

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CONSUMO DE DROGAS EN ESTUDIANTES DEL CICLO BASICO

Estudio realizado en estudiantes de un establecimiento público de la ciudad capital
durante Junio a Julio de 1997.

FLOR DE MARIA CAR XOCOY

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, septiembre de 1997.

INDICE

	Pag.
I. Introducción	1
II. Definición del problema	2
III. Justificación	3
IV. Objetivos	4
V. Revisión Bibliográfica	5
VI. Metodología	19
VII. Variables	21
VIII. Presentación de los resultados	22
IX. Análisis y discusión de los resultados	31
X. Conclusiones	33
XI. Recomendaciones	34
XII. Resumen	35
XIII. Referencias Bibliográficas	36
XIV. Anexos.	38

I. INTRODUCCION

Si bien por lo general la palabra droga se asocia con algo desconocido y atemorizante, es posible conceptualizar el fenómeno si se analiza desde el punto de vista de su génesis social y del impacto que produce en la estructura de la sociedad en su conjunto.

El consumo de drogas tanto legales como ilegales se incrementó significativamente en los últimos cuarenta años, multiplicándose igualmente las campañas preventivas, instituciones de rehabilitación, planes y programas específicos. (4)

Para determinar cómo este problema afecta a nuestros jóvenes, realicé el siguiente estudio en una población de 486 estudiantes de un Instituto Público para Varones de Educación Básica de la ciudad capital; los objetivos que motivaron este estudio consistían principalmente en investigar sobre el consumo de drogas, su frecuencia de consumo y edad de primer consumo entre los estudiantes.

Para llevar a cabo la investigación en esta población se utilizó como instrumento de recolección de datos un cuestionario que cada uno de los estudiantes respondió de manera anónima.

Los resultados obtenidos en esta investigación demuestran que de los 486 estudiantes, 78 (16.05%) estudiantes ya han consumido o consumen algún tipo de droga; así mismo se estableció que las drogas de mayor consumo entre los estudiantes son los cigarrillos y las bebidas alcohólicas; en cuanto a la frecuencia de consumo refiere que la mayor frecuencia es de 3 a 9 veces al mes para los cigarrillos y las bebidas alcohólicas y de 1 a 2 veces al mes para cocaína y anfetaminas; también se determinó que la edad de primer consumo para los cigarrillos y las bebidas alcohólicas se encuentran entre los 8 y 16 años, mientras que para otro tipo de drogas se observó entre los 11 y 16 años.

El estudio también revela que entre los estudiantes existe ya el policonsumo, siendo la combinación preferida alcohol y tabaco.

II DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

Se define drogadicción como un trastorno caracterizado por un deseo incontrolable de consumir una droga a la cual el sujeto se ha habituado merced a su consumo repetido y con la que busca obtener un efecto que considera gratificante, produciendo una alteración de la actividad mental, las aptitudes o el grado de percepción y que trae consecuencias negativas para el propio individuo y la sociedad. (8)

El uso de drogas, es hoy en día uno de los grandes males que aqueja a nuestra sociedad y especialmente a los jóvenes; la Secretaría Ejecutiva de la Vicepresidencia indica que la mitad de los estudiantes de institutos públicos del área metropolitana, cuya edad promedio está comprendida entre 12 y 17 años asegura que sus compañeros consumen drogas. (2)

Al mencionar la palabra droga no solo me refiero a la cocaína, heroína, marihuana; sino también al alcohol y al tabaco, estas últimas dos bien aceptadas por nuestra sociedad y que llevan a cabo grandes campañas publicitarias a través de los medios masivos de comunicación en pro de su consumo; sin embargo es lamentable observar cómo esta publicidad influye en la sociedad y más aún en grupos vulnerables como en el caso de los jóvenes.

III. JUSTIFICACION

Comprar marihuana, cocaína, morfina o crack es mucho más fácil de lo que se piensa. Los sitios de venta de narcóticos han proliferado sin que exista control para erradicarlos.

Aunque suena inverosímil, el blanco de los vendedores de la droga son los niños y los adolescentes: los consumidores del futuro.

El consumo de drogas es un serio problema, en Estados Unidos, entre 1992 y 1994, el consumo por parte de los jóvenes comprendidos entre los 12 y 17 años aumentó 50 por ciento cada mes con relación al anterior; la Guardia de Hacienda refiere, que en Guatemala se ha incrementado el número de consumidores. (2)

El consumo de drogas está causando estragos en la sociedad, la adicción afecta a los individuos sin importar estrato social, edad y sexo; siendo los jóvenes un grupo muy vulnerable y de alto riesgo para la iniciación en el consumo y abuso de las drogas.

En Guatemala a mediados de 1990 el 45% de la población total era menor de 15 años de edad y la tasa estimada global de fecundidad era de 5,8 nacimientos por mujer en edad reproductiva, ambos datos sugieren que la población estará concentrada en los grupos de edad más jóvenes durante muchos años (13), el grupo más vulnerable para la iniciación en el consumo de drogas.

IV. OBJETIVOS

GENERAL:

Describir el consumo de drogas en estudiantes de educación básica.

ESPECIFICOS:

Identificar las drogas de mayor consumo en estudiantes de educación básica.

Identificar las causas más frecuentes que motivan al estudiante al consumo de drogas.

Determinar cuál es la edad de primer consumo en estudiantes de educación básica.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

En la actualidad la farmacodependencia se presenta como un fenómeno sumamente complejo y de enorme connotación social. El consumo de drogas tanto legales como ilegales se incrementó significativamente en los últimos cuarenta años, multiplicándose igualmente las campañas preventivas, las instituciones de rehabilitación, los planes y programas específicos.

Sin embargo, aún hoy se discute si la farmacodependencia constituye un problema de índole sanitario, jurídico, psicológico, social o hasta geopolítico. Esta diversidad de enfoques ha generado una verdadera proliferación de información, la mayor parte de las veces parcializada según la perspectiva adoptada. (4)

La red de distribución aumenta día con día, usted no sabe si con la persona que está conversando en una fila de supermercado, el chiclero que le vende cigarrillos, un mesero en una discoteca o alguien que juega fútbol en el parque, son distribuidores de droga.

Aunque suena inverosímil, el blanco de los vendedores de droga son los niños y adolescentes. (2)

La adolescencia es el período de transición de la niñez a la vida adulta, se caracteriza por:

A. los esfuerzos realizados para alcanzar objetivos vinculados a las expectativas de la corriente cultural.

B. la aceleración del desarrollo físico, mental, emocional y social.

Anteriormente la OMS consideraba la adolescencia como el período que comprende de los 10 a los 19 años; las Naciones Unidas definió "juventud" como el período entre 15 y 24 años de edad, dicho período se iniciará a mediados de la adolescencia y su aceptación impediría considerar debidamente las especiales características y necesidades de los adolescentes; por lo que se propone el término "jóvenes" que se refiere al período global de 10 a 24 años de edad.

La OMS define salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social"; uno de los primeros intentos de documentar la opinión de los jóvenes con respecto a la salud fue el estudio de Brunswick y Josephso en adolescentes de Harlem, Nueva York; en el estudio jóvenes de 12 a 15 años de edad citaron que el abuso de drogas, el cigarrillo, la bebida y las condiciones de vida insalubre como los problemas más importantes y amenazadores. (4)

Los estilos de vida pueden definirse como estructuras de mediación que reflejan una amplia gama de valores, actitudes y actividades sociales en el comportamiento escogido por un

individuo; por lo tanto la salud es una consecuencia del estilo de vida.

