

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**CARACTERIZACION DEL ADICTO EN CENTROS
DE RECUPERACION PARA ALCOHOLICOS Y
DROGADICTOS, EN LA CIUDAD DE GUATEMALA**

Estudio realizado en cinco centros de recuperación en el período del
1ero. de agosto al 30 de septiembre de 1997

ABNER ASBELL VASQUEZ GALVEZ

MEDICO Y CIRUJANO

INDICE

Introducción.....	2
Definición y planteamiento del Problema.....	3
Justificación.....	5
Objetivos.....	6
Revisión Bibliográfica.....	7
Drogas específicas y sus efectos.....	18
Que realizan las entidades Gubernamentales sobre las Drogas	39
Metodología.....	51
Recursos.....	63
Resultados, Análisis y discusión.....	65
Conclusiones.....	72
Recomendaciones.....	75
Resumen.....	76
Anexos.....	79
Bibliografía	79
Boleta de recolección de datos	90

INTRODUCCIÓN

A través del presente trabajo de investigación transversal se pretendió determinar un perfil del adicto en centros de recuperación, así como la magnitud del problema, sus causas y sus efectos negativos para el individuo.

Para este estudio se tomaron todos aquellos pacientes que se encontraban internados en alguno de los cinco centros seleccionados, para el tratamiento de alcohol o drogas en la ciudad de Guatemala del 1 de agosto al 30 de septiembre de 1997.

El estudio fué realizado en 212 pacientes entre 12 y 76 años de edad, con una población masculina en el 99% de los casos. El 89% de la población afectada se encuentra en la edad productiva (18 y 65 años), en el 100% alfabetos y un 46 % con una relación conyugal (casados o unidos), el 71% de la población se ve afectada por la inestabilidad laboral, el 61% inició el uso de alguna droga entre 12 y 18 años. El estudio fue realizado para evaluar el uso de droga de inicio, droga principal, drogas secundarias, y droga terciaria. El índice en el consumo de una droga mostró, que el 54% de la población consume más de dos drogas habitualmente. La prevalencia de consumo reportado es: Alcohol 78.3%, Tabaco 78%, Marihuana 44.8% Cocaína 18.9%, Inhalantes 7% y otras 33.4%. Se reporta que sólo un 3% utiliza como vía de administración jeringas y agujas.

DEFINICIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El abuso de sustancias psicoactivas afecta ya a todo el mundo. La epidemia se propaga de unas regiones a otras e implica diferentes sustancias. Las prácticas tradicionales se ven reemplazadas por nuevas modalidades de consumo y a menudo más peligrosas. Los drogadictos recurren en muchos casos a la inyección, añadiendo a la toxicomanía, el riesgo de infección por el V I H , HEPATITIS, PALUDISMO, ETC.

Los problemas ya no sólo se limitan al empleo de una sola droga o de unas pocas. Lo más frecuente es que los usuarios pasen de una sustancia a otra y utilicen combinaciones de diferentes sustancias (44). La figura de la toxicomanía, se ha modificado notablemente a lo largo de los últimos años, si al principio la droga alcanzaba esencialmente el círculo de artistas y luego, cierta categoría de marginales en conflicto con el mundo y la sociedad, hoy día, la droga se introduce a todos los medios sociales y particularmente con los más vulnerables es decir los adolescentes e incluso los niños. (3,6,16,43,56.)

En Guatemala, el problema de las drogas tiene grandes proporciones, pero sabemos muy poco sobre la prevalencia del uso de drogas. Esto se debe a que existe un gran subregistro.

Las drogas más utilizadas en Guatemala, son el alcohol y el tabaco como drogas lícitas, la cocaína, la marihuana, solventes o pegamentos , sedantes y L S D. y derivados de la heroína como drogas ilícitas (6).

El presente estudio se realizó en adictos recluidos en centros de recuperación. Por permitir observar sus características, el policonsumo de los usuarios e identificar variedad de drogas circulantes.

JUSTIFICACION

En Guatemala, como en el resto del mundo el problema de la drogadicción va en aumento, además con muchos factores predisponentes, entre ellos : El machismo latino, que le celebra al adolescente su primera borrachera. En la actualidad la curiosidad, la presión grupal, la desintegración familiar, el ejemplo paterno, abuso de toda índole, sexual y psicológico, conllevan a que los jóvenes se conviertan en adictos.

