lavado de dinero (lavado de activos) y enriquecimiento ilícito.

Se transportan por el país, en especial a Colombia, Precursores Químicos (acetona, éter, ácido sulfúrico) producidos en los países desarrollados, que luego son destinados para el refinamiento de la droga, la misma que procesada regresa a nuestro territorio; por lo que se utilizan nuestros puertos ilegales de Estados Unidos y Europa. Además debe señalarse que operaciones de la Policía Nacional han descubierto, en el territorio, plantaciones y laboratorios para procesar droga.

En relación con el consumo de Sustancias Psicoactivas o Drogas, hay que indicar que existen drogas denominadas lícitas (alcohol, tabaco, inhalantes y medicamentos) porque su comercialización y consumo están legalizados (la venta de alcohol y tabaco a menores de edad es prohibida) e ilícitas (marihuana, cocaína entre otras), porque su producción, comercio, distribución, tráfico y demás acciones relacionadas, son ilegales aunque estos dos tipos de sustancias psicoactivas son consumidas de una u otra forma dentro de nuestro país por los adolescentes.

La Región Litoral del Ecuador es una de las cuatro regiones naturales de dicho país. Comúnmente llamada Costa, está conformada por las provincias de Guayas, Santa Elena, Manabí, El Oro, Los Ríos y Esmeraldas.

Los Ríos provincia del Ecuador, ubicado en la costa ecuatoriana, limita con las provincias de Guayas, Pichincha, Manabí, Cotopaxi, Tungurahua y Bolívar. Su capital es Babahoyo, que se encuentra cerca de los ríos, San Pablo y el Caracol, que se unen para formar el río Babahoyo, que desemboca en el Río Guayas. Cada año el 12 de octubre, los agricultores de la región sostienen un rodeo tradicional. Es la festividad de los agricultores típicamente costeros es celebrado en varios pueblos de Los Ríos y Guayas. La provincia de Los Ríos tiene 780.443 habitantes, 467.613 urbanos y 312.830 rurales. La Provincia de Los Ríos tiene una superficie de 7.100 kilómetros cuadrados, divididos en 12 cantones.

Gran número de adolescentes debido a la necesidad de dependencia y ganas de experimentar nuevas experiencias caen en las redes del consumo de alcohol y drogas en el Ecuador existe una alta la tasa de adolescentes de bajos recursos que sufren de drogo dependencia por consumo de sustancias psicoactivas aproximadamente el 77% de los adolescentes del país ha probado en su vida juvenil algún tipo de droga incluido al alcohol y el 32% ha desarrollado una adicción a las sustancia psicoactiva que consume.

### **1.1.2 Contexto Local**

En el cantón **Babahoyo** es la capital de la provincia de Los Ríos. Fue fundada el 27 de mayo de 1869 (decreto legislativo).Es una de las ciudades más importantes del Ecuador y el puerto fluvial más importante del país por eso es considerada la Capital Fluvial del Ecuador. Es la Capital Provincial más cerca al Puerto Principal Guayaquil.

Tiene una población de 180.000 habitantes de acuerdo al censo del 28 de noviembre del 2010, su centro es uno de los más vastos de la región y se encuentra entre las 10 ciudades más grandes del País y una de las más largas. Gran parte de su población se encuentra en el casco urbano y las periferias de la ciudad que se encuentran alrededor del By Pass (Vía E25 carretera Babahoyo - Quito) que pasa por toda la ciudad de sur a noroeste.

La ciudad está situada en el margen izquierdo del río San Pablo, que al unirse en su desembocadura con el río Catarama forman el río Babahoyo. Una de las más interesantes excursiones en la zona es el descenso en bote por el río Babahoyo. Babahoyo se encuentra en el Litoral y es paso obligado para ir hacia la Sierra por las carreteras Babahoyo - Quito (Vía Panamericana), Babahoyo - Ambato (Vía Flores) y también por la Babahoyo - Riobamba. Babahoyo se encuentra al Sur de la Provincia de Los Ríos las

vías que la unen con las demás ciudades y pueblos de la costa son la Babahoyo - Babà, - Guayaquil - Milagro - Machala. Su situación geográfica es una de las más privilegiadas por Babahoyo pasan cada día más de 25000 carros (entre buses, trailers y autos). Es un punto comercial entre la Costa y la Sierra.

Dentro de la red vial urbana, la ciudad cuenta con dos puentes peatonales que permiten la comunicación con Barreiro y El Salto. Existen cuatro puentes vehiculares: los dos primeros que cruzan los ríos Catarama y San pablo al norte de la ciudad (carretera Babahoyo - Quito); el tercero que cruza el estero Lagarto al Sur de la urbe (carretera Babahoyo - Guayaquil); y el cuarto que está ubicado en el sector La Ventura (carretera Babahoyo - Ambato).

En lo que compete a nuestra investigación se la realizara en el Centro Materno Infantil de la ciudad de Babahoyo con el club de adolescentes pertenecientes a este centro de salud.

### **1.1.3 Contexto Institucional**

La jefatura de área N°1, está ubicada El Cantón Babahoyo, creado por la ley de división territorial de 1824 con las parroquias de Babahoyo, caracol, sabaneta, y pueblo viejo, está constituido en la actualidad por las parroquias urbanas: Babahoyo, clemente vaquerizo, Camilo Ponce, Barreiro, el salto, pinocha, caracol, la unión, Febres cordero (rurales), dentro de la jurisdicción de la Provincia de Los Ríos.

Al norte con fábrica de papel la reforma

Al sur calle Eloy Alfaro

Al este malecón 9 de octubre

Al oeste sector bypass

Teléfonos 735-432 735-114

La estructura organizacional de la jefatura de área No1, por proceso según el Ministerio de Salud Pública, alcanzar un mayor grado de eficiencia del sector salud, mediante la utilización racional del presupuesto, de la capacidad y del equipo instalado, de los recursos humanos, así como de una administración adecuada Y equidad, de los servicios de salud.

Dar prioridad al programa y los proyectos que beneficie a los pobres y a los grupos más vulnerables.

Impulsar el fortalecimiento preventiva y curativa atreves de ampliar la cobertura de educación en salud y el suministro de servicios sanitarios y de agua potable, así mismo se aumentara la cobertura la atención mediante la dotación de suministro y personal adecuado para centro y puesto de salud

Reestructurar al sector salud basado en nuevos métodos de administración que convine las supervisión global con una mayor autonomía y fortalecimiento de la capacidad financiera del sector salud.

El centro de salud se encuentra situado en una zona urbana de fácil acceso para el usuario y está construido en un terreno fangoso con 900,85mts de construcción y hormigón de una planta baja de baldosa en un área de 480,58 metros cuadrados distribuidos de la siguiente manera.

**PLANTA BAJA.**-el área de construcción de esta planta es de 480,58 metros cuadrados, en esta planta se encuentra situado los siguientes servicios de observación, laboratorio. Rayos x, ocho consultorios de atención medica, obstétricas, enfermería, odontología, seis de oficina de atención administrativa como son: recursos humanos, financiero, secretaria, despacho del director la unidad de conducción del área, estadística, insectoría y guardianía.

Con la nueva estructura organizacional del centro de salud Enrique Ponce Luque, cuenta con una infraestructura adecuada para brindar atención al usuario externo e interno, además se subdivide en proceso de acuerdo a:

PROCESO DE ASESORÍA

PROCESO DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE GESTIÓN

PROCESO DE APOYO

PROCESO DE GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

SERVICIOS INSTITUCIONALES

GESTIÓN DE FARMACIA

GESTIÓN Financiera gestión de presupuesto y contabilidad

ADMINISTRACIÓN DE CAJA

PROCESO AGREGADO DE VALORES

OPERATIVIZACION

CONTROL DE MEJORAMIENTO DE SALUD

SERVICIOS TÉCNICOS COMPLEMENTARIOS

### **Misión**

Producir y difundir las estadísticas oficiales con calidad y transparencia para la toma de decisiones en materia de políticas públicas y desarrollo nacional, como organismo técnico especializado y coordinador del Sistema Estadístico Nacional.

### **Visión:**

Ser reconocida, al 2015, como la fuente fundamental de las estadísticas que el país requiere y por los altos estándares de calidad en sus productos y servicios.

## **Valores Institucionales:**

\* Liderazgo

\* Compromiso

\* Excelencia

\* Trabajo en Equipo

\* Innovación

\* Transparencia

## **1.2.Situación actual del objeto de investigación**

En el Ecuador existe un alto consumo de sustancias psicoactivas sobre todo por los adolescentes de nuestro país este problema es muy frecuente en hogares disfuncionales y en sociedades y familias donde el consumo de estas sustancias es habitual causando de esta forma variantes en las actitudes y aptitudes de los adolescentes que las consumen produciendo cambios de comportamiento que pueden desencadenar consecuencias graves en la sociedad.

Actualmente en el Centro Materno Infantil “Enrique Ponce Luque” existe un Club de Adolescentes que se reúnen periódicamente para tratar de socializar y contar sus experiencias sobre los cambios que tuvieron en su personalidad durante el consumo desmedido de sustancias psicoactivas y las consecuencias que desencadenaron en sus familiares y en la sociedad.

Además con un grupo de profesiones del centro de salud fortalecen las actividades de los adolescentes para que no recaigan en el consumo de sustancias psicoactivas y los forman como ejemplo de vida para así poder incluir cada vez mas adolescentes en este club y disminuir el consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes del cantón Babahoyo



### **1.3. Formulación del Problema**

#### **1.3.1. Problema General.**

- ¿Cuáles son los factores que conllevan en el consumo de sustancias psicoactivas y su incidencia en la aptitud y actitudes en el club de adolescentes que acuden al centro materno infantil de la ciudad de Babahoyo, durante el periodo de enero a julio del 2012?

#### **1.3.2. Problemas Derivados**

- ¿Cuál es la aptitud y actitud de los adolescentes que consumen sustancia psicoactivas, que acuden al centro materno infantil de la ciudad de Babahoyo?
- ¿Cuál es el sexo más afectado entre los adolescentes que consumen sustancia psicoactivas, que acuden al centro materno infantil de la ciudad de Babahoyo?
- ¿Cuáles son los componentes psicoafectivos y sociales que ayudaran en la terapia con los adolescentes que consumen sustancia psicoactivas, que acuden al centro materno infantil de la ciudad de Babahoyo?

#### **1.4. Delimitación de la Investigación**

Este trabajo investigativo estará delimitado de la siguiente manera:

El estudio se realizara en el Centro Materno Infantil Enrique Ponce Luque de la Ciudad de Babahoyo con los adolescentes del Club de adolescentes que acuden al Centro antes mencionado y con los familiares y personas cercanas ellos.

El tiempo en que se realizara el estudio será semestral de tal manera que se aplicara de enero a junio del 2012 entonces por ser este un estudio de tipo descriptivo observacional el tiempo al que se refiere este fenómeno investigativo es el mismo al que se ejecutara el estudio.

Las unidades de investigación que intervendrán en el presente trabajo investigativo serán los adolescentes del Centro Materno Infantil Enrique Ponce Luque de la Ciudad de Babahoyo.

También intervienen en el estudio los profesionales de salud, psicología y en especial de enfermería que tengan contacto directo con las unidades de observación.

Para ubicar los datos informativos correspondientes a la presente investigación se deberá remitir a los archivos personales que se encuentren en el Centro Materno Infantil Enrique Ponce Luque de la Ciudad de Babahoyo ya que esta información es necesaria y fundamental para establecer los resultados presentados al final del proyecto.

## 1.5. Justificación

El tabaquismo y el abuso del alcohol y drogas son conductas muy difundidas entre jóvenes. La edad de inicio en el consumo cada vez es más temprana, alrededor de los 10 años de edad. Aumenta y se generaliza el uso de drogas como la marihuana y la cocaína en grupos que tradicionalmente no la usaban como adolescentes de pocos recursos.

Entre los adolescentes el consumo de inhalables es más prevalente que entre los mayores de 19 años.

En los adolescentes varones de 14 a 16 años, el consumo de las sustancias psicoactivas es muy frecuente y elevado y la frecuencia es progresiva hasta los 40 años para luego decrecer, con frecuencia el consumo de estas drogas es asociado con alcohol y tabaco.

La probabilidad de iniciar el consumo de alcohol es alta en edad entre los 12 – 13 años, revelando la gran permisividad del consumo en la etapa puberal.

En cuanto al consumo de tabaco, hay mayor incidencia superando al alcohol entre los 17 y 19 años. El Oxígeno y el tabaco disparan el inicio del consumo de otras drogas.

Hay mayor incidencia de consumo de drogas ilegales entre los 17 – 19 años.

En el Ecuador las estadísticas indican que el 51% de prevalencia de vida para el alcohol, entre estudiantes de secundaria

Aun cuando el alcohol es una sustancia a la que no deben tener acceso los adolescentes, existe una relativa facilidad para conseguirlo, e incluso los escolares estando uniformados ya sea porque se ausentan del colegio o porque se toman como tiempo libre luego de la salida del colegio pueden conseguir con facilidad cualquier licor, además es de gran importancia la predisposición de los vendedores para abastecer de las sustancias psicoactivas a los adolescentes menores de edad sin ninguna restricción .

El consumo de bebida alcohólicas, es un problema social de preocupación para la salud pública.

La ingesta de licor se ocasiona muchas veces por problemas, algunos de ellos, considerables difíciles de superar por lo que consumen, pero a la vez el consumidor desata otra serie de problemas que afecta a la sociedad en su conjunto, como violencia, incumplimiento en el colegio, vandalismo, delincuencia estas son actitudes y aptitudes que afectan a la sociedad las cuales son inducidas por el consumos de estas sustancias psicoactivas que afectan el comportamiento delos adolescentes de nuestra sociedad.

De esta forma se establece el consumo de sustancias psicoactivas y sus consecuencias evidenciadas en las aptitudes y actitudes de los adolescentes de la ciudad de Babahoyo como un problema de salud social prioritario y es imperante realizar un trabajo investigativo sobre este problema para buscar una solución oportuna al mismo.

## **1.6. Objetivos**

### **1.6.1. Objetivo General**

Determinar los factores que conllevan en el consumo de sustancias psicoactivas y su incidencia en las aptitudes y actitudes en el club de adolescentes que acuden al centro materno infantil de la ciudad de Babahoyo, durante el periodo de enero a julio del 2012.

### **1.6.2. Objetivos Específicos**

- Determinar aptitudes y actitudes de los adolescentes que consumen sustancia psicoactivas, que acuden al centro materno infantil de la ciudad de Babahoyo.
- Determinar el sexo más afectado entre los adolescentes que consumen sustancia psicoactivas, que acuden al centro materno infantil de la ciudad de Babahoyo
- Establecer los componentes psicoafectivos y sociales que ayudaran en la terapia con los adolescentes que consumen sustancia psicoactivas, que acuden al centro materno infantil de la ciudad de Babahoyo.

## CAPITULO II

### 2. MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Alternativas Teóricas Asumidas

#### 2.2 CATEGORIAS DE ANALISIS TEORICO CONCEPTUAL

“Se considera **psicoactivo** a toda sustancia química de origen natural o sintético que al introducirse por cualquier vía (oral-nasal-intramuscular-intravenosa) ejerce un efecto directo sobre el sistema nervioso central (SNC), ocasionando cambios específicos a sus funciones; que está compuesto por el cerebro y la médula espinal, de los organismos vivos. Estas sustancias son capaces de inhibir el dolor, modificar el estado anímico o alterar las percepciones.”<sup>1</sup>

Pupilas dilatadas producidas por el consumo de droga **psicoactiva**.