Los estilos de vida de los jóvenes por lo general suponen comportamiento con más riesgo que los otros grupos de la población; el hábito de fumar, el abuso del alcohol y las drogas y la falta de respeto a las reglas son ejemplo de los patrones de comportamiento que a menudo ponen en peligro la vida y la salud de los jóvenes. El cambio de esos patrones es el objetivo principal de ensayos que se llevan a cabo en los países en desarrollo como en los países industrializados.

Se ha comprobado que los jóvenes fumadores inmediatamente sufren de tos, producción de flema y falta de aliento al hacer un esfuerzo; el número de niñas fumadoras ha aumentado; la experimentación con el cigarrillo como símbolo de comportamiento adulto es común en los adolescentes.

En los últimos 30 a 40 años, han aumentado los porcentajes de niños y adolescentes que consumen bebidas alcohólicas; esta situación es inquietante porque los bebedores jóvenes corren mayor riesgo de tener problemas relacionados con el alcohol en el futuro y participación en accidentes de tránsito. Se ha comprobado que los factores sociales y ambientales son importantes con respecto al aumento al consumo de alcohol y los padres y compañeros desempeñan un papel crucial.

La edad promedio de las personas que abusan de las drogas ha disminuido considerablemente en los últimos años; así mismo, se ha vuelto más común el uso múltiple de las mismas. Casi todas las sociedades y grupos socioeconómicos sufren el problema de las drogas.

El consumo de drogas es un indicador del deseo de autodestrucción, pero también puede ser una forma de protesta social. (4, 12)

El consumo de drogas no es meramente un fenómeno juvenil pasajero, puede dejar una profunda huella en el siguiente período adulto. Se ha observado que existe una clara correlación entre el hábito de fumar, el uso de alcohol y marihuana y la iniciación precoz de las relaciones sexuales; si bien la pubertad comienza con cambios biológicos, su significado psicológico y social es lo que determina la experiencia adolescente.

En realidad no todos los adolescentes incurren en conductas de alto riesgo; sin embargo, hay factores que contribuyen a que algunos grupos estén más predispuestos al peligro. Se indica que son por lo menos cuatro factores que predisponen a una conducta de alto riesgo:

1. El perfil psicológico que presentan los adolescentes que con frecuencia incurren en dicha conducta se caracteriza por la agresividad.

2. El papel decisivo de los amigos en la iniciación de una conducta riesgosa.

3. Una clara diferenciación sexual en la conducta frente al riesgo; el varón se ve más afectado y esto se observa en las estadísticas de accidentes, homicidio y suicidio.

4. La influencia del desarrollo puberal; el mayor riesgo se observa en los niños de maduración precoz y en varones con pubertad tardía.

Los sociólogos de diversas escuelas han aceptado que la conducta de grupo está sujeta a actitudes y normas dentro de la sociedad; para que las conductas sean aprendidas el individuo se somete a actitudes positivas y de rechazo hacia las mismas y así mide la norma social al respecto. Para adquirir el hábito de fumar son precisas actitudes de acercamiento como: es placentero, me siento adulto, me da sensación de poder; las normas son generalmente el producto de un aprendizaje complejo que adquiere el individuo a través de la identificación, evolución de su propia autocritica, autoestima personal y deseos de aceptación y cariño a lo largo de su desarrollo psicosocial; sin embargo las actitudes son más espontáneas por lo que responden mayormente al modelo de gratificación de necesidades del yo y del ello. Tal vez por ello son más persuasivas las intervenciones que favorecen el consumo, como la publicidad a través de anuncios placenteros en vez de insistir sobre las normas o consecuencias adversas de estas conductas.

Se dice que la presencia de adecuados modelos paternos, una relación afectiva que permita establecer vínculos estables con la familia nuclear, la capacidad paterna de establecer límites y normas y el desarrollo de autoestima personal son determinantes para resolver los problemas propios en esta época de la vida; sin embargo los expertos en el estudio de la adolescencia consideran importante que los jóvenes muestren curiosidad y capacidad de experimentar en alguna medida como parte del proceso de adquirir su propia identidad. Es quizá por esto que las estadísticas nos muestran un alto nivel de experimentación con cigarrillos, alcohol y sustancias ilícitas. (17)

Cada una de las sustancias que se consumen y de las que se abusa puede tener diez nombres o más; los intentos por clasificar las drogas psicoactivas a partir de sus denominaciones callejeras o químicas han sido perturbadoras como las mismas drogas. Una forma más práctica de clasificarlas ha surgido de los mismos consumidores, quienes las diferencian por sus efectos, así han elegido los términos ESTIMULANTES, DEPRESORES, ALUCINOGENOS, INHALANTES. (9, 13)

ESTIMULANTES: como la cocaína, crack, las anfetaminas, la nicotina, la cafeína.

DEPRESORES: sus tres categorías principales son: opiáceos y opioides: opio, heroína, codeína, metadona, demerol, etc.

SEDANTES-HIPNOTICOS: barbitúricos, valium, etc.

ALCOHOL: la cerveza, el vino y otras de alta graduación alcohólica.

ALUCINOGENOS: o sustancias psicodélicas que distorcionan las percepciones e inducen delirios o alucinaciones, como el LSD, la marihuana.

INHALANTES: son sustancias gaseosas o líquidas, inhaladas y absorbidas a través de los pulmones, tales como la goma, la gasolina, las pinturas, etc.

Hay cinco formas en que las drogas pueden ingresar al cuerpo siendo de la siguiente manera:

ORAL: las drogas que se ingieren a través de esta forma tienen que pasar a través de las enzimas de la boca y de los ácidos estomacales, de manera que el efecto se demora.

POR CONTACTO: las drogas que se toman de esta forma actúan de manera más rápida.

ASPIRACION Y VIA SUBLINGUAL: como la cocaína, la heroína, sus efectos son más intensos y se producen rápidamente.

INHALACION: es la forma más rápida de acción.

INYECCION: es el método más peligroso, expone al cuerpo a problemas potenciales de salud como hepatitis, septicemia y SIDA. (9, 12)

Hay diferentes tipos de tolerancia que el organismo desarrolla debido al consumo de drogas tales como:

TOLERANCIA DISPOSICIONAL: el cuerpo acelera la degradación de la droga, especialmente con barbitúricos y alcohol.

TOLERANCIA FARMACODINAMICA: las células nerviosas se vuelven menos sensibles a los efectos de la droga e inclusive producen un antídoto o antagonista de la droga.

TOLERANCIA DE COMPORTAMIENTO: el cerebro aprende a compensar los efectos de la droga utilizando partes del cerebro no afectadas.

TOLERANCIA INVERSA: las personas se vuelven más sensibles a los efectos de la droga en la medida en que cambia la química del cerebro.

TOLERANCIA CONTRARIA: inicialmente se vuelve menos sensible a la droga pero en la medida en que ésta destruye ciertos tejidos, la tendencia súbitamente se revierte y uno se vuelve más sensible.

TOLERANCIA AGUDA: el cuerpo comienza a adaptarse casi instantáneamente a los efectos perjudiciales de la droga.

TOLERANCIA SELECTIVA: si se toman cantidades crecientes de una droga para superar esta tolerancia y lograr un cierto grado de achispamiento, es fácil olvidar que la tolerancia a los efectos secundarios físicos también siguen subiendo pero no al mismo ritmo. (4, 9)

El metabolismo se define como el mecanismo corporal para procesar, usar y eventualmente eliminar sustancias extrañas, tales como alimentos o drogas; el hígado en particular tiene la capacidad de alterar la estructura química de la droga, haciéndola menos activa. Los riñones, filtran constantemente la sangre y excretan las sustancias tóxicas en la orina; las drogas también se excretan fuera del cuerpo a través de los pulmones durante la transpiración y en las heces.