El presente trabajo tiene como fin la Caracterización del adicto, en centros de recuperación.

OBJETIVOS

GENERALES

1. Determinar el perfil del adicto en centros de recuperación en Guatemala, en 1,997.

ESPECIFICOS

1. Describir las características epidemiológicas del adicto.
2. Identificar la prevalencia de vida de las drogas de consumo más frecuentes.
3. Observar la relación entre el consumo de drogas y las características del paciente adicto.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Partiendo del origen una Droga es:

Una sustancia, que afecta al cuerpo o a la mente. Una sustancia que afecta una o más funciones del cuerpo. (14 y 19.).

La dependencia de la Droga es:

Un estado de dependencia psicológica y física, ambas, que resulta del uso crónico, periódico o continuo de drogas. Hay muchas clases de dependencia a las drogas, todas traen consigo su determinado problema. El uso de productos químicos que alteran la mente no siempre causan una dependencia de las drogas. (14)

La dependencia va ligada a habituación a las Drogas

Es el deseo psicológico de repetir el uso de una droga intermitentemente o continuamente, por motivos emocionales.

La suavización de las tensiones, evasión de la realidad, la euforia, etc.. Son algunas de las razones del uso habitual de drogas. (14, 16, 19)

Secundario a lo antes expuesto surge la adicción que es:

La dependencia física de una droga. El concepto científico incluye el desarrollo de la tolerancia y de la privación. Una persona que ha desarrollado tolerancia necesita la droga, en dosis cada vez mayores para conseguir el mismo efecto. Cuando se detiene abruptamente el uso de drogas que causan adicción. Surge el período de privación, y que se caracteriza por síntomas sumamente molestos, tales como vómitos, convulsiones, escalofríos, temblores, sudoración, ansiedad, etc. Una vez adquirida la adicción a las drogas, es lógico que el individuo tienda de modo irreprimible a repetir su uso porque la droga resuelve temporalmente los problemas personales y mantiene alejados los síntomas de la privación.

Las personas que se hacen físicamente adictas a las drogas o que abusan de ellas por razones psicológicas son personas dominadas por las drogas. La dependencia de las drogas constituyen siempre un grave problema para el individuo y para la sociedad. (14, 26)

Abuso de las Drogas en la actualidad

Generalmente el abuso de las drogas, puede ser descrito como un esfuerzo de los individuos, por sentirse diferente de

como se siente. Muchas drogas permiten temporalmente a sus consumidores, evadir las frustraciones, reducir la depresión, y los sentimientos de alienación o escapar de si mismos. Tal abuso de las drogas, naturalmente, no produce ninguna mejora en los problemas de los individuos y de la sociedad. Por el contrario no es más que la huida de algunos problemas y el ingreso a otros. (14)

El consumo de drogas crea algunos indicios que a continuación se mencionan :

Cambios en las pautas de aprovechamiento, apariencia y conducta pueden ser señales de consumo de drogas. Los puntos del primer grupo que se listan a continuación proporcionan clara prueba en el consumo de drogas. Los puntos en los otros grupos ofrecen indicios que pueden de notar dicho consumo. Por esta razón, los adultos deben estar pendientes de los cambios radicales en la conducta de los niños, cambios que en su conjunto, forman un modelo asociado, al consumo de drogas.

a) Indicios de drogas y accesorios :

- ♦ Posesión de accesorios relacionados con las drogas, Pipas, Papel para Liar, Cigarrillos, Pequeños Envases de Descongestionantes o Lámparas de Butano.

- ♦ Posesión o Evidencia de Drogas, plantas características, o Colillas, Semillas, o bien Hojas en Ceniceros o en las bolsas de la ropa.

- ♦ Olor a Drogas, Aroma de incienso u otras fragancias para despistar.

b) Identificación con la Cultura de la Droga

- ♦ Revistas relacionadas con drogas, ropa con lemas alusivos
- ♦ Charlas y bromas que muestren preocupación por el tema

- ♦ Agresividad al discutir sobre Drogas.

c) Síntomas de Deterioro Físico

- ♦ Lagunas Mentales, Breves Períodos de Atención, Dificultad para concentrarse
- ♦ Pobre coordinación física, farfuleo o habla incoherente.
- ♦ Apariencia Sucia, Indiferencia hacia el aseo e higiene.