Se considera que una sustancia psicoactiva genera adicción en su consumidor cuando genera síndrome de abstinencia al dejar de consumirla.

##### 2.2.1 DEPENDENCIA

Se considera que una sustancia psicoactiva genera dependencia en su consumidor cuando cumple al menos tres de cuatro requisitos:

1. Genera síndrome de abstinencia al dejar de consumirla.
2. Llevan al consumidor a la reincidencia.
3. Es utilizada con fines recreacionales, no terapéuticos.
4. Tiene la capacidad de influir cambios sobre las funciones normales de la mente del consumidor.

1.-maloka.org/.../index.php?...sustancias-psicoactivas

## Químico

Se clasifican por su estructura química, entendiéndose los siguientes grupos:

- Alcohol: podemos encontrar:
  - Fermentado (vino, cerveza).
  - Destilado (coñac, whisky).
  - Artificial (licores, anís).
- Alucinógenos: estas drogas por lo general más de un 90% de los consumidores la dejan, pues no causa dependencia ni física ni psicológica, se incluyen en este grupo LSD, fenciclidina (PCP), mescalina, psilocibina, DMT, ácidos.
- Drogas de diseño: las principales son éxtasis.
- Psicodpresores: en estos se encuentra las benzodiazepinas, barbitúricos.
- Psicoestimulantes: tales como la cocaína, anfetamina, tabaco, cafeína, xantina.
- Cannabicos: estas drogas no causan dependencia física, pero pueden algunas veces causar dependencia psicológica **no** por un tiempo prolongado; estas son: marihuana, hachís.
- Opiáceos: comprende opio, heroína, morfina, codeína.
- Opioides: incluye Oxycodona, Hidrocodona, Tramadol.
- Volátiles: tales como disolventes, lacas, pinturas, pegamentos.

## Legal

Comprende las drogas legales: el alcohol, el tabaco, los fármacos psicotrópicos (tranquilizantes, anfetaminas, analgésicos, barbitúricos). En este último caso puede darse su uso ilegal cuando se produce por fuera de una prescripción médica que responde a un plan terapéutico.

En algunos países los cannabinoides son totalmente legales o con cierto nivel de legalidad, por ejemplo, exclusivamente para estudio o uso médico.

### 2.2.2 Psicotrópico

Una sustancia **psicotrópica** o **psicotropo** (del griego *psyche*, "mente" y *tropein*, "tornar") es un agente químico que actúa sobre el sistema nervioso central, lo cual trae como consecuencia cambios temporales en la percepción, ánimo, estado de conciencia y comportamiento.

Las diferentes culturas a lo largo de la historia han utilizado sustancias psicotrópicas, con el propósito de alterar deliberadamente el estado de la mente. En la actualidad, muchos psicotrópicos son utilizados en medicina para el tratamiento de condiciones neurológicas o psiquiátricas (*psicofármacos*). El desvío de estas sustancias para empleos recreativos es un fenómeno frecuente. Los fármacos cuya acción terapéutica afecta principalmente otro sistema o aparato y que sólo presentan efectos psicoactivos secundarios (como los antihistamínicos, betabloqueantes y algunas hormonas) no se consideran psicotropos. En ocasiones, se llama a los psicotrópicos **psicoactivos** o *psicoactivantes*, a pesar de que no todos promueven la activación del sistema nervioso.

Una acepción más restringida del término *psicotrópico* refiere, en particular, a aquellas sustancias medicinales incluidas en la Convención sobre sustancias psicotrópicas.

Los psicotrópicos ejercen su acción modificando ciertos procesos bioquímicos o fisiológicos cerebrales. Los mensajes entre las distintas células nerviosas (neuronas) se transmiten a través de estímulos químicos y los mensajes intraneuronas se transmiten a través de estímulos eléctricos. Las neuronas no entran en contacto directo entre sí; en las sinapsis el mensaje



se transmite por medio de neurotransmisores. La mayoría de los psicotrópicos actúan alterando el proceso de neurotransmisión, estimulando o inhibiendo la actividad. Otros, como las sales de litio, actúan modificando la permeabilidad de la membrana neuronal y se emplean en el tratamiento de la psicosis maníaco-depresiva permitiendo reducir las crisis que afectan a estos enfermos. Siguiendo el criterio de la acción que ejercen sobre el sistema nervioso central, las sustancias psicoactivas se suelen clasificar en depresoras, estimulantes o alucinógenos.

### **Psicótopos comunes y su estatus legal**

Los datos tabulados más abajo se basan en la legislación actualmente vigente en EE. UU., que es instrumentada por la DEA (*Drug Enforcement Agency*). Coinciden mayoritariamente con las listas establecidas en la *Convención Internacional de Psicotrópicos* de 1971; incluyen además una de serie de sustancias descubiertas con posterioridad a dicho tratado. Cada país firmante del acuerdo ha variado con el tiempo el estatus de algunas drogas, generalmente por asuntos domésticos relacionados con políticas de fármaco vigilancia.

Todas las sustancias incluidas en las listas, son *sustancias controladas*, con grados variables de regulación estatal. En el caso de las drogas de la lista I, se caracterizan por no tener uso terapéutico reconocido y por su gran potencial de abuso. En la lista II, se encuentran sustancias también asociadas a dependencia, pero con indicaciones médicas legitimadas: nótese que incluso la cocaína está en lista II y no en lista I, a causa de su utilidad como anestésico local de las mucosas. Las drogas de lista II sólo son accesibles con documentación oficial; están bajo supervisión internacional y sujeta a cuotas de producción pre-establecidas. Las listas III y IV se caracterizan por un menor potencial de abuso y no son objeto de

fiscalización; además son accesibles, por lo general, con recetas médicas comunes.

Algunas sustancias, en particular, permanecen en la Lista I provisionalmente, pero podrían ser legalizadas a medio plazo, dado que están en fase avanzada de ensayos clínicos para validar su uso medicinal, o bien ya han sido aceptadas por la *Administración de Alimentos y Drogas* (FDA) de EE. UU. como tratamiento legítimo para condiciones puntuales. El primero es el caso del MDMA (conocido comúnmente como "éxtasis") y el último caso cabe para el GHB (*Xyrem*), ambos han sido propuestos para lista II y lista III, respectivamente.

### **2.2.3 Depresores**

Son aquellos que atenúan o inhiben los mecanismos cerebrales de la vigilia actuando como calmantes o sedantes. En este grupo se encuentran drogas como el alcohol, la heroína y derivados de los opiáceos, las benzodiazepinas y los inhalantes.

Un **depresor** es una sustancia química que ralentiza la actividad del sistema nervioso central. Los depresores son utilizados en medicina como ansiolíticos, sedantes o somníferos. También son utilizados con fines no terapéuticos como drogas lúdicas o de abuso.

Sus efectos inducen:

- Sensación de calma y de bienestar lo que disminuye la ansiedad;
- Somnolencia;
- Euforia en pequeñas dosis;
- Sensación de aturdimiento;
- Relajación muscular;

- Disminución de la velocidad de los movimientos y de los reflejos, incluso pérdida de la coordinación motriz;
- A veces náuseas.

En caso de sobredosis, estas sustancias pueden provocar la muerte por depresión respiratoria.

Los depresores más comunes son el alcohol, los opioides, los barbitúricos y las benzodiazepinas.

#### **2.2.4 Estimulantes**

**Estimulante** (del verbo latín *stimulāre*) o **psicoestimulante** o **psicotónico** es, en general, una droga que aumenta los niveles de actividad motriz y cognitiva, refuerza la vigilia, el estado de alerta y la atención.

Actúan acelerando los procesos mentales, haciendo que la persona que las consume se sienta más alerta y eufórica, aumentan la actividad motriz y se estimula el sistema cardiovascular. Las más conocidas son: la cocaína, la pasta base, las anfetaminas, el éxtasis, y el cigarrillo (en menor medida).

Inicialmente, el hombre descubrió los estimulantes en la naturaleza, pues se hallaban (al igual que ahora) profusamente distribuidos en distintas especies vegetales. Desde entonces, éstos han coexistido con nuestro género, forjando hábitos y creencias profundamente arraigados en todas las culturas.

A partir del siglo XIX, se sumaron a esta clase farmacológica las moléculas aisladas del sustrato vegetal (fundamentalmente alcaloides) y, más tarde, aquéllas que surgieron como producto exclusivo de reacciones químicas ensayadas por el hombre, es decir, las variantes sintéticas. Mecanismo de acción

Todos los compuestos de este tipo receptores de neurotransmisores como noradrenalina (NA) y dopamina (DA). Ambas catecolaminas se vinculan funcionalmente con efectos promotores de la alerta, la vigilia, la atención. Las anfetaminas, por ejemplo, logran aumentar los niveles extracelulares de dopamina en la corteza prefrontal del cerebro, lo que explica buena parte de sus efectos favorables sobre la concentración. La cafeína por su parte bloquea los receptores de adenosina, encargados de procesos de neuromodulación inhibitoria.

Los estimulantes potentes como las anfetaminas se emparentan en términos estructurales por tener en común el grupo funcionalamina, y en términos funcionales, por su acción simpaticomimética (predominantemente central). Todos ellos incrementan los niveles de dopamina en el eje mesolímbico-cortical (comúnmente identificado como vía neuronal de la recompensa o gratificación). En concreto, estas sustancias excitan una estructura ubicada en los ganglios basales, el núcleo accumbens, también conocido como *centro de la recompensa*.

### **Las variantes vegetales**

“Diversas plantas tienen el potencial de desencadenar efectos estimulantes en el hombre, los cuales están mediados por los principios activos presentes en su composición. Una vez ingeridas, ingresan al organismo, liberando en el sistema las moléculas (generalmente alcaloides) con potencial psicoactivo. Éstas, a diferencia del alimento, no son inmediatamente digeridas, sino que previamente logran inducir cambios apreciables (temporarios) en el estado de equilibrio de determinadas funciones orgánicas; más tarde, son metabolizadas y excretadas. De esta manera, puede operarse el efecto fisiológico específico.”<sup>2</sup>

2.- García Liñán, Carmen. “Inhalables”. EDITOR: México: Árbol; 1990 EDICION: 1a

## **Consumo masivo**

Los estimulantes vegetales más conocidos son el café, el té, la yerba mate, el cacao, el guaraná, el tabaco, el betel, el cat, la cola y la coca. Salvo el cat, el tabaco y la coca, las demás tienen como principio activo alguna metilxantina (cafeína, teofilina, teobromina), variando la concentración según los casos.

El mate (infusión típica de Argentina, Paraguay y Uruguay) contiene cafeína, aunque en una concentración algo menor que la del café. El guaraná proviene de una trepadora amazónica (*Paulina Cupana*), cuyas semillas poseen la mayor concentración de cafeína que se haya reportado en especies vegetales (unas 4 veces la del café). La nuez de cola tiene una potencia equivalente a la del café. Lo mismo cabe para el betel, semilla de un tipo de palmera cuyo uso está muy difundido en India, Indonesia, y Birmania. El cacao, por su parte, contiene tanto cafeína como teobromina y fue empleado como estimulante por los aztecas; sin embargo, los chocolates actuales conservan estas propiedades en menor grado.

## **Consumo ilícito**

El cat es la planta con mayor poder estimulante conocido; sus alcaloides (la catina y la catinona) poseen afinidades con la anfetamina. Por su parte, la planta de coca es un estimulante menos activo que el cat. Aunque tiene como principio activo a la cocaína, la concentración de esta droga es modesta, y su biodisponibilidad en el organismo humano es relativamente baja cuando es administrado el sustrato vegetal. No obstante, tratándose del medio exclusivo para conseguir la cotizada cocaína, el cultivo de la coca, así como las iniciativas para erradicarla, son uno de los asuntos sin resolver más importantes en el gobierno estadounidense y colombiano actual.

## **Las variantes sintéticas**

Estas moléculas, fueron aisladas de plantas en que están presentes como principios activos o producidas por la industria farmacéutica; finalmente, en algunos casos, fueron diseñadas químicamente en laboratorios clandestinos dedicados al tráfico ilícito de sustancias.

Los estimulantes más potentes del SNC son la estrocnina, la picrotoxina, y el pentilenotetrazol (Metrazol). Con anterioridad, las propiedades estimulantes de las últimas dos fueron deliberadamente utilizadas por psiquiatras para hacer a las personas retraídas más receptivas a la psicoterapia; en la actualidad, los antidepresivos son usados para este propósito. Aquellos antiguos estimulantes de alta potencia han sido también usados para combatir la intoxicación por drogas depresoras, tales como los barbitúricos. Hoy en día, raramente se usan con este propósito dado por los pocos beneficios obtenidos con respecto a los grandes riesgos, entre estos, su acción proconvulsivante.

## **Circuito legal y desvío**

Por lo general, los estimulantes sintéticos se usan con fines terapéuticos bien definidos; pero a veces son desviados de su circuito, y utilizados con otros fines, incluyendo los *recreativos*, el dopaje deportivo, etc. Otros, como la cocaína, tienen usos terapéuticos muy limitados unidos a un alto potencial de abuso, por lo que se los excluyó de las *farmacopeas* o bien se los marginó.

En el caso de las anfetaminas y sus análogos, este fenómeno de marginación se ha revertido a partir de los 90'. Su circulación farmacéutica se ha expandido vigorosamente, una vez establecidas su seguridad y eficacia en el marco de un uso legítimo, concretamente el tratamiento del TDAH. Los casos más representativos son el *Adderall* y *AdderallXR*, y el *Ritalin*.

Tanto la *Ritalina* y el *Adderall*, han demostrado ser de ayuda para personas con TDAH. En estos casos, estas aminas actúan con "efecto paradójico", dado que el TDAH se asocia comúnmente con hiperactividad y sería esperable que los estimulantes exacerben esos síntomas. Sin embargo, sucede lo contrario, y esto se puede explicar por el hecho de que la estimulación del sistema nervioso simpático también tiene como otro de sus efectos un incremento en la habilidad para concentrarse en tareas mentales. Pero esto es válido en el marco de esquemas terapéuticos. Los casos de uso ilegítimo o abuso a largo plazo se asocian, por el contrario, con un deterioro en las funciones mentales, conduciendo en algunos casos incluso a síntomas psicóticos.

Terapéuticamente, los estimulantes han demostrado tener propiedades para promover el despertar, el estado de alerta (*arousal*), la atención y la cognición. También son usados y a veces abusados para aumentar la resistencia a la fatiga y mejorar la productividad o el rendimiento deportivo (dopaje) o bien para suprimir el apetito y facilitar la reducción de peso (como *anorexígenos*).