1. ESTIMULANTES:

A. COCAINA: las culturas nativas han usado las hojas de coca durante miles de años para ocasiones sociales y religiosas, para combatir la fatiga, reducir el hambre y aumentar la resistencia. Los indios sudamericanos, en especial los incas, ya mascaban la hoja para sacarles el jugo o la cortaban para colocarla debajo de la lengua. En 1860, la cocaína se aisló de las demás sustancias químicas propias de las hojas de coca y se extrajo como sal clorhídrica, clorhidrato de cocaína.

Mascar, inyectarse y aspirar cocaína han seguido siendo las formas principales de consumo hasta mediados de los años setenta; en esa época los farmacéuticos de la calle convirtieron el clorhidrato de cocaína en cocaína de base libre también conocida como "crack", una forma poderosa de cocaína fumable. (9)

EFFECTOS FISICOS Y MENTALES: la mayoría de los efectos se producen cuando la droga perturba el equilibrio de los neurotransmisores en el sistema nervioso central; existe creciente confianza en uno mismo, disposición al trabajo, una disminución de

los problemas vitales, un estado de euforia, aumenta el ritmo cardíaco, se produce una respiración acelerada, tensión muscular y nerviosismo extremo, también pérdida de memoria, confusión mental e inclusive alucinaciones. La cocaína perturba nuestro equilibrio, el centro del placer-recompensa, esa porción del cerebro que nos dice cuando hemos hecho algo bien; le indica al cerebro que no tenemos hambre, aunque no hemos comido. (6, 7, 9)

La euforia inicial, el sentimiento de confianza, la sensación de omnipotencia, de satisfacción, desaparece tan rápidamente como apareció el entusiasmo mental y físico, de manera que el derrumbe posterior a consumir cocaína puede ser especialmente deprimente.

Una sobredosis de cocaína se puede producir por tan poco como 1/50 de gramo o tanto como 1,2 gramos. (6, 9)

B. COCAINA FUMABLE (base libre, crack): esta cocaína de base libre es una forma químicamente alterada de la cocaína regular, el clorhidrato de cocaína; se desarrolló a mediados de los años setenta para hacer fumable la cocaína.

La pasta, una forma de base libre a la que se llama "bazooko", es un producto intermedio, contiene sustancias químicas tóxicas tales como kerosene y gasolina con plomo, por lo general se la fuma con marihuana o tabaco. (7, 9)

La cocaína crack, la cocaína de base libre son ambas mucho más intensas y trágicas en sus efectos que la cocaína que se aspira; desequilibran las sustancias químicas cerebrales con más rapidez logrando el desequilibrio hormonal del cerebro.

C. ANFETAMINAS: las anfetaminas, son una clase de estimulantes sintéticos poderosos, con efectos muy similares a los de la cocaína pero de duración mucho más prolongada y mucho más baratos: las anfetaminas se descubrieron a fines del siglo XIX, pero no se reconocieron sus aplicaciones médicas hasta la década de 1930; los años setenta fueron la cumbre para las anfetaminas y el mercado callejero se expandió para responder a la necesidad. (6, 9)

EFFECTOS: los efectos de una dosis pequeña o moderada incluyen ritmo cardíaco acelerado, así como respiración y presión sanguínea acelerada, estimulación del sistema nervioso central, mayor temperatura corporal y supresión del apetito. Como los efectos duran horas, esto significa que se extraen constantemente reservas de energía de las células nerviosas y eventualmente se las metaboliza, dando así mayor duración de la acción de las anfetaminas; los neurotransmisores también resultan desequilibrados, de manera que el uso prolongado puede producir una paranoia extrema y como consecuencia fantasías homicidas e inclusive suicidas; su consumo prolongado produce alucinaciones, privación del sueño, toxicidad en el corazón y los vasos sanguíneos y malnutrición. (7, 9)

D. TABACO: es importante hacer hincapié desde el principio en que el hábito de fumar cigarrillos es sin duda la forma más peligrosa de utilización del tabaco. (14)

La industria del tabaco como las otras industrias, con capitales de multimillones y con la obsesión por las ganancias excesivas, fijan su meta en vender y obtener ganancias sin límite. Sus campañas publicitarias están planeadas y manipuladas para motivar y casi forzar al consumo, utilizando medios como el de asociación de sus productos con imágenes de un glamor sin par. (15)

El tabaco es una droga psicoactiva; la utilizaban los indios del Nuevo Mundo en rituales religiosos hace 2000 años: muchos países europeos la prohibieron durante los siglos XVI y XVII y en China en 1,630 debido a que era muy intoxicante. Antes de 1914 el tabaco era consumido principalmente en pipas, puros y en tabaco para masticar y oler; los primeros cigarrillos hechos en España a mediados del siglo XVII, empezaron a popularizarse durante la primera guerra mundial. Actualmente cincuenta y seis millones de norteamericanos fuman.

Fue hasta mediados del siglo XIX, que hubo evidencia científica de los efectos perjudiciales del tabaco; la primera evidencia experimental para una asociación entre el tabaco y el cáncer llega en 1939; después de la segunda guerra mundial, resurge el interés por el tema debido a las tendencias en el consumo de tabaco y mortalidad. (7, 9)

Qué es lo que contienen los cigarrillos que los vuelve tan irresistibles y a su vez los convierte en una amenaza para la salud, entre las sustancias químicas que contienen sobresalen:

1 CIANURO DE HIDROGENO: poderoso veneno en concentración tal que sobrepasa 160 veces los límites de seguridad industrial.

2 AMONIA: limpiador casero usado también en la manufactura de explosivos.

3 MONOXIDO DE CARBONO: tiene una concentración en el humo del cigarrillo que es cuando menos 1000 veces mayor que la permitida en niveles ambientales.

4 NICOTINA: el agente aditivo del tabaco que favorece otras formas de dependencia o adicción; la nicotina en forma concentrada es uno de los más potentes venenos conocidos.

5 ALQUITRAN: integrado por más de 200 compuestos, muchos de ellos tóxicos, de los cuales cuando menos diez hidrocarburos presentes en altas concentraciones son poderosos carcinógenos, principalmente el benzopireno.

6 NITROSAMINAS: su concentración varía con la concentración de nitrógeno (natural o agregado por fertilizantes) en el suelo en el que se cultiva el tabaco.

7 METALES: como níquel, cadmiun, plomo, zinc; carcinógenos a nivel de enzimas, su contenido varía en las diferentes zonas geográficas de cultivo.

8 HONGOS: más de 900 variedades concentradas en el tabaco, son otros posibles peligros de mortalidad en los fumadores por cáncer y daño cardíaco. Los hongos son productores de toxinas como las aflotoxinas que son poderosos carcinógenos. (6, 15)

El efecto perjudicial del tabaco, como cualquier otro contaminante ambiental, ha sido comprobado en todos los tejidos del cuerpo, pero más comúnmente en los pulmones, corazón y sistema vascular en los adultos; los fumadores aumentan en forma predominantemente los riesgos de tres grupos de enfermedades:

1 RESPIRATORIAS: como sinusitis, faringitis, laringitis, bronquitis, neumonía y enfisema; el enfisema con altos y progresivos grados de incapacidad que en productividad laboral significa pérdidas de millones al día, la evidencia señala al cadmiun como el más directamente en estados de enfisema. El cigarrillo contiene un promedio aproximado de un microgramo de cadmiun, retenciones tan pequeñas como 15 o 20% del contenido en el humo inhalado producen una intensa inflamación que puede provocar un cambio en la estructura pulmonar normal.