- ♦ Ojos Irritados, Pupilas Dilatadas.

d) Cambios Dramáticos en el Rendimiento Escolar

- ♦ Baja notable en las notas escolares, Tareas incompletas.
- ♦ Aumento en el Ausentismo y Retardos en la llegada a su casa

e) Cambios en la Conducta

- ♦ Deshonestidad Crónica (Mentiras, Robos ,Estafas)
Problemas con la policía.
- ♦ Cambios en las amistades, Evasividad para hablar de las nuevas amistades.
- ♦ Posesión de grandes cantidades de dinero.
- ♦ Cólera reciente e injustificada, hostilidad, irritabilidad, sigilo.
- ♦ Débil motivación, energía, autodisciplina, autoestima
- ♦ Menguado interés en actividades extracurriculares y pasatiempos.(14)

El siguiente es el modelo de salud pública para el diagnóstico de factores que pueden incidir en el uso de drogas en jóvenes: Tomando al individuo desde su entorno con el MEDIO (medio facilitador). EL AGENTE (tipo y patrón de consumo).EL HUÉSPED (características del estudiante). DMS III y IV(48)

INDICADORES DE RIESGO PARA EL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS

JÓVENES

INDICADORES DE RIESGO DMS III y IV (48)

CARACTERÍSTICAS DEL USO DE LA DROGA

El medio facilitador para que la persona sea consumidor, puede influir si el joven posee algunas de estas características:

- (si existen estas características en el medio facilitador, existe gran predisposición para consumir drogas)
- ♦ Familia caótica o desordenada.
- ♦ Disponibilidad de lugares públicos para consumir
- ♦ Disponibilidad de lugares de consumo (hogar, escuela , calle).
- ♦ Uso de drogas en el grupo de pares.
- ♦ Tolerancia de la escuela hacia el consumo de drogas
- ♦ Dificultades en el manejo de la realidad.
- ♦ insatisfacción con la calidad de vida.
- ♦ Percepción distal del apoyo y control parenteral.
- ♦ Cometer más de 6 actos antisociales durante el último año.
- ♦ Uso de drogas o alcohol en padres o hermanos.

Podemos decir que el tipo de patrón de consumo de agente o droga aporta estas características de riesgo para que, el paciente consuma sustancias:

- ♦ Acceso a distribuidor
- ♦ Tener un período prolongado de consumo (más de un año).
- ♦ Intoxicarse con alcohol además de usar drogas.
- ♦ Facilidad para conseguir drogas.
- ♦ Ser consumidor frecuente de una droga o ser poliusuario.
- ♦ Usar marihuana.
- ♦ Usar cocaína.

- ♦ Ser poliusuario.

CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIANTE (huésped): (48)

Si el joven cuenta con estas características aporta más riesgo de ser un consumidor.

- ♦ Eventos con significado traumático en la 1ra infancia, sobre todo en el primer año de vida.
- ♦ Eventos con significado traumático durante la adolescencia.
- ♦ Causa justificada del consumo de drogas identificada por el
- ♦ Usuario.
- ♦ Actitud de aceptación (o no rechazo) al consumo de drogas y/o a los consumidores.
- ♦ Tener dinero disponible para uso personal.
- ♦ Haber iniciado el consumo en la adolescencia temprana (12 a 14 años).
- ♦ No dedicarse tiempo completo a los estudios.
- ♦ Estar en la Escuela cursando los básicos.
- ♦ Tener un alto grado de inconformidad social.
- ♦ Ser varón.
- ♦ Pertenecer a una familia cuyo jefe tiene estudios de primaria o menos.
- ♦ Tener 18 años o más.

- ♦ Haber tenido al menos un problema familiar, médico o psicológico, legal o personal por usar drogas.
- ♦ Conductas de riesgos.

LA CODEPENDENCIA

Es el término utilizado para el pariente de un adicto. Tanto consanguíneo o legal, o persona que está unida a un adicto.