### **2.2.5 Psicoestimulantes en perspectiva**

En lo que respecta a estimulantes poco potentes, ejemplos de éstos son metilxantinas (cafeína, teofilina, teobromina), nicotina, piperidol (*Meratran*), deanol o DMAE (dimetilaminoetanol, un agente colinérgico antiguamente conocido por la marca comercial *Deaner*), efedrina, pseudoefedrina, bupropion y mazindol. También podría incluirse en esa categoría al adrafinil, un fármaco de origen francés usado en varios países de Europa como agente antidepresivo y psicotónico, que tiene como principal metabolito activo al modafinilo, siendo éste último al que se atribuyen los efectos estimulantes del adrafinil.

Estimulantes de potencia moderada son las drogas modafinilo, armodafinilo (isómero óptico dextrógiro del anterior, actualmente en fase III de ensayos clínicos), fentermina, dietilpropión (anfepramona), fenproporex, pemolina y su análogo fenozolona.

Finalmente, estimulantes potentes del SNC son sustancias generalmente del grupo de las anfetaminas: anfetamina, dextroanfetamina, metanfetamina, metilfenidato, dexmetilfenidato, MDMA; y, por fuera de ese grupo farmacológico, drogas ilegales y altamente peligrosas, como la cocaína.

### **Cuestión aparte: los antidepresivos**

Inicialmente, cuando los antidepresivos apenas comenzaban a conocerse, se estableció la categoría fármaco terapéutica de los llamados agentes analépticos, y se fijó una distinción entre estimulantes de acción generalizada y estimulantes psíquicos. Los primeros eran los que hoy conocemos propiamente como estimulantes. A los fármacos antidepresivos correspondía originalmente la clase de los denominados estimulantes psíquicos.

Sin embargo, tal denominación ha entrado en desuso. Los antidepresivos son drogas analépticas como las estrictamente estimulantes, pero no se los considera, en general, sustancias estimulantes, ya que no actúan miméticamente sobre el sistema nervioso simpático, no aumentan la actividad motriz, y no suelen tener efecto inmediato sobre el humor. En todo caso, se usa la expresión antidepresivos *activantes* para referirse a los que tienen efectos claramente energizantes, como es el caso de la fluoxetina. Con respecto a esta última, evidencia reciente señala que la fluoxetina aumenta los niveles de dopamina y noradrenalina a nivel de la corteza prefrontal. Más aún, se evaluó este compuesto en forma comparada con otros antidepresivos de la misma familia, encontrándose que es el único con estas propiedades entre los SSRIs.<sup>2</sup> Este hecho esclarecería parte de los



rasgos distintivos de la fluoxetina, como sus efectos activantes sobre la conducta y la cognición, y su relativa eficacia en el tratamiento del ADHD. A pesar de que algunos autores la hayan incluido entre los estimulantes (por ejemplo, Antonio Escohotado se refiere a ella como un *estimulante de acción muy lenta*), es un hecho generalizadamente aceptado que esta sustancia no pertenece esta clase farmacoterapéutica.

### **Los casos-límite**

El caso del adrafinil es ilustrativo de esta dificultad para delimitar claramente la clase de los antidepresivos y la de los estimulantes. En particular, el adrafinil es simultáneamente un antidepresivo y un psicoestimulante. Lo último se debe a que es una pro-droga, cuyo principal metabolito activo es el estimulante modafinilo.

Algo similar cabe para la sibutramina, un agente anorexígeno al que originalmente se atribuyó un mecanismo de acción de tipo antidepresivo, pero que más recientemente se ha aceptado como fármaco de acción estimulante. En este caso, se trata nuevamente de un agente en que coexisten acciones farmacoterapéuticas de tipo antidepresivo y de tipo estimulante.

### **2.2.6 Antidepresivo**

Los **antidepresivos** son medicamentos para el tratamiento de las depresiones mayores. Se dividen en tres clases: los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), los tricíclicos, y los antidepresivos de segunda generación, que actúan sobre la recaptación de los tres principales neurotransmisores que intervienen en la depresión, es decir, la serotonina, la dopamina o la noradrenalina, o de dos de ellas. Estos últimos fármacos se encuentran entre los más recetados actualmente en psiquiatría. La mayoría

de los antidepresivos son eficaces también en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, frecuentemente asociados a las depresiones.

Algunos antidepresivos se usan también para el tratamiento de otras dolencias. Así, por ejemplo, los tricíclicos se recetan en caso de dolor neuropático y de dolor crónico, aunque el paciente no sufra depresión o ansiedad. Para estos tratamientos se emplean dosis menores, y a menudo producen efectos más rápidos que otros medicamentos.

### **Clases de antidepresivos**

- **Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)**

alaproclate, citalopram , etoperidona, escitalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina, zimelidina

- **Inhibidores selectivos de la recaptación de dopamina (ISRD)**

amineptina, fenmetrazina, vanoxerina

- **Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (o norepinefrina) (ISRN)**

atomoxetina, maprotilina, reboxetina, viloxazina

- **Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (o norepinefrina) (IRSN)**

duloxetina, milnacipran, venlafaxina

- **Inhibidores selectivos de la recaptación de dopamina y noradrenalina (o norepinefrina) (IRDN)**

bupropion, reboxetina

- **Antidepresivos tricíclicos (ATC)**

amitriptilina, amoxapina, butriptilina, clomipramina, desipramina, dibenzepina, dosulepina, doxepina, imipramina, iprindole, lofepramina, melitracen, maprotilina, nortriptilina, opipramol, protriptilina, trimipramina

- **Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)**

brofaromina, harmalina, iproclozida, iproniazida, isocarboxazida, moclobemida, nialamide, fenelzina, selegilina, toloxatona, tranilcipromina

- **Antidepresivos tetracíclicos**

maprotilina, mianserina, nefazodona, trazodona

- **Noradrenérgicos y antidepresivos serotoninérgicos específicos (NaASE)**

mirtazapina

- **Potenciadores selectivos de la recaptación de serotonina (PSRS)**

tianeptina

- **Opioides**

### **2.2.6.1 Mecanismo Farmacológico**

Se cree que los efectos terapéuticos de los antidepresivos modernos están relacionados con una actividad sobre los neurotransmisores. En particular, por la inhibición de las proteínas transportadoras de monoamina de la serotonina, dopamina o noradrenalina (norepinefrina), o dos de ellas al

mismo tiempo. Inhibiendo de forma selectiva la recaptación de dichos neurotransmisores por esos antidepresivos, se incrementa el nivel de éstos en las sinapsis, es decir los puntos de conexión entre las neuronas, o células nerviosas.

Por el contrario, los primeros antidepresivos, los inhibidores de la monoaminoxidasa, bloquean la oxidación de los neurotransmisores por la enzima monoaminoxidasa, que los descompone. Desarrollados también antes de los antidepresivos modernos, los antidepresivos tricíclicos previenen al igual que éstos la recaptación de neurotransmisores, pero de forma no selectiva, por lo que actúan entre otros sobre la serotonina, la noradrenalina y la dopamina a la vez. Aunque estos medicamentos son claramente efectivos para tratar la depresión, la teoría actual aún deja algunas cuestiones sin respuesta. Por ejemplo, los niveles terapéuticos de concentración sanguínea se alcanzan en sólo unos pocos días y comienzan a afectar la actividad de los neurotransmisores en poco tiempo. Sin embargo, generalmente los cambios en el estado de ánimo tardan en aparecer cuatro semanas o más. Una explicación sostiene que la "desregulación" de los receptores para los neurotransmisores es aparentemente una consecuencia del exceso de señales entre las neuronas, y que por lo tanto el efecto tarda algunas semanas en notarse. Otra teoría, basada en investigaciones recientemente publicadas por los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos sugieren que los antidepresivos podrían derivar sus efectos de la promoción de la neurogénesis en el hipocampo. Investigaciones recientes apuntan a que los antidepresivos actuarían sobre algunos factores de transcripción llamados "genes reloj", los cuales también estarían involucrados en patologías situaciones de abuso de drogas y posiblemente en la obesidad.

## **Estrategias de tratamiento**

En las mediciones de eficacia, un ensayo exitoso de antidepresivos requiere que al menos un 50% de los pacientes respondan a la medicación, lo que significa que se hayan reducido como mínimo un 50% de los síntomas depresivos. Sin embargo, diferentes formas de tratamiento pueden producir mejores resultados.

### **Sustitución**

Las directrices de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana del año 2000 para el tratamiento de pacientes con trastorno depresivo aconsejan que cuando no se obtenga respuesta con un antidepresivo después de seis a ocho semanas de tratamiento, se debe cambiar a otro, primero de la misma clase, y luego de una clase diferente.

En una serie de estudios abiertos conducidos por el Dr. Michael Thase de la Universidad de Pittsburg se encontró que más de la mitad de los pacientes que no respondieron al primer antidepresivo, respondieron al segundo antidepresivo de la misma clase.

En el año 2002, en un doble "estudio ciego", el mismo autor encontró beneficioso para los pacientes resistentes al tratamiento cambiar de un antidepresivo SSRI a uno tricíclico, o de un tricíclico a un SSRI.

### **Asociación**

En caso de una respuesta insuficiente, la Sociedad Psiquiátrica norteamericana aconseja asociar un antidepresivo administrándolo con otro fármaco, para potenciar su efecto. Entre otros, estos fármacos pueden ser el litio, suplementos de hormonas tiroideas, un antipsicóticos atípico o los agonistas de la dopamina. En otros casos se combinan dos fármacos,

formando uno nuevo, como es el caso del *Symbyax*, que es una combinación de fluoxetina y olanzapina (*Prozac* y *Zyprexa*), medicamento que ha sido aprobado en los Estados Unidos para el tratamiento de la depresión bipolar. Sin embargo, aún hay pocos estudios sobre las asociaciones de medicamentos utilizados para combatir la depresión.

### **Combinación con psicoterapia**

Un estudio del año 2000 mostró que pacientes que tomaban nefazadona (*Serzone*) y acudían a sesiones de psicoterapia tuvieron una respuesta perceptiblemente mejor que aquellos que sólo tomaban *Serzone*.

### **Prevención de recaídas**

En el año 2003 un meta-análisis de 31 ensayos de antidepresivos controlados con placebo encontró que el tratamiento continuado con antidepresivos redujo en un 70% el riesgo de recaídas en depresiones graves. Por su parte, la Asociación Americana de Psiquiatría aconseja en el caso de depresiones graves, que el tratamiento con antidepresivos se prolongue por varios meses después de la desaparición de los síntomas. En los pacientes con antecedentes de episodios depresivos graves, la Asociación Británica de Psicofarmacología recomienda mantener un antidepresivo al menos por seis meses, y hasta tanto como cinco años o incluso indefinidamente.

### **Hábito y dependencia**

Se piensa que los antidepresivos no producen hábito, aunque la supresión brusca puede causar efectos adversos. Los antidepresivos crean pocos o ningún cambio inmediato en el estado de ánimo y requieren normalmente varias semanas para comenzar a tener efecto. Los antidepresivos no tienen las mismas características adictivas de otras sustancias, como la nicotina, la

cafeína, y otros estimulantes. Sin embargo, existe controversia sobre la definición de la adicción en el caso de los antidepresivos. Algunos autores argumentan que los antidepresivos no cumplen los requisitos generalmente aceptados para esa definición. Aunque determinados antidepresivos pueden originar síntomas de privación (síndrome de abstinencia) al retirarlo, no acostumbran a producir impulsos de volver a las dosis anteriormente tomadas. A fin de evitar esos síntomas de privación, se disminuye lentamente la dosis en un periodo de varias semanas.

No deben tomarse en ningún caso antidepresivos sin prescripción médica. La selección de un antidepresivo y de la dosis adecuada para un determinado caso y una persona específica, es un proceso largo y complicado que requiere el conocimiento de un profesional. Algunos antidepresivos pueden empeorar inicialmente la depresión, incluso con pensamientos de suicidio, así como inducir ansiedad o crear agresividad. En ciertos casos, un antidepresivo puede provocar también un cambio en la forma de manifestarse la depresión originando manías e hipomanías, acelerar el patrón de ciclos de estados de ánimo altos y bajos, o inducir el desarrollo de una psicosis en un paciente con depresión que no era psicótico antes de tomar el antidepresivo.

#### **2.2.6.2 Efectos secundarios**

A menudo los antidepresivos pueden causar efectos secundarios o colaterales. La incapacidad para tolerar esos efectos es la causa más común de la suspensión de un antidepresivo, aunque resulte eficaz. Estos efectos son más generales (sueño, dolor de estómago, dolor de cabeza, debilidad corporal e hiperactividad al mismo tiempo.)

## Generales

Aunque los fármacos más recientes tienen una menor cantidad de efectos colaterales, a veces los pacientes informan de efectos colaterales graves asociados con su suspensión, particularmente con la paroxetina y la venlafaxina. Adicionalmente, un cierto porcentaje de pacientes no responden a los medicamentos antidepresivos. Otra ventaja de algunos antidepresivos más nuevos es que pueden mostrar su efecto en pocos días (tan pocos como 5 días), en tanto que la mayoría tarda cuatro o cinco semanas en mostrar un cambio en el ánimo. Sin embargo, algunos estudios muestran que esos nuevos medicamentos también tendrían mayor probabilidad de producir disfunción sexual moderada a grave. Por otra parte, hay medicamentos en pruebas que parecen tener un perfil mejorado en relación a la disfunción sexual y otros efectos secundarios importantes.

Los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) pueden producir una reacción hipertensiva peligrosa, incluso potencialmente letal, si se toman con alimentos que contengan altos niveles de tiramina, tales como los quesos maduros, carnes curadas o extractos de levadura. De igual forma, entraña riesgos serios la toma de determinados medicamentos de prescripción médica y también de fármacos de venta libre. Cualquier paciente actualmente sometido a tratamiento con medicamentos inhibidores de la MAO debería ser controlado estrictamente por su psiquiatra, al cual siempre debería consultar antes de tomar otro medicamento. Estos pacientes deberán informar otros médicos, incluso dentistas, que toman estos antidepresivos, a fin de que no administren fármacos ni anestesia sin el debido conocimiento.

Aunque parece una paradoja, los estudios indican que la ideación suicida es un componente relativamente común en las fases iniciales de la terapia antidepresiva, y puede ser aún más prevalente en los pacientes más jóvenes



tales como los preadolescentes y los adolescentes. Por ello es importante que otros miembros de la familia y aquellas personas relacionadas afectivamente, vigilen el comportamiento de los pacientes jóvenes, en especial durante las primeras ocho semanas de la terapia.

## **Sexuales**

La disfunción sexual es un efecto secundario común, especialmente con los SSRI. En muchos casos, el bupropión, un inhibidor de recaptación dual (NE y DA), produce un incremento moderado de la libido, debido al aumento de la actividad dopaminérgica. Este efecto también se observa con los inhibidores de la recaptación de la dopamina, los estimulantes del sistema nervioso central y los agonistas de la dopamina. Este mecanismo se debe al aumento de la producción de testosterona (causada por la inhibición de la prolactina) y un aumento de la síntesis del óxido nítrico. Se ha demostrado que la apomorfina, la nefazodona y la nitroglicerina reparan alguna disfunción sexual gracias al aumento de la actividad de óxido nítrico. Se ha comunicado que los IMAO tienen la menor cantidad de efectos negativos sobre la función sexual y la libido, particularmente la moclobemida. Se ha informado que el betanechol combate la disfunción sexual inducida por IMAO mediante sus propiedades de agonistacolinérgico, es decir, estimulando la función de la acetilcolina.