2 CARDIOVASCULARES: hemorragias, trombosis, aneurisma aórtico, hipertensión, infarto del miocardio arteriosclerosis generalizada.

3 CANCERES: producidos principalmente por los hidrocarburos y casi siempre diagnosticados en sus formas más avanzadas e incurables: cáncer de la cavidad oral, de la faringe, de la laringe, del esófago, del estómago, del páncreas, de la vejiga y del pulmón. (6, 7, 10)

LA INDUSTRIA DEL TABACO EN GUATEMALA:

Nueve mil hectáreas están sembradas con tabaco en Guatemala, esto proporciona empleo al 2.2% de la fuerza laboral agrícola del país.

Operan en este país dos fabricantes de cigarrillos, la Tabacalera Centroamericana, S.A. (TACASA) y la Tabacalera Nacional, S.A. (TANASA), ambas como filiales de las empresas tabacaleras multinacionales Philip Morris y British Tobacco. Estos fabricantes emplean a 1480 personas, lo que representa el 2.0% de la fuerza laboral industrial del país.

La mayor parte del tabaco consumido en Guatemala se comercializa como cigarrillo manufacturado, vendido en paquetes de 20 y 10 cigarrillos e individuales. No hay restricción a la venta, promoción o publicidad del tabaco; se emplean todas las formas de divulgación para la publicidad y promoción como lo son las muestras gratuitas y el auspicio de eventos deportivos y culturales.

La prevalencia del tabaquismo entre los jóvenes de 20 años es mayor entre los hombres en comparación con las mujeres, esta prevalencia es mayor en el grupo de 15 a 19 años en comparación al grupo de 10 a 14 años, lo que indica que se comienza a fumar a fines de los años adolescentes.

En 1990, se había introducido en Guatemala tres medidas legislativas para controlar el tabaquismo. La primera es el requisito de que todo envase de cigarrillos manufacturados lleve la siguiente advertencia: "EL CONSUMO DE ESTE PRODUCTO ES NOCIVO PARA SU SALUD"; esta advertencia es poco legible debido a que es muy pequeña así como el lugar que ocupa y al color. La segunda medida es parte del reglamento de Transporte Público, que prohíbe fumar en los autobuses y finalmente la Ley del reglamento de Salud y Seguridad Laboral prohíbe fumar en los lugares donde hay peligro de explosión. (13)

2. DEPRESORES:

A. ALCOHOL: el consumo de alcohol se conoce desde épocas remotas, siendo las bebidas alcohólicas más antiguas la cerveza y el vino. El alcohol etílico es un líquido incoloro, de sabor urente, volátil, compuesto por dos átomos de carbono, cinco átomos de hidrógeno y un grupo hidróxilo, su punto de ebullición es de 78° C, al ser metabolizado da como producto energético 7.07 kilocalorías por gramo y la dosis total tóxica para cualquier individuo es de 6 grs/Kg de peso. (3, 6, 7)

Según su origen las bebidas alcohólicas se clasifican en:

1 ENOLISMO: cuando se obtienen por fermentación como la cerveza y el vino, con porcentajes promedio de alcohol entre 5 y 15%.

2 ETILISMO: cuando se obtiene por destilación como el ron, whisky; su porcentaje promedio de alcohol entre 45 y 55%.

3 ESCENSISMO: cuando son aromatizados como el anís, menta. (6)

El uso del alcohol se refiere a su consumo de una manera moderada y socialmente aceptada; es la práctica de muchas personas que durante toda su vida no desarrollan un cuadro de alcoholismo; o bien la etapa inicial de un alcohólico. Los factores que facilitan su uso son de tipo social, cultural, publicidad, presión de grupo, ritos y tradiciones; el uso es normal, bien visto y

aceptado por la mayoría de personas.

El abuso es el consumo de alcohol que provoca problemas sociales, el individuo bebe con desorden.

La adicción se caracteriza por la pérdida de control que se ha vuelto permanente en el individuo; en esta etapa se abusa del alcohol, pero el individuo piensa que aún puede controlarlo, fracasando en todos sus intentos aumentando así su baja autoestima. (4, 5)

Generalmente son muchas las influencias ambientales, que empujan al hombre al alcoholismo, la desesperación que puede ser causada por la falta de empleo, mala relación con la familia; en los jóvenes la dificultad de colocarse en un buen empleo; el tiempo libre sin adecuada supervisión u orientación. (1)

El alcohol no requiere digestión al parecer, la absorción se produce por simple difusión, siendo tan rápida que en unos treinta minutos se absorbe entre el 20 y 90% de la cantidad ingerida. El factor más importante en el retraso de la absorción es la presencia de alimentos. La cerveza y el vino se absorbe más lentamente que las bebidas destiladas porque contienen compuestos químicos no alcohólicos en mayor cantidad que éstos.

Solamente el 10% del etanol que hay en el cuerpo se elimina directamente por difusión a través de los riñones y los pulmones, el resto se metaboliza en el hígado. (1, 6)

La intoxicación aguda tiene efectos principalmente en el sistema nervioso central, pero también tiene efectos gástricos y hepáticos reversibles si se interrumpe el consumo de alcohol; las alteraciones gástricas consisten en gastritis aguda u úlcera, a nivel del sistema nervioso central actúa como depresor, afectando en primer lugar estructuras subcorticales que modulan la actividad cortical cerebral.

El alcoholismo crónico produce alteraciones morfológicas en casi todos los órganos y tejidos del cuerpo, especialmente en el hígado y estómago; los alcohólicos crónicos tienen una esperanza de vida acortada debido principalmente a las lesiones hepáticas, gástricas, cerebrales y cardíacas, algunas pueden ser nutricionales. Hay aumento de la tendencia a la hipertensión, pancreatitis aguda y alteraciones regresivas de los músculos esqueléticos. (7, 14)

B. HEROÍNA: de hecho hay entre 5 y 10 millones de consumidores de heroína en todo el mundo; el cuerpo cambia tanto que los tejidos y los órganos llegan a depender de la droga en un período bastante corto, simplemente para mantenerse normales. Por lo general las drogas de acción breve como la heroína tienen síntomas de abstinencia más graves pero de menor duración. La sobredosis se

produce cuando tanta cantidad de droga entra en el cerebro que el sistema nervioso se desconecta; la presión sanguínea cae y ritmo cardíaco es demasiado débil como para que la sangre circule, la persona queda inconsciente, entra en coma y muere.

Contrariamente a lo que se cree, la mayoría de los consumidores de heroína tienen buenos empleos, sin embargo recurren a métodos poco legales para mantener su adicción. (6, 7)

3. ALUCINOGENOS:

A. LSD: desarrollado a fines de los años cuarenta como una posible cura para la esquizofrenia; fue popularizada por el Dr. Timothy Leary y otros durante los años sesenta como una forma de "conectarse, sintonizarse y desligarse". El LSD, es admirable por su potencia, dosis tan bajas como de 25 microgramos, pueden producir cambios mentales y efectos psicodélicos, los efectos se producen entre 15 minutos y 1 hora después de la ingestión; la dosis usual de LSD es entre 100 y 200 microgramos.

El LSD, puede producir efectos físicos como aumento del ritmo cardíaco y presión sanguínea, temperatura elevada, transpiración; produce efectos mentales de distorsión sensorial e ilusiones por su efecto de sobrecarga en la corteza cerebral.