LOS PROBLEMAS DEL CODEPENDIENTE:

El primer problema: que enfrenta cualquier codependiente es la negación psicológica "TODOS PUEDEN SER ADICTOS MENOS MI FAMILIA". Se cree en el dicho el amor todo lo cree.

El segundo problema: nunca se acepta la magnitud del problema y cuando se acepta la familia se tarda varios años en tratar de buscar ayuda especializada.

El tercer problema: todo adicto tiene dos armas importantes para manejar a su familia, primero: el adicto provoca enojo en la familia. Si la familia se molesta por su dependencia él tiene un arma para seguir utilizando droga. Segundo la ansiedad que causa en la familia, ya sea por que contraiga deudas o

protagonice accidentes ,por lo cual la familia se vea obligada a pagar deudas, y todas las cosas que el paciente destruya".

El cuarto problema, el amor y la comprensión: muchos de los parientes manipulan el término si me amaras no tomarías, por su incapacidad de entender el significado del amor, el adicto usa ésta forma para manipular el porque se bebe. (Problemas sentimentales , de trabajo etc.)

El quinto problema, el amor destruido: la familia sufre cuando el adicto toma o se droga, y sufre las consecuencias dolorosas de temor y odio (el temor muchas veces reemplaza el amor en un matrimonio).

El sexto problema, sobriedad a largo plazo: es el error más frecuente y se cree que alejando la droga del adicto el problema se soluciona, pero se crea una psicosis familiar sobre las drogas.

El séptimo tema el papel del AL-ANON es el apoyo que dan los proyectos como alcohólicos anónimos, y neuróticos anónimos hacia el paciente y la familia.(38)

TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN

1- HISTORIA DE LA ENFERMEDAD: El paciente sufre de resistencia al tratamiento porque no acepta que él tenga problemas con alcohol o drogas, y el día en que acepta ingresar a un programa de tratamiento es porque al final la familia ha quitado toda ayuda. Es importante que el adicto determine que tiene problemas y no sólo él necesita ayuda, sino también su familia.

2- SALUD PUBLICA: Hace énfasis en los programas de prevención anti-drogas y promoción. En Guatemala existen varios folletos utilizados para la prevención, pero casi todo el material es escrito. SECCATID tiene un programa anual de prevención a nivel nacional en un semana del mes de julio. Y está orientado a maestros, alumnos de quinto y sexto primaria y a promotores. Lo ideal y lo que recomienda salud pública son programas para niños, adolescentes y para padres de familia.

3- DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO: El manual de diagnóstico para psiquiatría de OPS, expone una serie de cuestionarios para diagnóstico de adicciones, tomando al agente, al medio y al huésped. Con los factores predisponentes antes expuestos.

El manual paltex recomienda que el tratamiento del síndrome de dependencia alcohólica o drogadicción debe hacerlo personal

especializado al cual se referirá al paciente. Mientras esto se realiza se procurará desintoxicar al paciente mediante:

- ♦ Supresión gradual de toda bebida alcohólica, o de drogas.
- ♦ Alimentación adecuada y suplemento vitamínico.
- ♦ Administración abundante de líquidos.
- ♦ Apoyo psicológico: Escuchar sus problemas y discutir posibles soluciones.
- ♦ Solicitar el respaldo de la familia.
- ♦ Mandar al paciente a algún grupo de autoayuda tal como alcohólicos Anónimos (A.A.), Narcómanos Anónimos (N.A.) o a una comunidad terapéutica.

El manual de tratamiento para adicciones de OPS recomienda que todo paciente con síndrome de abstinencia; que se complique con delirium tremens o estado de coma, debe ser referido a hospitales o tratados por médicos.(46).

4- REHABILITACIÓN Y REINCRERION SOCIAL : no basta con desintoxicar al adicto sino que también hay necesidad de reeducarlo enseñándolo a ganarse de nuevo la vida para que sea productivo, creando en él valores y reglas, socialmente aceptadas y enseñando a manejar sus finanzas, porque el adicto cuando egresa de un programa de tratamiento desea recuperar todo lo económicamente perdido por eso hay un énfasis en tratamiento con enfoque a la familia. La mayoría de programas de la OPS de

reinserción contemplan en su estrategia utilizar un tiempo para que el paciente se reincorpore a la sociedad gradualmente . (46)

INCIDENCIA DE DROGAS EN GUATEMALA

Según la Secretaria General de Planificación (SEGEPLAN), el estudio realizado en escolares y juveniles de 8 a 18 años en Guatemala en 1,996. Adicciones a diferentes drogas, alcohol 57%, Sedantes 37%, Tabaco 34%, Marihuana 7% ,Inhalantes 3%, Cocaína 1%.