## **Sueño**

Prácticamente todos los antidepresivos principales suprimen la fase REM (Rapid EyeMovement) del sueño. De hecho, se ha propuesto que la eficacia clínica de estos medicamentos deriva en gran parte de sus efectos supresores sobre el sueño REM. Los IMAO suprimen de forma completa el sueño REM, en tanto que los ATC y los ISRS han evidenciado que producen reducciones puntuales y sostenidas del sueño REM. Por otra parte, un efecto

secundario que se da con frecuencia en la mayoría de los antidepresivos es el aumento de los sueños vívidos, incluso las pesadillas.

### **Reacciones secundaria con las comunes recetas médicas para el sueño con antidepresivos**

Para recetar antiepilépticos como el común Tegretol® (carbamazepina) a personas que padecen del sueño se debe hacer un chequeo sanguíneo preliminar sobre herencias de fallos de litio, la médula ósea, dopamina, noradrenalina y serotonina. Esto con la finalidad de evitar efectos secundarios graves en pacientes precisamente porque la carbamazepina no se debe usar en pacientes con antecedentes de depresión de la médula ósea, hipersensibilidad al fármaco, miastenia gravis, porfiria aguda intermitente, o sensibilidad conocida a cualquiera de los compuestos tricíclicos como amitriptilina, desipramina, imipramina, protriptilina, nortriptilina, etc. De igual manera y por razones teóricas no se recomienda su uso con inhibidores de la monoaminooxidasa (MAO).

#### **2.2.7 Alucinógeno**

Son aquellas drogas que alteran la percepción, provocando sensaciones irreales o distorsionadas a través de la vista, el tacto e incluso el gusto, el olfato y la audición. Las más conocidas son el LSD y la mescalina. Otros son los inhalantes y chamico que también son depresores, pensando también en sustancias psicoactivas, al igual que cierto tipo de hongos.

Se llama **alucinógenos** a cierto tipo de drogas que, en dosis no tóxicas, causan alteraciones profundas en la percepción de la realidad del usuario. Bajo su influencia, las personas ven imágenes, oyen sonidos y sienten sensaciones muy distintas a las propias de la vigilia. Algunos alucinógenos también producen oscilaciones emocionales rápidas e intensas. Casi nunca

producen confusión mental, pérdida de memoria o desorientación en la persona, ni de espacio ni de tiempo.

Son fármacos que provocan estados alterados de conciencia que afectan a la percepción (alucinación) y varían la noción de la propia identidad. Sus efectos son muy variables, dependiendo tanto de la dosis como de las expectativas del sujeto y el ambiente que le rodea durante la experiencia. Cuando, por una razón u otra, el balance de la experiencia resulta desagradable para el sujeto suele hablarse coloquialmente de "mal viaje".

Los alucinógenos producen sus efectos interrumpiendo la interacción de las células nerviosas y el neurotransmisor serotonina. Distribuido por el cerebro y la médula espinal, el sistema de serotonina está involucrado en el control de los sistemas de conducta, percepción y regulación, incluyendo el estado de ánimo, el hambre, la temperatura corporal, el comportamiento sexual, el control muscular y la percepción sensorial. Algunos alucinógenos antes de llegar al proceso anteriormente descrito pierden un radical en su molécula: tal es el caso de la psilocybina, contenida en los hongos del género psilocybe, que una vez dentro del cuerpo pierde un radical fósforo para de este modo convertirse en psilocina, que al parecer es la sustancia que libera los mecanismos en el sistema nervioso.

El LSD (acrónimo del término alemán para la dietilamida del ácido lisérgico) es la droga que se identifica más comúnmente con el término "alucinógeno" y la más ampliamente usada de este tipo de drogas. Se considera el alucinógeno típico y las características de sus acciones y efectos se aplican a los otros alucinógenos, incluyendo a la mescalina, la psilocibina y la ibogaína, aunque la experiencia con cada alucinógeno varía.

Entre los más utilizados están el LSD, los hongos psilocibios, la mescalina, presente en el peyote y los cactus de la familia Trichocereus, y otros más.

Existen muchas lagunas en el conocimiento científico de las drogas visionarias debido a las trabas que la legislación impone en casi todos los países a la investigación de este tipo de sustancias, sobre todo cuando en ella interviene el consumo humano.

### **2.2.7.1 Tratamiento en casos de mal viaje**

La intoxicación aguda por fármacos alucinógenos no es muy habitual en la actualidad y resulta extraño que se presente sin estar asociada al consumo de alcohol. Normalmente los intoxicados precisan ayuda por causa de las crisis de pánico, derivadas del denominado "mal viaje" (experiencia negativa y desagradable), cuyos síntomas son la angustia y la depresión asociadas a confusión mental, alucinaciones visuales y auditivas, sensación de incapacidad, culpabilidad y riesgos de conductas agresivas con pérdida de autocontrol y peligro de suicidio.

En caso de 'mal viaje' se debe aislar al intoxicado en un lugar tranquilo y poco iluminado, evitando excesivos estímulos a su alrededor. Puede ser útil una música suave. Debe acompañarle una persona que le serene y tranquilice. Se le debe explicar serenamente que lo que ocurre es la reacción de algo que la persona tomó. Y que todo lo que siente, no es más que un efecto que en algún momento llegará a su fin; generando así tranquilidad en el individuo. También es recomendable decirle a la persona la hora exacta en la que el efecto, seguramente, habrá pasado. Muchos están especialmente preocupados por la idea de que han destruido su cerebro, de que son ellos mismos los que se han llevado a la locura y que serán incapaces de volver a su estado normal. Su traslado a un centro médico debe realizarse tomando en cuenta las premisas anteriores.

### 2.2.7.2 ¿Alucinógenos, enteógenos o psicodélicos?

Existe una gran cantidad de nombres para hablar de este tipo de drogas. Alucinógenos, enteógenos, psicodélicos, drogas visionarias, drogas de poder, psicodislépticos, psicotomiméticos, eidéticos etc. Cada uno de los nombres está asociado a una cosmovisión concreta, y no siempre son adecuados en todos los contextos y ninguno describe por completo los efectos psicofisiológicos. En Europa tales efectos son llamados con frecuencia "phantastica". Se suele llamar alucinación a una "percepción sin objeto", o sea, percibir algo donde no está, sea un sonido, una imagen, etc. Ateniéndose a ese sentido, los "alucinógenos" más usados no lo serían, o lo serían sólo en dosis realmente altas o en contextos específicos -falta de luz, etc.-. A ese perfil responde bien sólo una de las familias de las drogas visionarias, que es la de los alcaloides tropanos (escopolamina, hyosciamina, atropina) que se encuentran en ciertas plantas solanáceas (estramonio, toloache, belladona, beleño, mandrágora, brugmansia, etc.).

Muchos autores (Ott, Escohotado) rechazan los términos psicodélico y psiquedélico por estar en exceso asociados con el uso de drogas visionarias en los años sesentas y setentas. Psicodisléptico se refiere a aquello que desata la psique, y es un término que no pretende asignar valores morales. Psicotomimético, en cambio, habla de la sustancia que es capaz de imitar la psicosis. No obstante, nuevos estudios sobre el funcionamiento cerebral han comprobado que las actividades cerebrales provocadas por alucinógenos difieren fundamentalmente de las que se presentan durante psicosis auténticas.

Una subcultura occidental muy grande asigna a las drogas visionarias un valor de tipo espiritual e incluso religioso, inspirados casi siempre por culturas primigenias donde el uso de este tipo de drogas estaba integrado en un contexto chamánico. Ellos son los que prefieren denominarlas plantas de

poder, maestros vegetales, drogas visionarias o enteógenos. Éste último es un neologismo propuesto por Gordon Wasson, Jonathan Ott y otros que sugieren que este tipo de sustancias revelan y generan la divinidad en el interior de quienes las consumen.

## **2.2.8 Cannabinoide**

Un **cannabinoide** es un compuesto orgánico perteneciente al grupo de los terpenofenoles y que activa los receptores cannabinoides en el organismo humano. La forma plural **cannabinoides** originalmente aludía al particular grupo de metabolitos secundarios encontrados en la planta de cannabis, responsable de los efectos farmacológicos característicos de la planta.

### **2.2.8.1 Tipos**

Actualmente, se reconocen tres tipos generales de cannabinoides: los *cannabinoides herbarios o fitocannabinoides* sintetizados naturalmente por la planta de cannabis; los *cannabinoides endógenos*, producidos por organismos animales y por el cuerpo humano (e.g., anandamidas.); y los *cannabinoides sintéticos*, compuestos similares generados en laboratorio.

Uno de los cannabinoides más conocidos es el THC (tetrahidrocannabinol), ingrediente psicoactivo de la marihuana. Sin embargo, la medicina institucional se ha interesado últimamente por otros cannabinoides menos renombrados, dotados de propiedades analgésicas únicas, que están siendo intensamente investigados.

Los cannabinoides actúan a través de dos tipos de receptores, los CB1 que se encuentran en el sistema nervioso central y en los sistemas reproductivo, digestivo e inmune y los CB2 que se encuentran en tejidos periféricos como pulmón, bazo y testículos, así como en algunas células del sistema inmune como los monocitos y los macrófagos y recientemente se ha demostrado que

se encuentran también en el sistema nervioso central a pesar de que antes se pensaba que no era así. El receptor transmembrana CB1 estaría asociado a las GPi (proteínas G inhibitorias) y al activarse se produciría un bloqueo de la entrada de calcio hacia las células así como la inhibición de la adenilatociclasa con la consecuente disminución de la concentración intracelular de AMPc (una molécula que funciona como señalizadora o segundo mensajero en distintas vías enzimáticas intracelulares). Los receptores CB2 aparentemente actúan de forma muy parecida a los CB1.

### **2.2.8.2 Uso terapéutico**

Entre los usos terapéuticos de los cannabinoides se mencionan el tratamiento del glaucoma, de los vómitos inducidos por quimioterapia y como analgésico en el tratamiento del cáncer y de la esclerosis múltiple, sin embargo, estos son usos experimentales.

### **2.2.8.3 Receptores de cannabinoides**

Antes de 1980, hubo mucha especulación sobre los efectos producidos sobre el físico y la psique a través de vía inespecífica en las membranas celulares por parte de los cannabinoides. El descubrimiento del primer receptor de cannabinoides en los años ochenta ayudó a resolver este debate. Estos receptores eran comunes en animales y fueron encontrados en mamíferos, aves, peces y reptiles. Actualmente hay dos tipos conocidos de receptores: el CB1 y el CB2.

### **Receptores de cannabinoides tipo 1 (CB1)**

Los receptores CB1 fueron encontrados por primera vez en el cerebro, específicamente en los ganglios basales y en el sistema límbico. También fueron encontrados en el cerebelo y en los sistemas de reproducción de machos y hembras. Los receptores de CB1 están ausentes en la parte del

tallo cerebral responsable de las funciones cardiovasculares y respiratorias. En consecuencia no hay riesgo de fallo cardiorrespiratorio como sucede con otras drogas. Los CB1 aparecen como responsables de la euforia y de los efectos anticonvulsivos del cannabis.

### **Receptores de cannabinoides tipo 2 (CB2)**

Los receptores de tipo 2 (CB2) se encuentran casi exclusivamente en el sistema inmunitario, con una gran cantidad en el bazo. Los CB2 son los responsables de la acción antiinflamatoria.

También se les llama cannabinoides naturales, cannabinoides herbáceos o cannabinoides clásicos. Son conocidos únicamente porque se producen en una cantidad significativa en la planta de cannabis y están concentrados en una savia viscosa que se producen en estructuras glandulares conocidas como tricomas. Además la savia es rica en terpenos, los cuales son responsables del aroma de la planta. Los fitocannabinoides son bastante insolubles en agua pero muy solubles en lípidos, alcoholes y otros disolventes orgánicos polares.

Todos los cannabinoides naturales son derivados de sus respectivos 2-acidocarboxílico (2-COOH) por descarboxilación (catalizada por calor, luz y condiciones alcalinas).

### **2.2.9 Droga de diseño**

Una **droga de diseño** o **droga de síntesis** describe aquel fármaco de síntesis artificial (o comercializado, si ya existía) de forma clandestina a fin de evitar las disposiciones existentes de las leyes sobre drogas, generalmente mediante la preparación de derivados o análogos de fármacos existentes mediante la modificación de su estructura química; menos comúnmente se refiere a la búsqueda de drogas con estructuras químicas diferentes que



producen efectos subjetivos similares a las drogas ilícitas, con efectos similares o más potentes, que generalmente se venden en el mercado gris, debido a la desregularización existente en cuanto a este tipo de sustancias.

### **Drogas de diseño comunes**

- Opiodes
- Alucinógenos
- Droga disociativa
- Derivados de la piperazina
- Entactógenos
- Estimulantes
- Sedantes
- Cannabinoides
- Esteroides anabólicos.
- Fármacos contra la disfunción eréctil.

#### **2.2.9.1 Opiáceos**

El término **opiáceo** se refiere a los alcaloides presentes en el opio, un extracto de la exudación lechosa y blanca obtenida de la incisión de la cápsula de la amapola o adormidera (*Papaversomniferum L.*). También se ha utilizado tradicionalmente para referirse a los derivados naturales y semi-sintéticos de la morfina. Este término es con frecuencia usado incorrectamente para referirse a todas las drogas con acción farmacológica similar al opio o a la morfina. Éstas pueden clasificarse más apropiadamente bajo el término opioide.

Los principales opiáceos provenientes del opio son la morfina, codeína y tebaína. La papaverina también está presente, pero prácticamente no tiene

efecto sobre el sistema nervioso central, por lo que no se considera un opioide.

### **2.2.9.2 Opioides**

Por mucho tiempo se ha conocido al opio como antidepresivo. Varios opioides se usaron como antidepresivos ocasionales hasta mediados de los años 1950, época en que dejaron de utilizarse de forma definitiva debido a su naturaleza adictiva, a su perfil de efectos secundarios, y, sobre todo, a la aparición de los primeros medicamentos antidepresivos.

Hoy en día, el uso de los opioides en el tratamiento de la depresión es un enorme tabú en el campo médico, debido su asociación con el abuso de la droga. En consecuencia, la investigación ha progresado de manera muy lenta.

Un reducido estudio clínico, llevado a cabo en la escuela de medicina de Harvard en 1995, demostró que la mayoría de los pacientes con depresión mayor, monopolares, no-psicóticos y refractarios al tratamiento, podían ser tratados con éxito con un medicamento opioide llamado buprenorfina.

Un **opioide** es cualquier agente que se une a receptores opioides situados principalmente en el sistema nervioso central y en el tracto gastrointestinal. Hay cuatro grandes clases de sustancias opiáceas: péptidos opioides endógenos, producidos en el cuerpo; alcaloides del opio, tales como morfina (el opiáceo prototípico) y codeína; opiáceos semi-sintéticos, tales como heroína y oxicodona; y opiáceos completamente sintéticos, tales como petidina y metadona, que tienen una estructura no relacionada con los alcaloides del opio.

Aunque el término opiáceo es frecuentemente utilizado para referirse a todas las drogas similares al opio, es más apropiado limitar su alcance a los

alcaloides naturales del opio y a sus derivados semi-sintéticos. El término opioide se refiere únicamente a las sustancias endógenas con capacidad para unirse a estos receptores, como las endorfinas, las encefalinas o las dinorfinas.