La droga se metaboliza en el hígado en alrededor de 8 a 12 horas y en la medida en que se metaboliza los efectos desaparecen. (6, 7, 9)

B. NUEZ MOSCADA: del árbol del mismo nombre; produce diversos efectos tan suaves como una sensación de flotar o tan fuertes como un delirio pleno; para lograr el segundo efecto el consumidor tiene que consumir tanto que luego queda con grave resaca y el estómago revuelto. (9)

C. MARIHUANA: la planta de marihuana produce una fibra útil (el cáñamo), una semilla comestible, un aceite, una medicina y muchas sustancias psicoactivas; partes de la planta incluidas las flores y las hojas, pueden fumarse o comerse para alterar el estado mental y psíquico del consumidor. Hay tres clases de marihuana, pero la más común y alucinógena es la CANNABIS SATIVA.

A los 20 minutos de haberla fumado la marihuana puede producir un efecto de somnolencia por el cual el consumidor se siente confundido y apartado del entorno, también produce una sensación de distanciamiento y dificultad para concentrarse.

Al igual que la mayoría de los alucinógenos, los efectos de la marihuana dependen en gran medida del estado de ánimo del fumador y de su entorno. La marihuana actúa casi como un hipnótico suave, otras como un estimulante o un depresor.

Se ha demostrado que la marihuana retrasa el aprendizaje y perturba la concentración; así mismo produce una perturbación temporaria de la secreción de la hormona masculina denominada testosterona y disminuye levemente el tamaño de los órganos en los hombres, temporariamente. Gran preocupación causa el descubrimiento de que la marihuana persiste en el cuerpo más de seis meses luego de que se ha fumado un solo cigarrillo. (7, 9)

4. INHALANTES:

Los tres tipos principales de inhalantes son los solventes orgánicos, los nitritos volátiles y el óxido nítrico; las sustancias se inhalan de botellas, trapos empapados, bolsas y tanques de gas.

Inhalar estas sustancias produce una estimulación y reduce las inhibiciones antes de que comiencen los efectos depresores del sistema nervioso central; mareos, tartamudeo, marcha tropezante y somnolencia se producen rápidamente.

En la medida en que se afecta más profundamente el sistema nervioso central, se desarrollan las ilusiones, alucinaciones y delirios.

El consumidor experimenta una euforia somnolienta que culmina con un breve período de sueño, hay torpeza psicomotriz y dificultades para pensar; existe la posibilidad de lesiones en el cerebro, hígado, riñón, médula ósea y especialmente en los pulmones debido a la fuerte exposición; la muerte se produce por paro respiratorio, arritmias cardíacas o asfixia debido a la oclusión de las vías respiratorias. (6, 9)

LOS JOVENES Y LAS DROGAS EN GUATEMALA:

Usted no sabe con quién está conversando su hijo. puede ser con un buen amigo, pero también con un distribuidor de droga, conocido como "PUSHER", estas personas asedian los colegios e institutos o están paradas en las esquinas a la espera de una víctima.

El precio de un gramo de cocaína según su pureza y el lugar de venta varía, así, en el Gallito puede costar de 50 a 75 quetzales; en la zona 10 de 100 a 200 quetzales.

La Guardia de Hacienda, asegura que existen lugares donde la venta de marihuana es mayor, tal es el caso de El Mezquitil, Alameda Norte, Granizo, La Verbena, La Limonada, 4 de Febrero, El Gallito, la zona 10 y sitios donde existen maras. Al principio deshacían cocaína dentro de los dulces más solicitados por los niños que apenas cumplían 11 años; otra de las formas es colocando la droga dentro de la comida de la calle.

La Secretaría Ejecutiva de la Vicepresidencia indica que la mitad de los estudiantes de institutos públicos del área metropolitana, cuya edad promedio está comprendida entre 12 y 17 años, asegura que sus compañeros consumen drogas; pero quizá uno de los datos más alarmantes es que cuatro de cada cien estudiantes coincidieron en que sus maestros también usaban drogas.

Entre las causas que motivan el consumo de drogas está la desintegración familiar, el maltrato infantil, la presión de los amigos y la imitación. Al parecer, la tendencia es producto de modelos europeos y norteamericanos.

Actualmente en Guatemala funcionan cuatro carteles de distribución de droga, estos hasta hace algunos años trasladaban toda la droga hacia los Estados Unidos; sin embargo debido a que el consumo se ha incrementado en Guatemala, una buena parte de la droga se queda en el país.

En Guatemala existen alrededor de 20 centros que contribuyen a la rehabilitación de los drogadictos; entre las instituciones que prestan este servicio se encuentran diferentes programas de carácter religioso; además existen nueve grupos de Narcómanos Anónimos, el único requisito para integrarse a ellos es tener deseo de dejar de drogarse. No obstante, el éxito de esos programas depende en gran medida de la voluntad del drogadicto y del apoyo que encuentre en sus familiares, pues el consumo de drogas es una enfermedad que no se cura, únicamente llega a controlarse.

Actualmente el precio de las siguientes drogas en Guatemala es:

Un gramo de opio crudo	Q. 23.04
Un gramo de heroína	Q.862.28
Un gramo de semilla de amapola	Q. 34.78
Un gramo de cocaína	Q.200.00
Un gramo de marihuana procesada	Q. 1.69
Un gramo de semilla de marihuana	Q. 5.56
Un gramo de hachis	Q. 34.73

(FUENTE: Guardia de Hacienda, según cotizaciones de la DEA)

Según una encuesta realizada por la Secretaría Ejecutiva de la Vicepresidencia entre estudiantes de institutos públicos del área metropolitana la droga de mayor consumo entre los jóvenes es el alcohol con un 34%, le sigue la marihuana con un 32%, el tercer lugar en el consumo lo ocupa la cocaína con un 20% y en cuarto lugar los inhalantes con el 14%; la misma encuesta revela que la edad de mayor consumo de drogas es la comprendida entre los 11 a 20 años. (2)

En México en el año de 1988, se realizó una encuesta nacional de adicciones, uno de sus objetivos era estimar la prevalencia de consumo del alcohol, tabaco y otras drogas. El total de la muestra fue de 13005 viviendas, se dividió a la población en dos grupos de edad, el comprendido entre 12 a 17 años y de 18 a 65 años, incluía ambos sexos. La prevalencia de consumo de alcohol entre los jóvenes fue de 27.6% siendo la prevalencia de mayor consumo en el grupo de hombres con un 31.9% con respecto a las mujeres con un 22.9%.

Los mayores índices de tabaquismo se encontraron entre los de 18 y 29 años con un 42.4%; la edad en que con más frecuencia se iniciaba a fumar fue la comprendida entre 12 y 17 años con un 48.5%.

La encuesta reveló que los hombres consumían en su mayoría marihuana (5.9% en cuanto a la prevalencia total y 2.4% en relación a los consumidores del último año); la mayoría de las mujeres consumían estimulantes (0.8%), tranquilizantes (0.6%), y sólo un tercer plano marihuana (0.4%).

Con respecto al inicio en el consumo de drogas según la edad se estableció que cuando iniciaban a la edad de 12 y 17 años lo hacían preferentemente con marihuana e inhalables; si iniciaban entre los 18 y 25 años lo hacían con marihuana o tranquilizantes; si iniciaban entre los 26 y 34 años utilizaban estimulantes y marihuana. (16)

VI METODOLOGIA

El presente estudio es de tipo descriptivo, se trabajó sobre la frecuencia del consumo de sustancias; la información se recolectó a través de un cuestionario estructurado, el cual se pasó a cada estudiante, no se hizo seguimiento a las personas afectadas.

B. SELECCION DEL SUJETO DE ESTUDIO:

El presente estudio se realizó en adolescentes que estaban cursando el ciclo básico de educación, durante el presente año en un instituto público de la capital.