Estudios en USAC reportan que un 25% a 35% de estudiantes consumen alcohol.(4,8,11,12,16,22,25)

DROGAS ESPECÍFICAS Y SUS EFECTOS

EL ALCOHOL

En los países desarrollados, lo corriente es que de el 70- 90 % de los adultos consuman alcohol . Estudios realizados en diversos países industrializados hacen pensar que el 5- 10 % de los bebedores son alcoholdependientes. Tras un período de alza , el consumo de alcohol se ha estabilizado o ha descendido durante los últimos diez años en muchos países industrializados (pero no en todos) salvo Europa oriental, donde se ha registrado un rápido aumento del consumo al igual que en los países en vías de desarrollo en los últimos 10 -20 años.

En varias enfermedades, entre ellas los cánceres de la boca, el esófago y la faringe, así como en muchos tipos de accidentes (de automóvil, industriales, ahogamientos, caídas, suicidios y homicidios) la contribución del alcohol es un hecho perfectamente demostrado.

El alcohol es un depresor por excelencia y la droga más usada en el mundo y sus complicaciones son: Delirium Tremens, hepatitis alcohólica, Cirrosis de la Laennec, es la causa de suicidios, abuso de menores, incendios, accidentes, etc. (2,4,6,10,11,15,19,22,23,26,31,47,48,54,59)

Tipo	¿ Como la llaman ?	¿ Qué aspecto tiene ?	¿ Como se usa ?
Alcohol	Cerveza Agua ardiente Cusha Gato Boj Guaro Cercha Trago Birria Tapis Clandestino	Líquido	Se ingiere oral

EL TABACO

Se reporta que en el mundo existen 1,100 millones de fumadores, que 800 millones viven en países en vías de desarrollo y 300 millones en países desarrollados. Se fuman al año 6 billones de cigarrillos: el 41% de los hombres y el 25% de las mujeres fuman en los países desarrollados y en los países en desarrollo el 50% de varones y el 8% de mujeres (9,13,21). El tabaquismo termina costando la vida a uno de cada dos consumidores y acorta considerablemente la vida de los demás. En los países en desarrollo se atribuye al tabaco el 16 % de la incidencia anual de los casos de cáncer, el cáncer pulmonar en el 85 % de los varones puede atribuirse al hábito de fumar.

Tipo	¿ Como la llaman ?	¿ Qué aspecto tiene ?	¿ Como se usa ?
Nicotina	Cigarrillo Puro Chancuaco Tabaco	Hojas de tabaco Cigarrillo	Se inhala el humo

CANNABIS

Efectos:

En todas sus formas, la cannabis produce efectos físicos y mentales negativos. Varios efectos fisiológicos de esta sustancia que han sido observados con regularidad consisten en un incremento apreciable de ritmo cardíaco, irritación en los ojos, resequedad de boca y garganta y la intensificación del apetito.

El consumo de cannabis puede anular o debilitar la memoria inmediata y la comprensión, alterar el sentido del tiempo y reducir la capacidad de realizar tareas que requieren concentración y coordinación, como la conducción de un automóvil. La investigación ha demostrado también que los estudiantes no retienen los conocimientos que adquieren mientras están intoxicados. La motivación y el entendimiento pueden sufrir alteraciones, lo cual dificulta la adquisición de nuevos conocimientos. La marihuana puede producir también paranoia y psicosis.

Dado que los usuarios acostumbran inhalar profundamente el humo no filtrado y lo retienen en sus pulmones el mayor tiempo posible, la marihuana resulta nociva para dichos

órganos y para todo el sistema pulmonar. El humo de esta droga contiene mas agentes cancerígenos que el tabaco.

En quienes consumen por mucho tiempo la cannabis puede crear una dependencia psicológica que los obliga a absorber mayores dosis de la droga para obtener el mismo resultado. El enervante puede convertirse en el centro de su vida. (14,16,18,19,44).