Los opioides se unen a receptores opioides específicos en el sistema nervioso y otros tejidos. Existen tres clases principales de receptores opioides:  $\mu$ ,  $\kappa$ , y  $\delta$  (mu, kappa y delta), aunque se han descrito más de diecisiete, incluyendo los receptores  $\epsilon$ ,  $\iota$ ,  $\lambda$ , y  $\zeta$  (épsilon, iota, lambda y zeta). Por el contrario, los receptores  $\sigma$  (Sigma) actualmente no son considerados como opioides debido a que su activación no está reservada al agonista inverso del opioide naloxona, no muestran alta afinidad por los opioides clásicos, y son estereoselectivos para los isómeros dextro-rotatorios, mientras que los otros receptores opioides son estereoselectivos para isómeros levorrotatorios. Además, hay tres subtipos de receptores  $\mu$ :  $\mu_1$  y  $\mu_2$ , y el recientemente descubierto  $\mu_3$ . Otro receptor de importancia clínica es el receptor similar a receptores opioides 1 (ORL1), el cual está relacionado con las respuestas del dolor y el desarrollo de tolerancia a los agonistas opioides  $\mu$  usados como analgésicos. Son todos ellos receptores ligados a proteína Gi/o los cuales inhiben la adenilatociclasa y disminuyen la producción de AMPc, además promueven la apertura de canales de Potasio y el cierre de canales de Calcio presinápticos, todas estas acciones en conjunto disminuyen la excitabilidad neuronal

### **Opiáceos en la clínica**

Los medicamentos que pertenecen a esta clase (también conocidos como narcóticos) incluyen la morfina, la codeína (*metilmorfina*) y la heroína (*diacetilmorfina*); la heroína es de estas tres la que tiene mayor afinidad por los receptores endorfinicos, por lo que es más potente que la morfina; no obstante, entró rápidamente en desuso en la práctica médica, por tener un

perfil de seguridad muy desventajoso y por su mayor potencial de abuso. La morfina se utiliza a menudo como analgésico para aliviar el dolor intenso tras la cirugía o el dolor oncológico intenso. La codeína, por ser menos eficaz que la morfina, se utiliza para dolores menos agudos. Otros ejemplos de opiáceos que se recetan para aliviar el dolor incluyen buprenorfina, oxycodona (*OxyContin*), propoxifeno (*Darvon*), hidrocodona (*Vicodin*) e hidromorfona (*Dilaudid*), así como la petidina (*Demerol*) que se usa menos debido a sus efectos secundarios. Además de sus propiedades analgésicas, algunas de estas drogas, por ejemplo, la codeína y el difenoxilato (*Lomotil*), pueden ser utilizadas para aliviar la tos y la diarrea. Los derivados mórnicos: Fentanilo, Alfentanilo, Sulfentanilo son potentes analgésicos que se utilizan durante la cirugía. Actualmente existe el Remifentanilo (Laboratorio Dr. Gray), que es un potente opiáceo de vida media muy corta está siendo utilizado cada vez más durante los actos anestésicos. En veterinaria son utilizados la etorfina, el carfentanilo y el tiafentanilo, especialmente en especies de fauna silvestre y de zoológico, todos ellos reversibles con naltrexona, diprenorfina o naloxona; el uso de estos fármacos en este tipo de animales se justifica porque la reversión se logra en escasos minutos y con una gran seguridad para el animal y las personas que realizan el procedimiento.

Los analgésicos opioides son un grupo de fármacos que poseen gran actividad analgésica, mediada por la activación de receptores específicos en el sistema nervioso central y periférico, que son derivados naturales del opio, o bien derivados semisintéticos o análogos sintéticos con muchas características en común.

Antiguamente los opiáceos recibieron otras denominaciones:

- hipnoanalgésicos: (hipnos=sueño) y analgésicos narcóticos (narcos=estupor) por su capacidad de generar sueño o estupor.

- opiáceos: para agrupar aquellos fármacos derivados naturales y semisintéticos del opio y endorfinas, como un término genérico que involucra a las tres familias de péptidos endógenos.

Hoy consideramos que el término **opioides** es mucho masabarcativo, incluyendo a todos los agonistas y antagonistas con una actividad morfinosímil, endógenos o exógenos, sean estos naturales, semisintéticos o sintéticos, y es el que se acepta hoy.

## Historia

El conocimiento de los efectos del opio y su uso con finalidades terapéuticas, se remonta tiempo atrás, ya que los datos más claros tienen lugar a partir de los siglos III y IV antes de Cristo: Hipócrates (460-366 A.C.) se refiere a sus propiedades analgésicas con el lema "*Divinum opus est sedare dolores*".

Se lo consideró siempre como una medicación casi milagrosa, llegando Paracelso a considerarlo la "piedra de la inmortalidad".

En 1660, Thomas Sydenham elaboró la tintura de opio que lleva su nombre (Láudano de Sydenham), acuñando la célebre frase: "*entre los remedios que Dios todopoderoso se ha dignado dar al hombre para aliviar sus sufrimientos, ninguno es tan universal y eficaz como el opio*".

Pero el desarrollo más significativo en la historia del uso del opio, aconteció cuando en 1803, F.W. Sertümer -- químico alemán -- logra aislar el alcaloide principal del opio, denominándolo morfina, en relación con Morfeo, el mitológico Dios de los ensueños.

A partir de este descubrimiento, rápidamente acontecieron otros: la codeína en 1832 por Robiquet, la papaverina por Merck en 1848. Comienza entonces

a partir de allí a difundirse en el mundo médico el uso de los alcaloides puros en reemplazo de los

### **2.2.10 Desorganizadoras del SNC**

Son aquellas que sin producir otros efectos (como los anteriormente mencionados), alteran el funcionamiento normal y corriente del SNC, dependiendo precisamente del estado mental del individuo para producir sus efectos. Entre las sustancias más famosas que provocan éstos síntomas, encontramos a la cannabis sativa. La que provoca relajación, aumento de los sentidos, pasividad y reflexión, dependiendo de su dosis, forma de consumo, variedad e interacción con otras drogas como el alcohol.

### **2.2.11 Grado de dependencia**

No todas producen dependencia. La dependencia que generan puede ser psicológica o física.

En un mundo donde la educación, el trabajo, la recreación y otras actividades hacen parte del cotidiano vivir, aparecen de la nada fantasmas que alteran la armonía de la vida, el metabolismo y la capacidad cerebral. Desde hace varios años las sustancias psicoactivas se han convertido en uno de los problemas más graves de nuestra sociedad. El contacto de los seres humanos con sustancias psicoactivas es probablemente, tan antiguo como la humanidad misma. Los nombres dados a algunas plantas confirman el conocimiento que se tenía de sus efectos. A la amapola se le llamó "la planta de la alegría"; al alcohol el "elixir de los dioses" y a la planta de la marihuana "el dulce de las palomas". En las sociedades antiguas, y aún en los grupos indígenas actuales, estas sustancias se asocian con rituales mágico-religiosos y con fines medicinales.

### 2.2.12 Definición de aptitud y actitud

**Aptitud:** Es el conocimiento o capacidad para desarrollar cierta actividad.

La aptitud (del latín aptus = capaz para), en psicología, es cualquier característica psicológica que permite pronosticar diferencias interindividuales en situaciones futuras de aprendizaje. Carácter o conjunto de condiciones que hacen a un hombre especialmente idóneo para una función determinada.

Ejemplo: El estudiante tiene aptitud para ocupar los primeros lugares de la clase.

**Actitud:** Voluntad para encarar las actividades.

Es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas.

En este sentido, puede considerarse la actitud como cierta forma de motivación social -de carácter, por tanto, secundario, frente a la motivación biológica, de tipo primario- que impulsa y orienta la acción hacia determinados objetivos y metas. Eiser1 define la actitud de la siguiente forma: predisposición aprendida a responder de un modo consistente a un objeto social.

Ejemplo: La actitud del atleta fue fundamental para ganar la carrera.

### 2.2.13 Aptitud y actitud mas frecuentes de las personas que consumen sustancias psicoactivas

**ANSIEDAD.-** Los diferentes autores están tendiendo definir ansiedad porque hay un triple sistema de respuestas para definir la ansiedad (fisiológica, motor y cognitivo). Los autores quieren incluir en su definición de ansiedad lo que provoca la ansiedad, se intenta crear definiciones que unan todo esto.

**Sistema Cognitivos Del Estado De Ansiedad.** Se refieren a pensamientos, ideas o imágenes de carácter subjetivo, así como a su influencia sobre las funciones superiores: preocupación, miedo o temor, inseguridad: persona con alta ansiedad, tiene pensamientos negativos, aprensión: respuestas de miedo pero en términos físicos, pensamientos negativos: inferioridad, incapacidad, anticipación de peligro o amenaza, dificultad para concentrarse, dificultad para tomar decisiones, sensación general de desorganización o pérdida de control sobre el ambiente, acompañada por dificultad para pensar con claridad.

**Síntomas Fisiológicos Del Estado De Ansiedad.** Son consecuencia de la actividad de los diferentes sistemas orgánicos del cuerpo humano: síntomas cardiovasculares: palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial elevada, accesos de calor...; síntomas respiratorios: sensación de sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial, opresión torácica; síntomas gastrointestinales: vómitos, náuseas, diarrea, aerofagia, molestias digestivas; síntomas genitourinarios: micciones frecuentes, enuresis, eyaculación precoz, frigidez, impotencia; síntomas neuromusculares: tensión muscular, temblores hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatiga excesiva; síntomas neurovegetativos: sequedad de boca, sudoración excesiva, mareo y lipotimia.

**Síntomas motores del estado de ansiedad.** Hiperactividad, paralización motora, movimientos repetitivos, movimientos torpes y desorganizados, tartamudeo y otras dificultades de expresión verbal, conductas de evitación. Teoría de los dos factores de Mower. En un principio la ansiedad es una emoción adaptativa, nos ayuda a adaptarnos al medio. Si los síntomas de ansiedad se mantienen en el tiempo, pasarían a ser trastornos y ya no haría una conducta adaptativa. Y si el estímulo no es amenazante también sería un trastorno (fobias).



## **DESESPERACIÓN**

Pérdida total de la esperanza.

Alteración del ánimo causada por la cólera, el despecho o el enojo.

**DEPRESIÓN.-** proviene del término latino *depressio* que, a su vez, procede de *depressus* (“abatido” o “derribado”). Se trata de un trastorno emocional que hace que la persona se sienta triste y desganada, experimentando un malestar interior y dificultando sus interacciones con el entorno.

Para la medicina y la psicología, la depresión se manifiesta a partir de una serie de síntomas que incluyen cambios bruscos del humor, irritabilidad, falta de entusiasmo y una sensación de congoja o angustia que trasciende a lo que se considera como normal.

En el desarrollo de la depresión, lo habitual es que se produzca una combinación entre un elevado nivel de estrés y la persistencia de algunas emociones negativas. El consumo de drogas es un factor que puede incidir en la aparición de un cuadro de depresión.

Según la definición clínica de esta patología, la depresión es un trastorno en el estado de ánimo donde aparecen sentimientos de dolor profundo, ira, frustración y soledad e impiden que la persona continúe con su vida ordinaria de

**AGRESIVIDAD.-** es una tendencia a actuar o a responder de forma violenta. El término se encuentra relacionado con el concepto de acometividad, que es la propensión a acometer, atacar y embestir. También se utiliza la palabra para referirse al brío, la pujanza y la decisión para emprender algo y enfrentarse sus dificultades.

La agresividad es un concepto que tiene su origen en la biología, una ciencia que lo ha vinculado al instinto sexual y al sentido de territorialidad. De todas formas, la psicología también se ha encargado del asunto.

Podría decirse que la agresividad es un conjunto de patrones de actividad que pueden manifestarse con intensidad variable, desde las expresiones verbales y gestuales hasta la agresión física. El lenguaje cotidiano asocia la agresividad con la falta de respeto, la ofensa o la provocación.

## 2.2.14 Glosario

**Psicoactivo.-** toda sustancia química de origen natural o sintético que al introducirse por cualquier vía (oral-nasal-intramuscular-intravenosa) ejerce un efecto directo sobre el sistema nervioso central

**Dependencia.-** Necesidad física o psíquica que tiene un individuo de consumir algún producto, generalmente perjudicial para el organismo

**Psicotrópicos.-** agente químico que actúa sobre el sistema nervioso central, lo cual trae como consecuencia cambios temporales en la percepción, ánimo, estado de conciencia y comportamiento

**Depresor.-** es una sustancia química que ralentiza la actividad del sistema nervioso central

**Droga de diseño.-** describe aquel fármaco de síntesis artificial (o comercializado, si ya existía) de forma clandestina a fin de evitar las disposiciones existentes de las leyes sobre drogas.

**Opiáceo.-** se refiere a los alcaloides presentes en el opio, un extracto de la exudación lechosa y blanca obtenida de la incisión de la cápsula de la amapola o adormidera.

**Opioide.-** es cualquier agente que se une a receptores opioide situados principalmente en el sistema nervioso central y en el tracto gastrointestinal.

## **2.3. Planeamiento de hipótesis**

### **2.3.1. Hipótesis general**

Los factores que conllevan al consumo de sustancias psicoactivas incidirán en la aptitud y actitud en los adolescentes que acuden al centro materno infantil de la ciudad de Babahoyo, durante el periodo de enero a julio del 2012.

### **2.3.2 Hipótesis específicas**

Ansiedad, desesperación, depresión, agresividad y desconcentración serán aptitudes y actitudes de los adolescentes que consumen sustancia psicoactivas, que acuden al centro materno infantil de la ciudad de Babahoyo.

El sexo masculino será el más afectado entre los adolescentes que consumen sustancia psicoactivas, que acuden al centro materno infantil de la ciudad de Babahoyo.

El apoyo absoluto de la familia y la psicoterapia de grupo serán componentes psicoafectivos y sociales que ayudaran en la terapia con los adolescentes que consumen sustancia psicoactivas, que acuden al centro materno infantil de la ciudad de Babahoyo.

## 2.4. Operacionalización de las hipótesis específicas

**Hipótesis Específicas 1.**-Ansiedad, desesperación, depresión, agresividad y desconcentración serán aptitudes y actitudes de los adolescentes que consumen sustancia psicoactivas, que acuden al centro materno infantil de la ciudad de Babahoyo.

CONCEPTO	CATEGORÍA	VARIABLE	INDICADOR	SUBINDICADOR
es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas "facultad" es cualquier característica psicológica que permite pronosticar diferencias interindividuales	Actitud Aptitud	VI1 aptitudes y actitudes de los adolescentes	Formas de comportamiento y personalidad.	- agresivo - deprimido - alegre - tímido - desconcentración - ansiedad - volátil
Son sustancias naturales o artificiales que alteran las emociones y percepciones del sujeto	Sustancias psicoactivas	VD1 consumen sustancia psicoactivas	Adicción y dependencia de sustancias psicoactivas	- Alcohol - Tabaco - Marihuana - Coca - Heroína - Fármacos psicoactivos

**Hipótesis Específicos 2.-**El sexo masculino será el más afectado entre los adolescentes que consumen sustancia psicoactivas, que acuden al centro materno infantil de la ciudad de Babahoyo.