Se seleccionó un instituto público porque fue en este centro donde se autorizó poder pasar la boleta de recolección de datos.

C. POBLACION:

Se tomó al total de alumnos del establecimiento que estaban cursando los grados de primero a tercero básico.

D. CRITERIOS DE INCLUSION:

- Estudiantes de primero a tercero básico que estaban inscritos y asistían al establecimiento donde se realizó el estudio.
- Que los estudiantes desearan participar.

E. RECURSOS:

MATERIALES:

- Centro Educativo del Ciclo Básico.
- Boleta de recolección de datos
- Material y equipo de escritorio.

HUMANOS:

- Estudiantes del ciclo básico.
- Autoridades del Centro Educativo.

BIBLIOGRAFICO:

- Biblioteca Central de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Biblioteca de la Facultad de Ciencias

F. PROCEDIMIENTOS:

Se procedió a pedir la respectiva autorización a la directora del centro educativo para pasar la boleta de recolección de datos a los estudiantes.

La recolección de datos se llevó a cabo durante el mes de Junio utilizando como instrumento una boleta previa mente diseñada y aprobada, que cada estudiante respondió voluntariamente. Al pasar la boleta a los estudiantes se les dijo que la información que ellos proporcionaron era anónima; se entregó una boleta a cada estudiante quien la leyó y posteriormente respondió.

En cada salón de clases había una caja en donde el estudiante depositó la boleta al haberla contestado.

VII VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA
edad	es el período de tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento	años cumplidos	nominal
grado de escolaridad	nivel académico hasta ahora alcanzado, que permite un equilibrio físico, mental, social y cultural	estudiantes de primero a tercero básico	nominal
integración familiar	vivir con ambos padres, solo con la madre o padre u otro familiar	hogar desintegrado	ordinal
edad del inicio de bebidas alcohólicas u otras drogas	edad de primer consumo	edad de primer consumo	ordinal
frecuencia de consumo	intervalo de tiempo que transcurre para consumir alcohol u otro tipo de drogas	menos de 12 veces al año, 1 a 2 veces al mes, 3 a 9 veces al mes, 10 a 20 veces al mes, más de 20 veces al mes	nominal intervalo
motivos por los que consume alcohol u otro tipo de drogas	diversos motivos	problemas familiares, curiosidad, placer, propaganda, imitación	nominal
actitud de los padres respecto al consumo de alcohol u otras drogas	relación entre padre e hijo para solucionar o no dicho problema	lo regañan, lo golpean, lo castigan, lo aprueban, no saben	nominal

CUADRO NO. 1

DISTRIBUCION DE LOS ESTUDIANTES DEL CICLO
BASICO SEGUN EDAD Y GRADO
JUNIO - JULIO 1997

EDAD	GRADO							
	1.ro		2do.		3ro.		TOTAL	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
11 años	2	0.41	-	-	-	-	2	0.41
12 años	20	4.12	2	0.41	-	-	22	4.53
13 años	108	22.22	23	4.73	-	-	131	26.95
14 años	63	12.96	82	16.87	20	4.11	165	33.95
15 años	28	5.76	34	6.99	50	10.29	112	23.05
16 años	3	0.62	12	2.47	25	5.14	40	8.23
17 años	2	0.41	4	0.82	6	1.23	12	2.47
18 años	-	-	-	-	1	0.20	1	0.20
19 años	-	-	-	-	1	0.20	1	0.20
total	226	46.50	157	32.20	103	21.19	486	100.00

Fuente: Un Instituto Nacional.

CUADRO NO. 2

CONSUMO DE *DROGAS EN ESTUDIANTES DEL CICLO
BASICO SEGUN SU EDAD
JUNIO - JULIO 1997

EDAD	CONSUMEN O HAN CONSUMIDO DROGAS		NO HAN CONSUMIDO DROGAS		TOTAL	
	N.	%	N.	%	N.	%
11 años	-	-	2	100.00	2	100.00
12 años	3	13.63	19	86.37	22	100.00
13 años	20	15.26	111	84.74	131	100.00
14 años	17	10.30	148	89.70	165	100.00
15 años	25	22.32	87	77.68	112	100.00
16 años	10	25.00	30	75.00	40	100.00
17 años	2	16.66	10	83.00	12	100.00
18 años	-	-	1	100.00	1	100.00
19 años	1	100.00	-	-	1	100.00
TOTAL	78	16.05	408	83.95	486	100.00

* Incluye alcohol y tabaco.

Fuente: (Un Instituto Nacional)

CUADRO NO. 3

CONSUMO DE *DROGAS EN ESTUDIANTES DEL CICLO
BASICO E INTEGRACION DEL GRUPO FAMILIAR
JUNIO - JULIO 1997

HOGAR INTEGRADO POR:	ESTUDIANTES QUE CONSUMEN O HAN CONSUMIDO DROGAS		ESTUDIANTES QUE NO HAN CONSUMIDO DROGAS		TOTAL
	N.	%	N.	%	
AMBOS PADRES	58	16.07	303	83.93	361
SOLO MADRE	12	12.63	83	87.37	95
SOLO PADRE	2	25.00	6	75.00	8
OTRO FAMILIAR	6	27.27	16	72.73	22
TOTAL	78	16.05	408	83.95	486

*Incluye alcohol y tabaco.

Fuente: Un Insituto Nacional.

CUADRO N. 4

IDENTIFICACION DE LA EXISTENCIA Y UBICACION DE
CENTROS DE DISTRIBUCION DE CIGARRILLOS, BEBIDAS
ALCOHOLICAS Y DROGAS EN ESTUDIANTES DEL CICLO BASICO
JUNIO - JULIO 1997

CENTROS QUE DISTRIBUYEN:	UBICACION			TOTAL	
	1 CUADRA	2 CUADRAS	3 CUADRAS	N.	%
CIGARRILLOS Y BEBIDAS ALCOHOLICAS	74 (24%)	166 (54%)	68 (22%)	308	100.00
DROGAS	5 (15%)	21 (64%)	7 (21%)	33	100.00

Fuente: Un Instituto Nacional.

CUADRO N.5

PREVALENCIA DE VIDA POR CONSUMO DE DROGAS EN
486 ESTUDIANTES DEL CICLO BASICO
JUNIO - JULIO 1997

SUSTANCIA	N.	PREVALENCIA DE VIDA
CIGARRILLOS	73	15.02%
BEBIDAS ALCOHOLICAS	46	9.47%
MARIHUANA	7	1.44%
COCAINA	4	0.82%
CRACK	4	0.82%
PASTA BASE	1	0.21%
HEROINA	2	0.41%
ANFETAMINAS	1	0.21%

Fuente: Un Instituto Nacional.

CUADRO N. 6

EDAD DE PRIMER CONSUMO SEGUN TIPO DE DROGA EN
ESTUDIANTES DEL CICLO BASICO
JUNIO - JULIO 1997

TIPO DE DROGA	EDAD DE PRIMER CONSUMO					
	8 - 10 años		11 - 13 años		14 - 16 años	
	N.	%	N.	%	N.	%
CIGARRILLOS	8	11.00	43	60.00	21	29.00
BEBIDAS ALCOHOLICAS	6	13.77	24	51.06	17	36.17
MARIHUANA	-	-	6	85.71	1	14.29
COCAINA	-	-	4	100.00	-	-
CRACK	-	-	4	100.00	-	-
PASTA BASE	-	-	-	-	1	100.00
HEROINA	-	-	2	100.00	-	-
ANFETAMINAS	-	-	-	-	1	100.00

Fuente: Un Instituto Nacional.