CANNABIS

<i>Tipo</i>	<i>¿ Como se llama ?</i>	<i>¿Qué aspecto tiene ?</i>	<i>¿ Como se usa ?</i>
Marihuana	Mota	Perjil seco	Se come
	Grifa	mezclado con	Se fuma
	Punto Rojo	tallo que puede	
	Juana	incluir semillas	
	Rusa		
	Hierba		
	Pasto		
	Sacate		
	Grilla		
	María		
	Oro de		
	Acapulco		
Tetrahi- drocanna- binol	THC	Cápsulas de gelatina blanda	Ingestion oral Se fuma
Hachis	Hash	Tortas o esferas	Se come
	Hashish	de color pardo	Se fuma
	Charas	a negro	
Aceite de Hachis	Aceite de	Jarabe líquido	Se fuma
	Hachis	concentrado, color , varía entre incolor y negro	mezclado con tabaco

INHALANTES

Efectos

Entre los efectos negativos inmediatos de los inhalantes se mencionan: náusea, estornudos, tos, hemorragias nasales, fatiga, falta de coordinación y pérdida de apetito. Las aspersiones de solventes y aerosoles disminuyen también el ritmo cardíaco y respiratorio, y obnubilan la razón. Los nitritos de amilo y butilo aceleran el pulso y provocan dolores de cabeza y la excreción involuntaria de la orina y la heces. A largo plazo, su consumo puede desembocar en hepatitis, hemorragia cerebral, aplasia de médula ósea, desnutrición severa y ceguera. (14,16,18,24,46).

La inhalación profunda de los vapores o el consumo de grandes dosis en un período breve, puede resultar en sentimientos de desorientación, conducta violenta, pérdida de la conciencia o muerte. Los inhalantes en alta concentración pueden ocasionar asfixia pues desalojan el oxígeno de los pulmones o deprimen el sistema nervioso central a tal grado que la respiración se detiene. El consumo prolongado puede causar pérdida de peso, fatiga, desequilibrio electrolítico y fatiga muscular. Al cabo del tiempo, el aspirar repetidamente vapores concentrados llega a lesionar permanentemente el sistema nervioso.

INHALANTES

<i>Tipo</i>	<i>¿ Como la llaman ?</i>	<i>¿ Qué aspecto tiene ?</i>	<i>¿ Como se usa ?</i>
<i>Oxido nitroso</i>	Gas hilarante Alivianador	Agente propulsor de la crema de aereosol, pequeños cilindros metálicos de ocho gramos que se venden con un globo o tubo (bomba voladora)	Se inhalan los vapores
<i>Nitrito de amilo</i>	Maíz tostado Castañuelas Pop	Líquido de color amarillento claro en ampollas	Se inhalan los vapores
<i>Nitrito de bitilo</i>	Precipitador Rayo Locker Bala Climax	Se empaca en frascos pequeños	Se inhalan vapores
<i>Clorhidro-carbuos</i>	Aspersión en aereosol	Latas de pinturas de aereosol. Recipientes de líquido limpiador	Se inhalan los vapores
<i>Hidro-carbuos</i>	Solventes, pacha, pega, jalón o toque	Latas de agentes propulsores en aereosol, gasolina, pegamento, pintura, thinner	Se inhalan los vapores

ESTIMULANTE: COCAINA

Efectos

La cocaína estimula el sistema nervioso central. Entre sus efectos inmediatos se incluyen; la dilatación de las pupilas ,y la elevación de la presión sanguínea, la aceleración del ritmo cardíaco y respiratorio, y el aumento de la temperatura corporal. Su uso ocasional puede provocar obstrucción o mucosidad nasal, mientras que su consumo consuetudinario llega a ulcerar la membrana mucosa de la nariz. La cocaína inyectada con instrumentos no esterilizados puede provocar contaminación de SIDA, hepatitis, y otras enfermedades. La preparación de la base libre, que requiere el empleo de solventes volátiles, puede ser causa de lesiones o muerte cuando se producen incendios o explosiones. La cocaína puede provocar dependencia sociológica y fisiológica, y la sensación de que el usuario no puede vivir sin ella. Además, la tolerancia a la droga se desarrolla con rapidez.