<b>CONCEPTO</b>	<b>CATEGORÍA</b>	<b>VARIABLE</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>SUBINDICADOR</b>
<p>es un término de biología que denota al sexo que produce espermatozoides</p> <p>jóvenes que ingresan en un periodo en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad</p>	<p>Sexo masculino</p> <p>Adolescentes</p>	<p>VI2</p> <p>sexo masculino será el más afectado entre los adolescentes</p>	<p>Cantidad de hombres y mujeres con problemas de consumo de sustancias psicoactivas y</p>	<p>- # de mujeres con adicción</p> <p>- # numero de hombre con adicción</p>
<p>Son sustancias naturales o artificiales que alteran las emociones y percepciones del sujeto</p>	<p>Sustancias psicoactivas</p>	<p>VD2</p> <p>consumen sustancia psicoactivas</p>	<p>Adicción y dependencia de sustancias psicoactivas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alcohol</li> <li>- Tabaco</li> <li>- Marihuana</li> <li>- Coca</li> <li>- Heroína</li> <li>- Fármacos psicoactivos</li> </ul>

**Hipótesis Específicos 3.-**El apoyo absoluto de la familia y la psicoterapia de grupo serán componentes psicoafectivos y sociales que ayudaran en la terapia con los adolescentes que consumen sustancia psicoactivas, que acuden al centro materno infantil de la ciudad de Babahoyo.

CONCEPTO	CATEGORÍA	VARIABLE	INDICADOR	SUBINDICADOR
Componentes cuyo objetivo es dar atención grupal e individual de afecto y valoración para dejar alguna adicción o problema	Componentes psicoafectivos	VI3 componentes psicoafectivos y sociales	Apoyo de la familia Psicoterapia de grupo Valoración propia Valoración de los familiares	- Confianza - Aceptación - Autoestima - Confianza - Responsabilidad - Superación
es el conjunto de medios de cualquier clase, higiénicos, farmacológicos, psicológicos, emocionales o afectivos que se usen para revertir una afección	Terapia	VD3 terapia con los adolescentes que consumen sustancia	Asistencia a terapia de grupo en el club de adolescentes	- # de adolescentes que asisten a la terapia de grupo en el club - Charlas sobre

<p>al ser humano</p> <p>Son sustancias naturales o artificiales que alteran las emociones y percepciones del sujeto</p>	<p>Sustancias psicoactivas</p>	<p>psicoactivas</p>	<p>Actividades de ocupación y entretenimiento de los integrantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- consecuencias de la adicción</li> <li>- Experiencias en la adicción</li> <li>- Talleres</li> <li>- Paseos</li> <li>- Charlas a demás jóvenes</li> </ul>
---	--------------------------------	---------------------	--	--



## CAPITULO III

### 3 METODOLOGÍA

#### 3.1 Tipo de Estudio

La investigación que proponemos de acuerdo a los objetivos planteados es aplicada ya que los resultados que se obtengan al terminar este proyecto se los aplicara de una manera práctica para dar solución al problema en cuestión.

De acuerdo al lugar esta investigación se realizara en el mismo sitio donde se presenta el problema y en contacto directo con las personas afectadas por lo cual utilizaremos un estudio de campo que nos permitirá comprobar nuestra tesis en el medio. Además en esta investigación se hace necesario realizar encuestas a los afectados del sector y a los familiares con el fin de dar conclusiones correctas a las causas del problema.

Esta investigación de acuerdo al alcance del estudio será explicativa no experimental ya que esta parte desde la comprobación de las hipótesis y nos va a permitir encontrar las causas específicas que están dando lugar al problema de la realidad social sin utilizar algún tipo de experimento.

#### 3.2 Universo Y Muestra

##### 3.2.1 Universo

PACIENTES	CANTIDAD
Adolescentes con problemas de adicción en el consumo de sustancias psicoactivas que acuden al club de adolescentes del Centro Materno Infantil Enrique Ponce Luque de la ciudad de Babahoyo	37

### **3.2.2 Muestra**

En el caso de los pacientes por ser un número bajo es decir 37 adolescentes nuestra muestra será el total del Universo por lo cual la investigación se realizara con todos los adolescentes afectados.

## **3.3 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.**

### **3.3.1 Métodos.**

En el desarrollo del presente trabajo investigativo se utilizará el método descriptivo porque nos ayuda a detallar la situación actual del objeto de estudio así como determinar sus principales características, también utilizaremos el método inductivo ya que nos permitirá establecer y analizar la causas particulares del problema para luego de esto llegar a una solución general del mismo, además se aplicara en esta investigación el método deductivo puesto que su uso permitirá a partir de problema general de la realidad social , encontrar causas específicas a este problema y de esta manera soluciones al mismo. También se usará el método analítico sintético que nos servirá para procesar la información de campo y las conclusiones del trabajo a través de la cual se facilitará la comprensión de los resultados y el análisis de la investigación, además nos será útil el método estadístico el mismo que nos permitirá comparar los datos obtenidos en la investigación y representar dicha información en tablas y gráficos que faciliten su comprensión y su interpretación.

### **3.3.2 Técnicas.**

Las técnicas de la investigación que van a ser utilizadas en este trabajo investigativo y que serán necesarias para la obtención de datos e

información acerca de la unidad de observación y que además permitirán la verificación de la hipótesis planteadas serán:

- La encuesta
- La observación

La encuesta por que mediante esta técnica podemos realizar procedimientos que consisten en preguntar con la ayuda de un cuestionario, a un número de personas sobre un tema determinado para averiguar la opción dominante, la encuesta estará encaminada establecer la incidencia que tienen el consumo de sustancias psicoactivas en las aptitudes y actitudes de los adolescentes para prevenir el aumento de casos de violencia intrafamiliar y en el peor de los casos el desarrollo de un crimen por parte de algún adolescente adicto a sustancias psicoactivas. Mientras que la observación es una técnica dedicada a ver, oír y analizar los hechos y fenómenos que se desean estudiar para poder obtener información acerca de los fenómenos que se investigan y para comprobar los planteamientos formulados en la investigación mediante una observación consciente, sistemática y objetiva además debemos aplicar en esta técnica la observación directa porque tendremos contacto directo con los pacientes.

### **3.3.3 Instrumentos.**

#### **Cuestionario**

Mediante el cuestionario se podrá obtener información a través de un sistema de preguntas estructurado en formularios impresos que servirá para demostrar las hipótesis formuladas en base a la investigación.

### **3.4 PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

Los datos obtenidos en esta investigación durante la aplicación de las respectivas técnicas serán procesados y analizados utilizando las siguientes tablas de frecuencia para la respectiva interpretación de los resultados.

### **3.4.1 Plan de análisis e interpretación de resultados**

Para el análisis e interpretación de resultados se comparara las opciones obtenidas a través de los instrumentos de investigación con las afirmaciones planteadas en las hipótesis la cual se la realiza analizando variable por variable para comprobar si la hipótesis planteada es real o si el estudio que estamos realizando requiere un replanteamiento para lo cual se utiliza la técnica estadística de medida de tendencia central las cuales son media, moda y mediante la técnica de constratación.

### **3.5 PROCEDIMIENTO**

- Revisión y modificaciones necesarias al proyecto previo su aplicación.
- Ubicación de la unidad de observación y demás involucrados en el estudio
- Aplicación de los instrumentos de investigación a los involucrados en el estudio
- Clasificación y tabulación de los datos e información obtenida a través de los instrumentos de investigación.
- Análisis e interpretación de los resultados.
- Comprobación de la hipótesis.
- Elaboración de las conclusiones.
- Elaboración del informe de resultados y la propuesta de solución.
- Presentación del informe de tesis.
- Sustentación de la tesis.

## CAPITULO IV

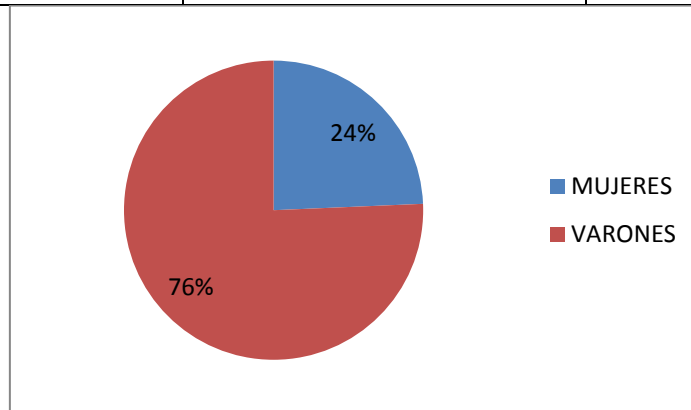
### 4.- ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

#### 4.1. Tabulacion e interpretación de datos

##### 4.1.1. Interpretación de los resultados obtenidos

**Número de afectados por consumo de sustancias psicoactivas según el sexo.**

Número de pacientes	Resultados	%
9	MUJERES	24%
28	VARONES	76%
<b>TOTAL: 37</b>		<b>100%</b>



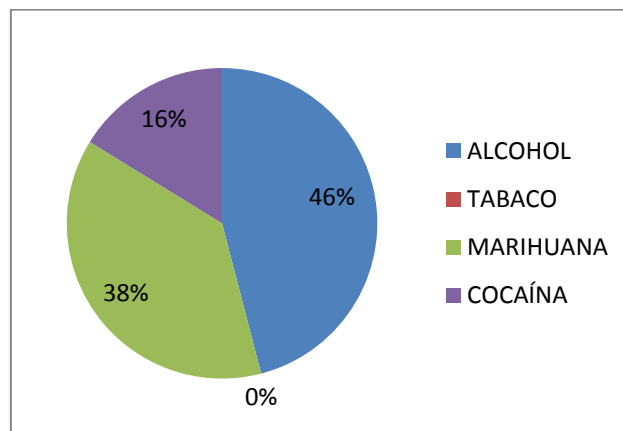
**Fuente:** Estadística Centro de Salud Enrique Ponce Luque.

**INTERPRETACIÓN.-** del grupo de adolescentes encuestados podemos notar que el sexo más afectado es el masculino con un 76%.

**Encuesta a adolescentes atendidos en el Centro Materno Infantil Enrique Ponce Luque de la ciudad de Babahoyo.**

1.- ¿Qué tipo de droga consumías o consumes más frecuentemente?

<b>NIVEL DE INSTRUCCIÓN</b>	<b>Número de pacientes</b>	<b>%</b>
ALCOHOL	17	<b>46%</b>
TABACO	0	<b>0%</b>
MARIHUANA	14	<b>38%</b>
COCAÍNA	6	<b>16%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>	<b>100%</b>

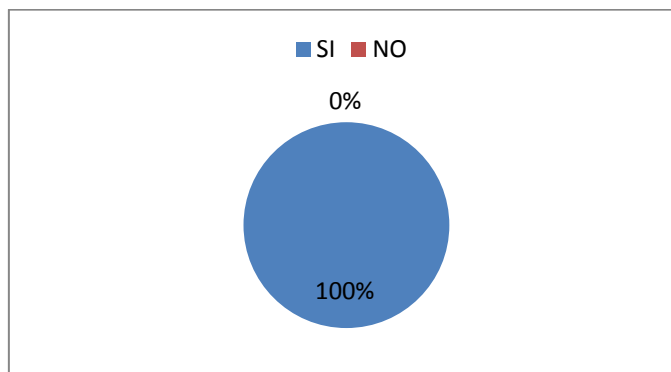


**Fuente:** encuesta.

**INTERPRETACIÓN.-** El 46% de los adolescentes consume o consumía alcohol seguido muy de cerca del 38% que consume o consumía marihuana y el 16% cocaína.

2.- ¿El consumo de drogas te produce sensación de culpa?

Número de pacientes	Respuesta	%
37	SI	100%
0	NO	0%
<b>TOTAL 37</b>		<b>100%</b>



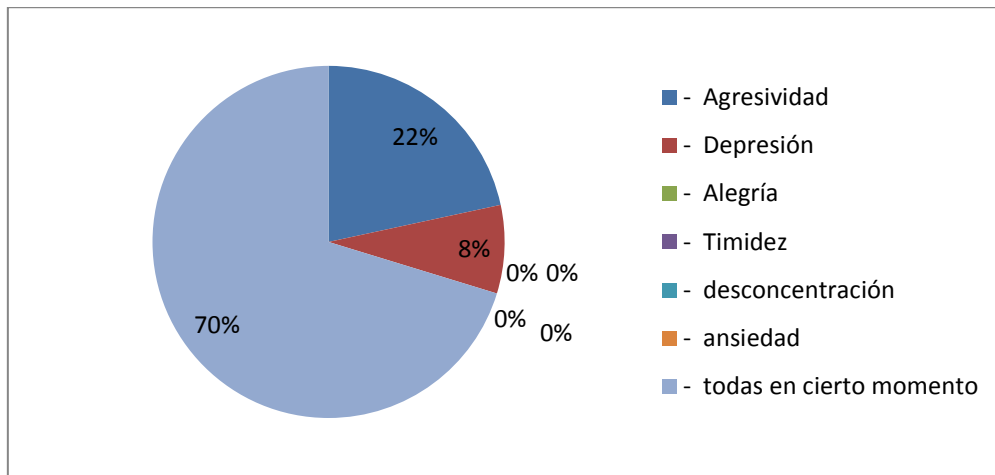
**Fuente:** encuesta.

**INTERPRETACIÓN.-** al 100% de los adolescentes les produce sensación de culpa el consumo de drogas.

3.- ¿Cuáles de las siguientes aptitudes y actitudes te ha producido el consumo de drogas?

- Agresividad depresión alegría timidez desconcentración
- Ansiedad

Número de pacientes	Respuesta	%
8	- Agresividad	<b>22%</b>
3	- Depresión	<b>8%</b>
0	- Alegría	<b>0%</b>
0	- Timidez	<b>0%</b>
0	- desconcentración	<b>0%</b>
0	- ansiedad	<b>0%</b>
26	- todas en cierto momento	<b>70%</b>
<b>TOTAL 37</b>		<b>100%</b>



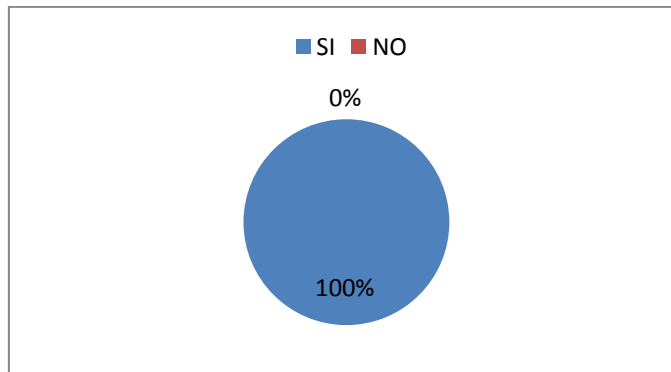
Fuente: encuesta.

**INTERPRETACIÓN.-** el 70% de los adolescentes experimento todas esas aptitudes y actitudes en cierto momento mientras que el 22 % experimento la agresividad y el 8% la depresión.



4.- ¿Ha perdido amistades por el consumo de drogas?