CUADRO N. 7

FRECUENCIA DE CONSUMO EN ESTUDIANTES
DEL CICLO BASICO
SEGUN SUSTANCIA
JUNIO - JULIO 1997

SUSTANCIA	FRECUENCIA DE CONSUMO											
	MENOS DE 12 VECES AL AÑO		1-2 VECES AL MES		3-9 VECES AL MES		10-20 VECES AL MES		MAS DE 20 VECES AL MES		HACE MAS DE 1 AÑO	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
CIGARRILLOS	12	16.67	20	27.28	10	13.89	2	2.78	2	2.78	26	36.11
BEBIDAS ALCOHOLICAS	10	21.72	13	28.26	4	8.70	-	-	-	-	20	43.48
MARIHUANA	-	-	-	-	-	-	2	28.60	-	-	5	71.40
COCAINA	-	-	1	25.00	2	50.00	1	1.25	-	-	-	-
CRACK	-	-	1	25.00	2	50.00	1	1.25	-	-	-	-
PASTA BASE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100.00
HEROINA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	100.00
ANFETAMINAS	-	-	1	100.00	-	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: Un Instituto Nacional.

CUADRO N. 8

POLICONSUMO POR ESTUDIANTES DEL
CICLO BASICO JUNIO - JULIO 1997

DROGAS COMBINADAS	POLICONSUMO	
	N	%
BEBIDAS ALCOHOLICAS Y CIGARRILLOS	40	71.43
CIGARRILLOS Y MARIHUANA	7	12.50
CIGARRILLOS Y CRACK	4	7.14
CIGARRILLOS Y HEROINA	2	3.57
CIGARRILLOS, BEBIDAS ALCOHOLICAS Y COCAINA	3	5.36

Fuente: Un Instituto Nacional.

IX. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Los estilos de vida de los jóvenes por lo general suponen comportamiento con más riesgo que los otros grupos de la población; el hábito de fumar, el abuso del alcohol y drogas y la falta de respeto de las reglas son ejemplo de los patrones de comportamiento que a menudo ponen en peligro la vida y la salud de los jóvenes. El cambio de estos patrones es el objetivo principal de ensayos que se llevan a cabo en los países en desarrollo como en los países industrializados. (4, 12)

El presente estudio se realizó en la población de estudiantes del ciclo básico que asisten a un INSTITUTO NACIONAL, comprendidos entre los 11 a 19 años, todos de sexo masculino.

El mayor número de estudiantes se encuentra concentrado en la edad de 14 años (33.95%), le siguen los de 13 años (26.95%) y en tercer lugar los de 15 años (23.05%) respectivamente.

Se encontró que de el total de la población en estudio (486 estudiantes), 78 estudiantes (16.05%), ya han consumido o consumen algún tipo de droga; de ellos el mayor número de estudiantes 25 (22.32%) está comprendido entre los 15 años. De esta información se deduce que el porcentaje de jóvenes consumidores de drogas es significativo, ya que según la encuesta nacional de adicciones en México cuyos resultados fueron publicados en 1990 revelan que en el grupo de 12 a 17 años de el 32% al 6.6% de los hombres ya han consumido bebidas alcohólicas, tabaco y han usado drogas al menos una vez. (16)

Es importante recordar que estos jóvenes son apenas estudiantes del ciclo básico y que su edad oscila entre los 11 y 19 años, sin embargo algunos de estos jóvenes ya han consumido más del 1 o 2 tipos distintos de drogas (cuadro 8); ésto los vuelve fuertes candidatos para convertirse en consumidores dependientes de determinada droga; en opinión del Dr. Kepfer, un usuario ocasional se puede convertir en consumidor adicto en un lapso de 2 a 7 años. (2)

La integración del hogar de los estudiantes que han consumido o consumen drogas demuestra que la mayoría de estos hogares están integrados por ambos padres, ésto es muy importante pues una de las causas que muchas veces motiva al consumo de drogas es la desintegración familiar. (2)

De los estudiantes que consumen drogas un 27.27% de ellos viven con abuelos o hermanas debido a que alguno de los padres han fallecido, han emigrado fuera del país o por otras causas.

Comprar cigarrillos, bebidas alcohólicas y otro tipo de drogas es mucho más fácil de lo que se piensa; el acceso hacia los cigarrillos y bebidas alcohólicas es fácil para los jóvenes debido a que ambas drogas son de tipo lícito, sin restricciones hacia la venta y de gran aceptación entre la sociedad; muestra de ello es que el 24 % de los estudiantes afirma que a tan solo 1 cuadra de su centro de estudios existe un lugar que vende este tipo de sustancias.

Se observó que la prevalencia de vida, fue más alta para los cigarrillos (15.02%), y las bebidas alcohólicas (9.47%). Dentro de las drogas ilícitas la marihuana presentó el mayor consumo.

La edad de primer consumo para los estudiantes se estableció entre los 8 y 16 años de edad, siendo la droga de entrada para la mayoría de los estudiantes el cigarrillo; el inicio del consumo de cigarrillos y bebidas alcohólicas se estableció durante los 8 y 16 años de edad, reportando los cigarrillos el 52.52% (73 casos) y las bebidas alcohólicas el 33.09% (46 casos).

La edad de primer consumo para la marihuana, cocaína, crack, heroína y alucinógenos se observó entre los 11 y 13 años; mientras que para anfetaminas y pasta base entre los 14 y 16 años.

Siendo la adolescencia el período más susceptible del individuo para iniciarse en el consumo de drogas, principalmente las de uso legal, las cuales se empiezan a utilizar en mayor cantidad en los años correspondientes a la enseñanza media ya que éstas gozan aceptación y popularidad debido a la difusión que se les brinda en todos los medios de publicidad. (4)

En relación a la frecuencia de consumo se considera al 43.17% como exconsumidores, por referir más de un año desde el último consumo (cuadro 7); un 25.90% consume 1 a 2 veces, cocaína, crack y marihuana; un 16.82 consume menos de 12 veces al año tabaco o alcohol; el 10.07% consume de 3 a 9 veces al mes bebidas alcohólicas, cigarrillos, crack y únicamente el 1.44% consume más de 20 veces al mes cigarrillos.

La frecuencia de consumo, el tipo de droga, la dosis, forma de administración y el estado emocional del individuo, determinará quién tiene más riesgo de volverse drogadependiente en algún momento dado, también hay que recordar que cuando se usa una droga aún en forma controlada, se llega a un estado de adaptación paulatino que el individuo pasa desapercibido. (12)

X. CONCLUSIONES

1. La prevalencia de vida (consumo alguna vez en la vida), en este estudio se estableció que es el 16.05% (78 estudiantes)
2. Se determinó que las drogas de mayor consumo entre los estudiantes son el cigarrillo y las bebidas alcohólicas, siendo el cigarrillo la droga de entrada.
3. Se establece que la edad de primer consumo para los cigarrillos y las bebidas alcohólicas se encuentra entre los 8 y 16 años de edad; mientras que la edad de primer consumo para otro tipo de drogas se observó entre los 11 y 16 años.
4. La mayor frecuencia de consumo la refieren los estudiantes para los cigarrillos y bebidas alcohólicas, con 3 a 9 veces al mes y para marihuana y crack, una o dos veces al mes.
5. Se determinó la existencia de policonsumo en 56 de los 78 estudiantes que han consumido o consumen drogas.