El crack o polvo en base libre, provoca una adicción extrema y sus efectos se empiezan a sentir antes de 10 segundos. Entre sus efectos físicos figuran los siguientes: dilatación de las pupilas, aceleración del pulso, elevación de la presión sanguínea, insomnio, pérdida de apetito, alucinación táctil, paranoia y ataques de apoplejía.

El consumo de cocaína puede ocasionar la muerte al interrumpir el control del cerebro sobre el corazón y la respiración. (14,16,18,19,23,24,26 ,44)

ESTIMULANTE COCAINA

TIPO	¿ Como la llaman ?	¿ Qué aspecto tiene ?	¿ Como se usa ?
Cocaína	Coca	Polvo blanco	Se inhala ,
	Nieve	cristalino, que	se inyecta ,
	Copos	a menudo se	se fuma.
	Bernice	diluye con otro	
	Polvo	ingrediente	
	Dulce		
	Perica		
	Cocoa		
	Cocacola		
	La "C" grande		
Crack o cocaína	Raya		
	Aspiron		
	Lineazo		
	Crack	Comprimidos de	
	rocas de base libre	color castaño o beige, o	
	cristal	piedrecitas	
	piedras	cristalinas, que parecen grumos de jabón, con frecuencia se envasa en frascos pequeños	

OTROS ESTIMULANTES

Efectos

Los estimulantes pueden acelerar el ritmo cardíaco y respiratorio, elevan la presión sanguínea, dilatan las pupilas y reducen el apetito. Además, quienes los consumen pueden presentar sudoración, dolor de cabeza, visión borrosa, mareos, somnolencia y ansiedad. Las dosis extremadamente altas pueden acelerar o volver irregular el ritmo cardíaco , provocando temblor muscular, pérdida de coordinación e incluso un colapso. Una inyección de anfetamina eleva repentinamente la presión sanguínea, lo cual puede ocasionar ataques apoplégicos, fiebre muy alta o paro cardíaco .

Además de los efectos físicos, los consumidores sienten inquietud, ansiedad y mal humor. Las grandes dosis intensifican dichos efectos. Las personas que consumen muchas anfetaminas por períodos prolongados pueden contraer una psicosis anfetamínica que produce alucinaciones, delirios y paranoia. Esos síntomas desaparecen generalmente cuando se suspende el uso de la droga. (14,16,19,26,32,42,45,53)

OTROS

ESTIMULANTES

<i>Tipo</i>	<i>¿ C llaman ?</i>	<i>¿ Qué aspecto tiene ?</i>	<i>¿ Como se usa ?</i>
Anfetami- nas	Acelere	Cápsulas	Se ingiere
	Azote	Píldoras	oralmente
	Ruedas	Tabletas	Se inyecta
	Camioneras		Se inhalan
	Cruzadas		
	Dexamil		
	Alegradoras		
	Desoxyn		
	Bencedrina		
	Bence		
	Dexedrina		
	Caballo de copas		
	Bifetamina		
	Ansilix		
Metanfe- taminas	Acelere	Polvo blanco	Se ingiere
	Metacristal	Píldoras	oralmente.
	Desoxyn	Una pieza	Se inyecta
	Metedrina	parecida a un	Se inhala
	Meta	trozo de	
	Conecte	parafina	
	Dados		
	Crank		
	Cristal		
	Cristina		
Otros estimu- lantes	Rytalin	Píldoras	Se ingiere
	Cylert	Cápsulas	oralmente.
	Preludin	Tabletas	Se inyecta.
	Didrex		
	Pre-state		
	Voranil		
	Tenuate		
	Tepanil		
	Pondimin		
	Sandrex		
	Plegine		
	Lonamin		

DEPRESORES

Efectos

En muchos aspectos, los efectos de las sustancias depresoras son muy similares a los del alcohol; en pequeñas dosis pueden producir tranquilidad y relajamiento muscular, pero en cantidades un poco mayores llegan a provocar torpeza en el habla, pasos vacilantes y alteraciones de la percepción. En dosis muy grandes pueden causar depresión respiratoria, estado de coma y muerte. La combinación de sustancias depresoras y alcohol puede multiplicar los efectos de las drogas, con lo cual se multiplican los riesgos.