Número de pacientes	Respuesta	%
37	SI	<b>100%</b>
0	NO	<b>0%</b>
<b>TOTAL 37</b>		<b>100%</b>

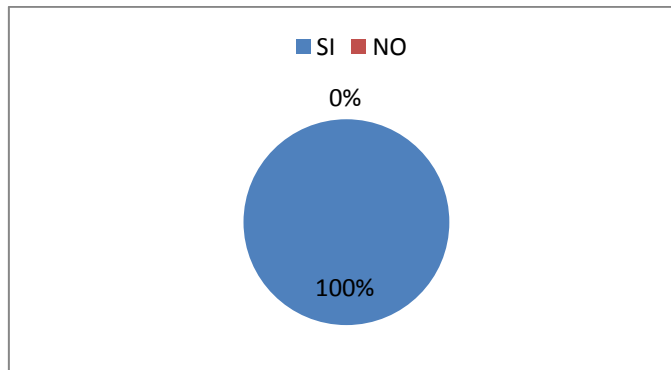


**Fuente:** encuesta.

**INTERPRETACIÓN.-** al 100% de los adolescentes ha perdido amistades por el consumo de drogas.

5.- ¿Te trajo problemas con tu familia y/o amigos el consumo de drogas?

Número de pacientes	Respuesta	%
37	SI	<b>100%</b>
0	NO	<b>0%</b>
<b>TOTAL 37</b>		<b>100%</b>

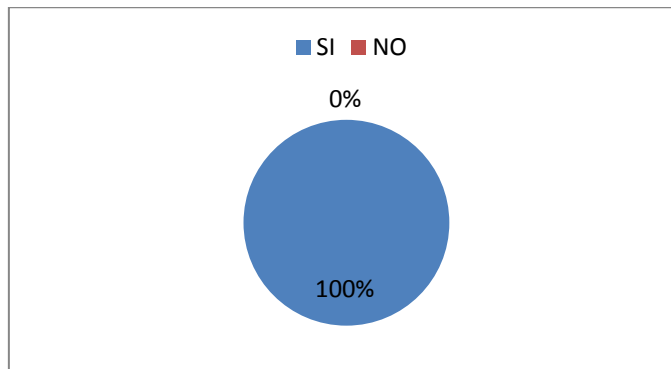


**Fuente:** encuesta.

**INTERPRETACIÓN.-** al 100% de los adolescentes contesto que el consumo de drogas le ha traído problemas con familiares y amigos.

6.- ¿Al estar bajo la influencia de drogas, tuviste enfrentamientos o peleas?

Número de pacientes	Respuesta	%
37	SI	<b>100%</b>
0	NO	<b>0%</b>
<b>TOTAL 37</b>		<b>100%</b>

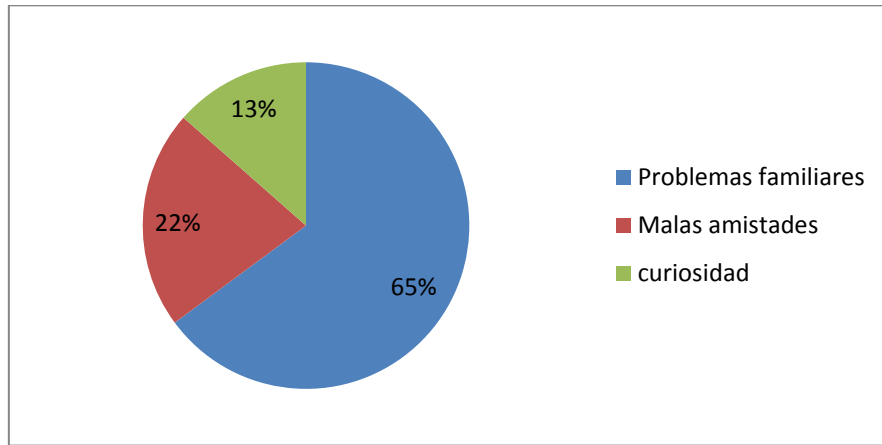


**Fuente:** encuesta.

**INTERPRETACIÓN.-** al 100% de los adolescentes contesto que tuvo enfrentamiento o peleas por estar bajo la influencia de drogas.

7.- ¿Cuál piensa usted que fue la causa de su adicción?

Número de pacientes	Respuesta	%
24	Problemas familiares	65%
8	Malas amistades	22%
5	curiosidad	13%
<b>TOTAL 37</b>		<b>100%</b>

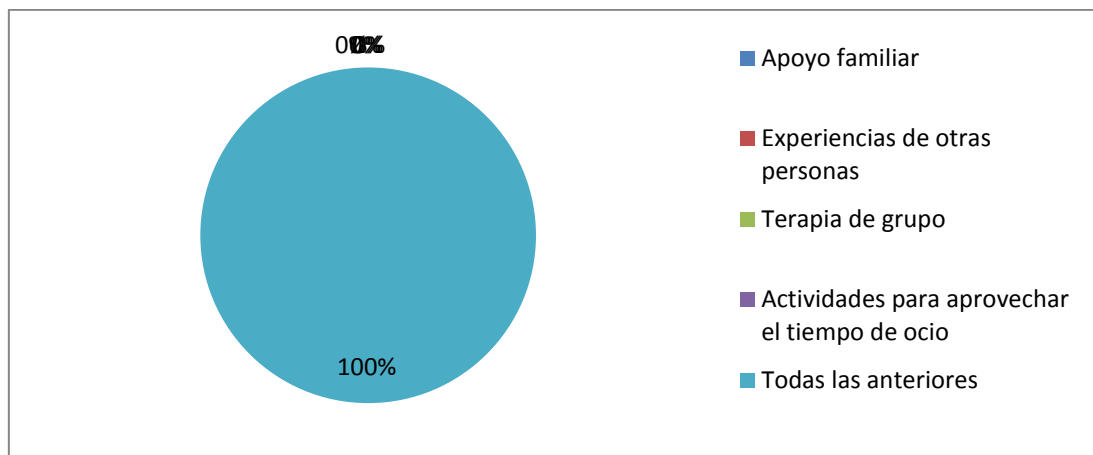


Fuente: encuesta.

**INTERPRETACIÓN.-** el 65% de los adolescente piensa que la causa de su adicción fueron problemas familiares el 22% dice que fueron las malas amistades y el 13% dice que fue por curiosidad.

**8. ¿Qué método ha sido el más efectivo para que usted deje a un lado el consumo de drogas y mejore su calidad de vida?**

Número de pacientes	Respuesta	%
0	Apoyo familiar	<b>0%</b>
0	Experiencias de otras personas	<b>0%</b>
0	Terapia de grupo	<b>0%</b>
0	Actividades para aprovechar el tiempo de ocio	<b>0%</b>
37	Todas las anteriores	<b>100%</b>
<b>TOTAL 37</b>		<b>100%</b>



**Fuente:** encuesta.

**INTERPRETACIÓN.-** al 100% de los adolescentes contesto que el apoyo familiar, las experiencias de otras personas, la terapia de grupo y las actividades para aprovechar el tiempo de ocio han sido efectivos para dejar a un lado el consumo de drogas y mejorar su calidad.

## **4.2. Comprobación y discusión de hipótesis**

Una vez analizados los resultados, en este segmento se presenta la discusión de los mismos, la cual se apoya en la estructura lógica, ofrecida por los objetivos específicos, las principales tendencias observadas plasmadas como supuestos en las hipótesis de esta forma podemos exponer lo siguiente:

La mayoría de los adolescentes afectados por el consumo de drogas son los varones, por la mayor soltura que tienen para realizar acciones sin control de sus padres.

Según las encuestas realizadas la droga de mayor consumo entre los adolescentes que acuden al centro de salud Enrique Ponce Luque es el alcohol, seguido muy de cerca por la marihuana y la cocaína que son drogas de carácter y consumo ilegal, atribuimos este mayor porcentaje de consumo en el alcohol por la facilidad para obtenerlo en nuestra ciudad a pesar de la prohibición de venta a los adolescentes.

Las encuestas arrojaron también información sobre cómo se sentían los adolescentes después del consumo de las drogas en particular las aptitudes y actitudes que tomaban como la agresividad, depresión, ansiedad, alegría, timidez, desesperación todas en determinado tiempo por lo cual estas traían consecuencias a corto o largo plazo como peleas y riñas, problemas con la familia y sentimientos de culpa continuos en los adolescentes lo que hacía que bajen su calidad de vida y sean presa fácil para cometer cualquier delito.

Una vez incluidos en el programa para rehabilitación en el club de jóvenes que asiste al centro de salud Materno Infantil Enrique Ponce Luque lograron

mejorar su estilo de vida y poco a poco dejar el consumo de estas drogas con ayuda de las terapias que mediante las encuestas citaron el apoyo familiar, la terapia de grupo, las experiencias de los demás y las actividades para aprovechar el tiempo de ocio como bases fundamentales en el fortalecimiento de su rehabilitación

Es así como las encuestas realizadas a los/as Adolescentes atendidas en el Centro Salud Enrique Ponce Luque de la Ciudad de Babahoyo durante el primer semestre del año 2012, demuestran la influencia del consumo de sustancias psicoactivas en las actitudes y aptitudes de los adolescentes las cuales pueden desencadenar consecuencias graves en la sociedad.

### 4.3. Conclusiones

Con los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación podemos llegar a la conclusión de que:

El consumo de sustancias psicoactivas influyen en las actitudes y aptitudes de los adolescentes atendidos en el Centro Materno Infantil Enrique Ponce Luque.

La sustancia psicoactiva de mayor consumo entre los adolescentes es el alcohol seguido por la marihuana y por último la cocaína.

El sexo mayormente afectado por el consumo de sustancias psicoactivas es el masculino.

La agresividad, depresión, ansiedad, timidez, desesperación son actitudes y aptitudes que desarrollaron los adolescentes que consumen sustancias psicoactivas poniendo en riesgo su desempeño social y la seguridad de sí mismo y de la sociedad.

Todos los adolescentes durante el consumo de sustancias psicoactivas tuvieron problemas con su familiares y mantuvieron peleas por la actitud que tenían cuando estaban bajo los efectos de dichas sustancias lo cual indica la influencia de las mismas en su vida cotidiana y su desempeño social diario.

El apoyo absoluto de la familia, las experiencia de las otras personas inmersas en el problema, la terapia de grupo y las actividades para aprovechar el tiempo de ocio son componentes psicoafectivos y sociales que ayudaron en la terapia con los adolescentes que consumen sustancia psicoactivas, que acuden al centro materno infantil Enrique Ponce Luque de la ciudad de Babahoyo



## **CAPITULO V**

### **5.- PROPUESTA ALTERNATIVA**

Programa de terapia familiar y social dirigido a adolescentes y familiares que presentan problemas de consumo de sustancias psicoactivas que acuden al Centro de Salud Enrique Ponce Luque de la ciudad de Babahoyo.

#### **5.1. Presentación**

La adicción a sustancias psicoactivas es una enfermedad conforme a criterios de la organización mundial de la salud.

Las adicciones son causadas por la combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales, eso la hace una enfermedad compleja en su tratamiento, y de mediano y largo plazo en su tratamiento y evolución.

Las personas que consumen sustancias psicoactivas han desarrollado vulnerabilidad psicosocial que los hace propensos a las adicciones, esta vulnerabilidad es causada por muchos factores.

Al ser una enfermedad es necesario que el paciente reciba atención especializada por un equipo multidisciplinario en donde se involucran: tratamiento médico, de enfermería, psiquiátrico, psicológico, psicoterapéutico y de ayuda mutua, los cuales se complementan entre sí, lo que permite incrementar la mejoría del paciente.

El paciente y su familia tienen derecho a recibir un tratamiento digno en el cual se respeten plenamente sus derechos.

La participación de la familia es necesaria e importante para la recuperación del paciente, para lo cual es altamente recomendable que la familia asista a terapia conforme al plan de tratamiento seguido.

El éxito del tratamiento depende de la adherencia al mismo, esto significa que el paciente y sus familiares se apeguen al cumplimiento de todas las etapas del tratamiento, asistiendo y efectuar las tareas asignadas en cada una de ellas.

El internamiento de un paciente consumidor de drogas solo se deberá efectuar cuando un equipo profesional evalúe el caso y determine que esa es la mejor opción para el paciente; aunque la familia lo solicite, no todos los casos requieren internamiento.

Es recomendable que el paciente decida voluntariamente atenderse en caso de adicción a drogas, cuando el aún se niega a esto, la familia puede comenzar a asistir a terapia sin la presencia de quien consume drogas para analizar y comprender la situación y su negación, y así encontrar la forma de ayudar a su familiar para que lo más pronto posible decida buscar la solución al problema de la adicción.

En el tratamiento de adicciones, es altamente probable la recaída en el consumo de drogas, se debe recordar que una adicción es muy difícil de controlar y que esto no solo depende de la voluntad de las personas, LAS RECAÍDAS NO SON FRACASO, son parte de la evolución de la enfermedad y su tratamiento, si las hay, se debe actuar conjuntamente con el equipo que atiende el problema para continuar lo más pronto posible con el tratamiento.

En la solución a las adicciones, se requiere además de la voluntad, de un tratamiento especializado que atienda las diferentes dificultades que se presentan a lo largo del proceso terapéutico.

La adicción y su tratamiento ofrecen solución a mediano y largo plazo, no existen soluciones rápidas, la recuperación es lenta, con muchas dificultades y en los casos de éxito existen muchos cambios a nivel de vida personal de los consumidores de drogas y a nivel de funcionamiento familiar.

Los familiares evolucionan junto con los pacientes en el acompañamiento y terapia, de esta forma las familias encuentran mejores formas de funcionamiento en su vida cotidiana.

Cuando la familia ha intentado soluciones y agotado sus recursos internos y el problema de consumo de drogas esta fuera de su alcance para solucionarlo, los familiares de consumidores de drogas debieran de considerar que el tratamiento es la mejor opción y solución a la adicción, es tiempo de buscar ayuda externa.

## **5.2. Objetivos**

### **5.2.1. Objetivo General**

Elaborar programa de de terapia familiar y social dirigido a adolescentes y familiares que presentan problemas de consumo de sustancias psicoactivas, que involucre los adolescentes, familia y personal de salud.

### **5.2.2. Objetivo específico**

- Diseñar actividades familiares que fomenten la apertura y la interrelación entre el personal de salud, adolescentes y familia en materia de consecuencias del consumo de drogas.
- Promover en el personal de salud del Centro de Salud Enrique Ponce el uso de actividades diseñadas en la motivación, alto autoestima y entretenimiento sano como deportes para aprovechar las horas de ocio de los adolescentes.
- Revalorizar la afectividad y el amor al prójimo como componente esencial de la vida en familia.
- Propiciar la comunicación asertiva en todo tipo de tema entre las familiares y el adolescente.
- Favorecer la formación de conductas sanas basadas en actitudes y aptitudes que fortalezcan su buen desempeño en la sociedad con el prójimo.