XI. RECOMENDACIONES

1. Implementar y ejecutar prevención de consumo de drogas a través de programas educativos dirigidos a la comunidad a través de los Ministerios de Educación y Salud Pública; estos programas deben iniciar desde la escuela primaria.
2. Implementar en los centros educativos programas de asesoría y orientación dirigido a los jóvenes que consumen o han consumido drogas.
3. A Los padres de los estudiantes que participaron en el estudio informarles sobre los resultados obtenidos; ésto con el propósito de incentivar a los padres para conformar una junta que se dedique a la orientación y asesoría de estos jóvenes.

XII. RESUMEN

El presente estudio es de tipo descriptivo, realizado en un INSTITUTO PUBLICO para VARONES de la ciudad capital durante los meses de junio a julio de 1997.

Se tomó una población de 486 alumnos del primer a tercer grado básico de educación; a los cuales se les pidió que de una manera anónima llenaran un cuestionario con la finalidad de investigar sobre el uso de drogas en esta población, su frecuencia de consumo y edad de primer consumo.

En cuanto a los resultados del estudio se observó que la prevalencia de vida (el consumo alguna vez en la vida) es de 16.07% para este grupo de estudiantes. Las drogas de mayor consumo entre los estudiantes son los cigarrillos con un 52.52%, las bebidas alcohólicas con un 33.09% y la marihuana con un 5.04%; las drogas menos utilizadas o consumidas por los estudiantes fueron la cocaína, crack, anfetaminas y alucinógenos.

La frecuencia de consumo referida por los estudiantes es de 1 a 2 veces al mes para la cocaína y anfetaminas; y de 3 a 9 veces al mes para el alcohol y el tabaco.

La edad de primer consumo para las bebidas alcohólicas y los cigarrillos se estableció entre los 8 y 16 años de edad, mientras que para otro tipo de drogas la edad de primer consumo se observó entre los 11 y 16 años.

La mayoría de los estudiantes que han consumido drogas afirman que sus padres no lo saben.

XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 Almeida, M. Uso y abuso de alcohol y drogas. Boletín Of Sn. Pan 88 (1) 1990 45-54 p.
- 2 Avendaño, Nancy. Drogas en las esquinas. La Revista. Editorial Prensa Libre. Guatemala abril 1997 p. 8-10.
- 3 Bogani, Miguel Emilio. El alcoholismo enfermedad social. Barcelona España, Plaza & Janes Editoriales S.A. año 1991.
- 4 Carballada, Alfredo Juan Manuel. La farmacodependencia en América Latina. Buenos Aires. primera edición 1990.
- 5 Gomes de Matos, Evandro. Alcoolismo e fobia social. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Vol.46 N.1 p. 9-11 janeiro 1997.
- 6 Goodman y Gilman. Las bases farmacológicas de la terapéutica. Editorial Panamericana. México D.F. 8 va. edición 1991 p. 320-321, 346-356, 369-375, 542-546.
- 7 Harrison. Principios de Medicina Interna. Editorial Interamericana, México D.F. 12 va. edición 1991 p. 2491-2509.
- 8 Mosby. Enciclopedia de Medicina y Enfermería. España. Editorial Océano 1985 volumen I.
- 9 Inaba, Darryl S. Drogas: Estimulantes, depresores, alucinógenos. Buenos Aires Editor Latinoamericano 1992 p. 24-178.
- 10 Navarro Estrada, José Luis. Tabaquismo: ¿Proscripción o Prescripción? Rev. Argentina del tórax. 56 N.2 octubre 1995 p. 124-126.
- 11 Organización Mundial de la Salud. La Salud de los Jóvenes. España 1986 p. 43-52.
- 12 Organización Mundial de la Salud. Comité de Expertos de la O.M.S. en farmacodependencia. España 1985.
- 13 Organización Panamericana de la Salud. Tabaco o Salud: Situación en las Américas. Publicación científica N.536 1995 p. 201-210.
- 14 Robbins. Patología Estructural y Funcional. Editorial Interamericana, México D.F. 4 ta. edición 1990 p. 500-501, 522-523, 527-531.
- 15 Serna Maytorena, Graciela. Fumar es un suicidio. 1 ra. edición México Litografía Medrano 1974. p. 28-29, 51-53, 71-73.
- 16 Tapia Conyer, Roberto. La encuesta nacional de adicciones de México. Rev. de Salud Pública de México . 32 N. 5 septiembre-octubre 1990. p 507-521.
- 17 Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Documento del Area de Salud Pública, Fase I. Semana 31 1997.

XIV. ANEXOS

"CONSUMO DE DROGAS EN ESTUDIANTES DE EDUCACION BASICA"

Esta boleta pretende obtener información sobre el consumo de drogas en estudiantes de educación básica, la información que usted proporcione es ANONIMA.

Instrucciones: por favor responda a las preguntas que encontrará a continuación. Marque con una X la respuesta de su preferencia.

DATOS GENERALES:

1. Edad: _____ años. 2. Sexo: Masc. Fem. 3. Grado: _____
4. Con quien vive usted: a. Con ambos padres
b. Solo madre
c. Solo padre
d. Otro familiar Especifique: _____

DATOS SOBRE CONSUMO

5. Algún miembro de su familia han consumido o consume cigarrillos o bebidas alcohólicas? SI NO
6. Algún miembro de su familia han consumido o consume Drogas? SI NO
7. Alguno de sus compañeros consume cigarrillos o bebidas alcohólicas? SI NO
8. Alguno de sus compañeros consume drogas? SI NO
9. En su casa, ha tenido usted problemas por consumo de bebidas alcohólicas o cigarrillos? SI NO
10. En su casa ha tenido problemas por consumo de drogas? SI NO
11. En los estudios, ha tenido problemas por consumo de bebidas alcohólicas o cigarrillos? SI NO
12. En los estudios, ha tenido problemas por consumo de drogas? SI NO
13. Cerca de su centro de estudios, existe algún lugar en donde se distribuyan bebidas alcohólicas o cigarrillos? SI NO
- Especifique: a. A una cuadra b. A dos cuadras c. Enfrente

14. Cerca de su centro de estudios, existe alguna persona que distribuya bebidas alcohólicas o cigarrillos? SI NO

Especifique: a. A una cuadra b. A dos cuadras c. Enfrente

15. Cerca de su centro de estudios, existe algún lugar en donde se distribuyan drogas? SI NO

Especifique: a. A una cuadra b. A dos cuadras c. Enfrente

16. Cerca de su centro de estudios, existe alguna persona que distribuya drogas? SI NO

Especifique: a. A una cuadra b. A dos cuadras c. Enfrente

En relación a las siguientes sustancias responda con una "X" a las preguntas que se le hacen, y con número cuando se refiera a edad de primer consumo.

EN LOS ULTIMOS DOCE MESES

Sustancias	Consumió alguna vez	Edad de primer consumo	< 12 veces al año	1 a 2 veces al mes	3 a 9 veces al mes	10 a 20 veces al mes	> 20 veces al mes	Hace mas de 1 año
Bebidas alcohólicas	5	8						X
Cigarrillos	1	15						
Cocaína								
Pasta base								
Crack								
Marihuana								
Inhalables								
Alucinógenos								
Heroína								
Anfetaminas								

Si usted consume o ha consumido bebidas alcohólicas, cigarrillos o drogas, responda las siguientes preguntas:

17. Qué actitud tienen sus padres o encargados hacia usted, respecto al consumo de bebidas alcohólicas o cigarrillos?

a. Le regañan b. Le golpean c. Le castigan d. Le aprueban

e. Le explican lo malo del consumo f. No saben

18 Qué actitud tienen sus padres o encargados hacia usted, respecto al consumo de drogas?

a. Le regañan b. Le golpean c. Le castigan d. Le aprueban

e. Le explican lo malo del consumo f. No saben

Responsable: Flor de María Car X.

GRACIAS