### 5.3. Contenidos

<b>Estrategias</b>	<b>Resultados esperados</b>
Diagnostico de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes e información de la investigación	Perfil drogodependiente de los/las adolescentes del centro de salud.
Talleres interactivos de capacitación a adolescentes, familiares y amigos más cercanos sobre apoyo familiar y técnicas para dejar las drogas.	Adolescentes, familiares ya amigos capacitados sobre apoyo familiar y técnicas para dejar las drogas.
Capacitación continua al personal de salud en atención a adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas y técnicas de terapia grupal y actividades de sano esparcimiento para aprovechar las horas de ocio	Personal de salud con capacitación continua en técnicas de terapia grupal y actividades de sano esparcimiento para aprovechar las horas de ocio
Ilustraciones	Folletos, trípticos, afiches, manuales.

#### 5.4. Descripción de los aspectos operativos de la propuesta

Dotado de una serie de lineamientos necesarios para llevar a cabo la transmisión de conocimientos, habilidades y destrezas ordenada y sistemáticamente para lograr resultados en el desempeño de las actividades y alcanzar un alto grado de satisfacción en la rehabilitación de los adolescentes del centro de salud se considero describir los aspectos operativos de esta propuesta que se determinan:

<b>Proceso que incide la aplicación de la propuesta</b>	<b>Tipos de estrategia</b>
Activación de conocimientos previo a la ejecución de la propuesta	Objetivos o propósitos Pre test
Análisis de los resultados	Información generada de los objetivos o propósitos del Prest
Difusión de Resultados	Reunión con personal de salud del de la unidad operativa.
Capacitación continua al personal de salud en atención a adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas y técnicas de terapia grupal y actividades de sano esparcimiento para aprovechar las horas de ocio	Modalidad Seminario.
Talleres interactivos de capacitación a adolescentes, familiares y amigos más cercanos sobre apoyo familiar y técnicas para dejar las drogas.	Modalidad Taller

## **5.5. Recursos**

### **5.5.1. Recursos Humanos**

- Personal de Salud del Centro de Salud Enrique Ponce Luque de la ciudad de Babahoyo.
- Adolescentes del Club de Adolescentes del Centro de Salud Enrique Ponce Luque de la ciudad de Babahoyo.
- Familiares y amigos más cercanos de los adolescentes del Club de Adolescentes del Centro de Salud Enrique Ponce Luque de la ciudad de Babahoyo.
- Equipo Gestor de la Investigación

### **5.5.2. Recursos Materiales**

- Papel bond A4
- Plumas
- Manuales de atención
- Memoria Flash
- CDs
- Libros y Texto de apoyo
- Internet
- Computadora
- Impresora
- Proyector
- Cámara Fotográfica

### 5.5.3. Recursos Financieros

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>PRESUPUESTO</b>
Diagnostico e información de la investigación	Técnicas: Entrevista: Guías Encuesta	\$50,00
Análisis, revisión, presentación de los resultados del diagnostico	Audiovisuales Material informativo	\$ 50,00
Aprobación de la propuesta	-----	\$ 00,00
Selección y elaboración del material didáctico para ejecutar taller a los adolescentes y familiares	Textos Revistas Folletos Afiches Papel bon Marcadores	\$ 250,00
Selección y elaboración del material didáctico para ejecutar seminario para los profesionales de salud de la unidad operativa	Papel bond A4 Plumas Manuales de atención Memoria Flash CDs Libros y Texto de apoyo Internet Computadora Impresora Proyector Cámara Fotográfica	\$ 250,00
Selección de los temas	Manuales del MSP Libros Revistas Folletos	\$ 00,00
Establecer horarios para ejecutar las charlas	-----	\$ 00,00
Ejecución de la propuesta	-----	\$ 300,00
<b>TOTAL</b>	-----	<b>\$850,00</b>



### 5.6. Cronograma de ejecución de la propuesta

ACTIVIDAD / TIEMPO	oct-10	nov-10	dic11	ene-11	feb-11	mar-11
Diagnóstico e información para establecer la ejecución de la propuesta	x					
La presentación de los resultados del diagnóstico		x				
Análisis, revisión y aprobación de la propuesta		x				
Seleccionar y elaborar material didáctico			x			
Establecer horarios adecuado para el Taller y Seminario			x			
Ejecución				x	x	x

## 6. BIBLIOGRAFÍA

### LIBROS

- Vallés Llorente, Ángel; Generalitat Valenciana [España] “Padres, hijos y drogas: una estrategia de intervención psicológica para la prevención de las drogas dependencia” .EDITOR: Valencia: General itata Valenciana; 1996 EDICION: 1a.
- Labake, Julio Cesar; Meroni, Graciela. “Por amor a la vida: no a las drogas.” EDITOR: Buenos Aires: Bonum ; 1993 EDICION: 3a.ed
- García Liñán, Carmen. “Inhalables” .EDITOR: México: Árbol; 1990 EDICION: 1a.
- Burt Martha. (1998). *¿Por qué debemos invertir en los adolescentes?* Washington D.C.: OPS /OMS y W. Kellog Foundation.
- Donoso, José, (1997). *Tiempo libre, recreación, consumo de cigarrillos y alcohol* . En: ÁVILA, F. (editor). Así opinan los niños, niñas y jóvenes ecuatorianos. Quito: DNI.
- Donzelot, Jacques, (1998). *La policía de las familias*. En: UNICEF, Derecho a tener derecho. Volumen 2. Quito: UNICEF. Naciones Unidas (ONU). (n. d.) *Convención sobre los Derechos de los Niños* . Nueva York: UNICEF.
- O'Donnell, Daniel, (1998). *La Convención sobre los Derechos de la Niñez: estructura y contenido* . En: UNICEF, Derecho a tener derecho. Volumen 1. Quito: UNICEF.
- República del Ecuador. Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP). (1996). *Informe general sobre la Segunda encuesta nacional sobre consumo de drogas en el Ecuador - 1995* . Quito. CONSEP / SEVIP.
- República del Ecuador. Sistema Ecuatoriano de Vigilancia Integral para la Prevención de la Droga - Ministerio de Educación y Cultura

(SEVIP-MEC). (1998). *Informe general sobre la Primera encuesta a estudiantes de secundaria* . Quito. SEVIP - MEC

**PÁGINAS DE INTERNET.**

<http://es.wikipedia.org/wiki/Psicoactivo>

[maloka.org/.../index.php?...sustancias-psicoactivas](http://maloka.org/.../index.php?...sustancias-psicoactivas)

[www.greenfacts.org/es/sustancias-psicoactivas/index.htm](http://www.greenfacts.org/es/sustancias-psicoactivas/index.htm)

[www.saludcapital.gov.co/.../...](http://www.saludcapital.gov.co/.../)

[www.slideshare.net/maolozada/sustancias-psicoactivas-y-sus-efectos](http://www.slideshare.net/maolozada/sustancias-psicoactivas-y-sus-efectos)

# ANEXOS

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**ANEXO 2**

**Formulario de entrevista aplicada a los adolescentes que acuden del  
Centro de Salud Enrique Ponce Luque.**

De la manera más comedida le estoy solicitando su anuencia para que conteste las preguntas formuladas en la presente encuesta. Aclaramos que esto no los compromete en nada que no sea investigación.

Datos Informativos:

Lugar: Centro de Salud Enrique Ponce Luque

Cantón: Babahoyo      Parroquia: Camilo Ponce

1.- ¿Qué tipo de droga consumías o consumes más frecuentemente?

- ALCOHOL
- TABACO
- MARIHUANA
- COCAÍNA

2.- ¿El consumo de drogas te produce sensación de culpa?

- SI
- NO

3.- ¿Cuáles de las siguientes aptitudes y actitudes te ha producido el consumo de drogas?

- Agresividad
- depresión
- alegría
- timidez
- desconcentración
- Ansiedad

4.- ¿Ha perdido amistades por el consumo de drogas?

- SI
- NO

5.- ¿Te trajo problemas con tu familia y/o amigos el consumo de drogas?

- SI
- NO

6.- ¿Al estar bajo la influencia de drogas, tuviste enfrentamientos o peleas?

- SI
- NO

7.- ¿Cuál piensa usted que fue la causa de su adicción?

- Problemas familiares
- Malas amistades
- curiosidad

8. ¿Qué método ha sido el más efectivo para que usted deje a un lado el consumo de drogas y mejore su calidad de vida?

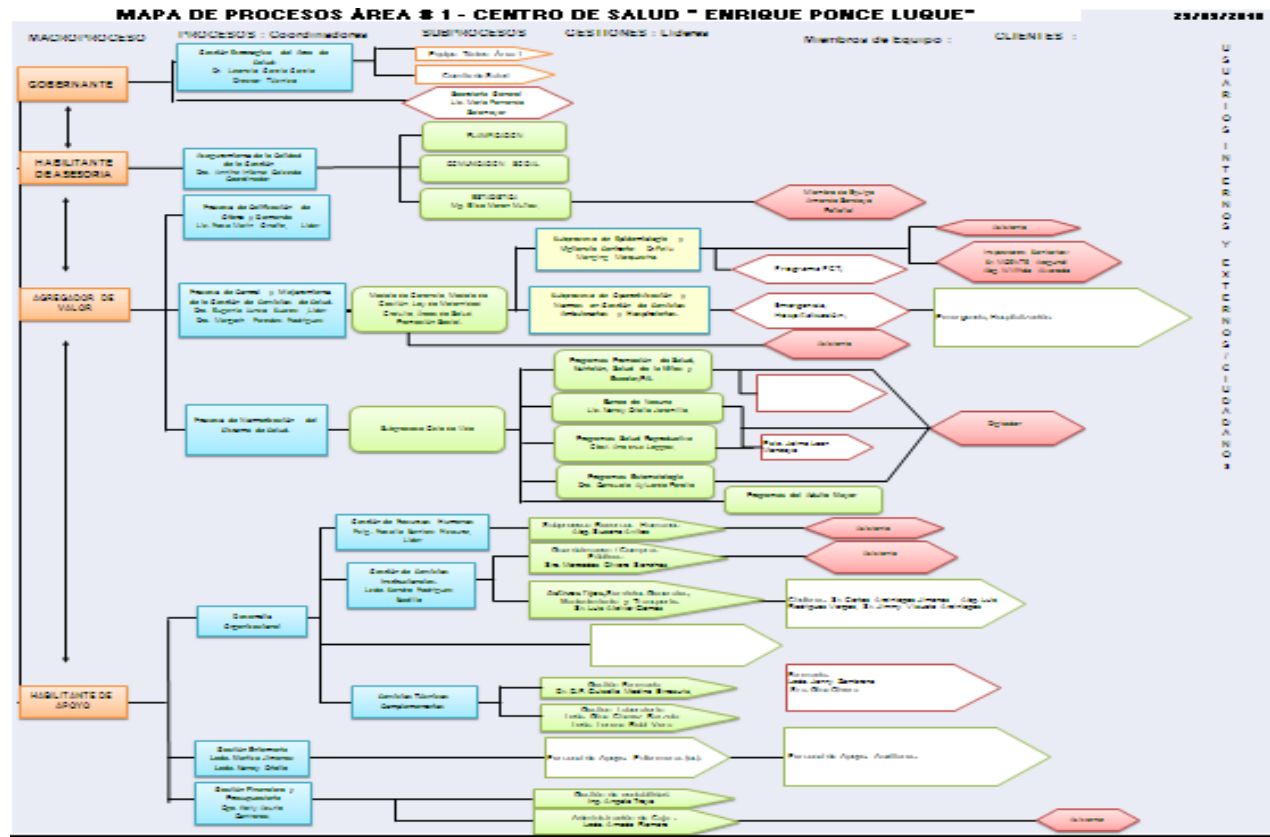
- Apoyo familiar
- Experiencias de otras personas
- Terapia de grupo
- Actividades para aprovechar el tiempo de ocio
- Todas las anteriores

## MATRIZ DE RELACIONES DE PROBLEMAS, OBJETIVOS E HIPÓTESIS

**TEMA:** LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y SU IMPACTO EN LA PROLIFERACIÓN DEL DENGUE SIMPLE Y GRAVE, ESTUDIO A REALIZARSE EN EL SECTOR “EL SALTO” DE LA CIUDAD DE BABAHOYO, DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2012

<b>PROBLEMA GENERAL</b>	<b>OBJETIVO GENERAL</b>	<b>HIPÓTESIS GENERAL</b>
¿Cuáles son los factores que conllevan en el consumo de sustancias psicoactivas y su incidencia en la aptitud y actitudes en el club de adolescentes que acuden al centro materno infantil de la ciudad de Babahoyo, durante el periodo de enero a julio del 2012	Determinar los factores que conllevan en el consumo de sustancias psicoactivas y su incidencia en las aptitudes y actitudes en el club de adolescentes que acuden al centro materno infantil de la ciudad de Babahoyo, durante el periodo de enero a julio del 2012	Los factores que conllevan al consumo de sustancias psicoactivas incidirán en la aptitud y actitud en los adolescentes que acuden al centro materno infantil de la ciudad de Babahoyo, durante el periodo de enero a julio del 2012.
<b>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</b>	<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>HIPÓTESIS ESPECIFICAS</b>
<p>¿Cuál es la aptitud y actitud de los adolescentes que consumen sustancia psicoactivas, que acuden al centro materno infantil de la ciudad de Babahoyo?</p> <p>¿Cuál es el sexo más afectado entre los adolescentes que consumen sustancia psicoactivas, que acuden al centro materno infantil de la ciudad de Babahoyo?</p> <p>¿Cuáles son los componentes psicoafectivos y sociales que ayudaran en la terapia con los adolescentes que consumen sustancia psicoactivas, que acuden al centro materno infantil de la ciudad de Babahoyo?</p>	<p>Determinar aptitudes y actitudes de los adolescentes que consumen sustancia psicoactivas, que acuden al centro materno infantil de la ciudad de Babahoyo.</p> <p>Determinar el sexo más afectado entre los adolescentes que consumen sustancia psicoactivas, que acuden al centro materno infantil de la ciudad de Babahoyo</p> <p>Establecer los componentes psicoafectivos y sociales que ayudaran en la terapia con los adolescentes que consumen sustancia psicoactivas, que acuden al centro materno infantil de la ciudad de Babahoyo.</p>	<p>Ansiedad, desesperación, depresión, agresividad y desconcentración serán aptitudes y actitudes de los adolescentes que consumen sustancia psicoactivas, que acuden al centro materno infantil de la ciudad de Babahoyo.</p> <p>El sexo masculino será el más afectado entre los adolescentes que consumen sustancia psicoactivas, que acuden al centro materno infantil de la ciudad de Babahoyo.</p> <p>El apoyo absoluto de la familia y la psicoterapia de grupo serán componentes psicoafectivos y sociales que ayudaran en la terapia con los adolescentes que consumen sustancia psicoactivas, que acuden al centro materno infantil de la ciudad de Babahoyo.</p>

## FOTOS



ESTRUCTURA ORGÁNICA FUNCIONAL ÁREA DE SALUD ESTRUCTURA ORGÁNICA FUNCIONAL ÁREA DE SALUD #1  
LOS RÍOS

MAPA DE PROCESO JEFATURA DE SALUD ÁREA 1





**CENTRO MATERNO INFANTIL ENRIQUE PONCE LUQUE**

**EN EL INGRESO AL CENTRO DONDE SE REALIZO LA INVESTIGACIÓN**



**REALIZACIÓN DE ENCUESTAS A LOS ADOLESCENTES**



**REALIZACIÓN DE ENCUESTAS A LOS ADOLESCENTES**