El consumo de agentes depresores puede provocar dependencia fisiológicas y psicológica. Su uso habitual a través del tiempo puede resultar en la tolerancia a la droga, obligando al adicto a acrecentar las cantidades que consume. Cuando los usuarios consuetudinarios interrumpen bruscamente la ingestión de grandes dosis, pueden presentar síntomas de supresión, que van desde inquietud, insomnio y ansiedad hasta convulsiones y muerte.

Los recién nacidos cuyas madres abusaron durante el embarazo de las sustancias depresoras pueden ser fisiológicamente dependientes de esas drogas y presentan síntomas de supresión

poco después de nacer. Los efectos congénitos y los problemas conductuales son otros posibles resultados.

DEPRESORES

<i>Tipo</i>	<i>¿ Como se llaman ?</i>	<i>¿ Qué aspecto tiene ?</i>	<i>¿ Como se usa ?</i>
Barbitúricos	Pastas	Cápsulas rojas,	Se ingiere oralmente
	Barbas	amarillas,	
	Cacahuates	azules o rojas y	
	Nembutal	azules	
	Nembus		
	Alivianadores		
	Chaquetas		
	Amarillas		
	Muñecas		
	amarillas		
	Color de rosa		
	Amital		
	Demonios		
Metagualone	azules		
	Tuinal		
	Arco iris		
Tranquilizantes	Qualudes	Tabletas	Se ingiere oralmente
	Ludes		
	Sopores		
	Valium	Tabletas	Se ingiere oralmente
	Librium	cápsulas	
	Equanil		
	Miltown		
	Serax		
	Tranxene		

ALUCINOGENOS

Efectos

La fenciclidina (PCP) interrumpe las funciones del neocortex, la sección del cerebro que controla el intelecto y modera los instintos. Puesto que la droga inhibe los receptores del dolor, los episodios violentos de intoxicación dan lugar a heridas que el adicto se provoca. Los efectos de la PCP varían, pero los adictos suelen referirse a un sentimiento de distanciamiento y extrañeza. El tiempo y los movimientos corporales se retardan. La coordinación se entorpece y los sentidos se embotan. El habla se torna incongruente. Los consumidores habituales de la PCP informan que tienen anomalías persistentes de la memoria y dificultades al hablar. Algunos de esos efectos pueden durar entre seis meses y un año después del consumo diario y prolongado. Se presentan también trastornos del ánimo: depresión, ansiedad y conducta violenta. En etapas posteriores del consumo regular, los adictos muestran un comportamiento paranoide y violento y sufren alucinaciones.

En grandes dosis éstas sustancias pueden provocar convulsiones y estado de coma, paros cardiacos y pulmonares o la ruptura de vasos sanguíneos en el cerebro.

El ácido lisérgico (LSD), la mescalina y la silocibina provocan fantasías y alucinaciones. Los efectos fisiológicos pueden incluir dilatación de las pupilas, alta temperatura, incremento del ritmo cardíaco y de la presión arterial, pérdida de apetito, somnolencia y temblor.

Las sensaciones y sentimientos pueden cambiar con rapidez. Es frecuente que se observe una reacción psicológica adversa al LSD, la mescalina y la silocibina. El usuario puede sentir pánico, confusión, desconfianza, ansiedad y pérdida del control. Se pueden presentar efectos o sensaciones retrospectivas aún después de la suspensión del consumo de esas drogas, por varios años y se presenta un cuadro llamado Flash Bak: reactivación después de varios años sin efectos de LSD.

ALUCINOGENOS

TIPO	¿ Como la llaman ?	¿ Qué aspecto tiene ?	¿ Cómo se usa ?
<i>Fenciclidina</i>	PCP Cerdo Fenici Amable Polvo de angel Barco del amor Hierba asesina	Líquido Cápsulas Polvo blanco cristalino Píldoras	Se ingiere oralmente Se inyecta Se fuma puede rociarse sobre cigarrillos perejil y marihuana
<i>Diétilamina del ácido lisérgico</i>	LSD Acido Dragón Verde o rojo Relámpago blanco Cielo azul Terrones de azúcar Pizca	Tabletas de color brillante. Papel secante impregnado Cuadritos de gelatina líquido incolor	Se ingiere se lame del papel la gelatina y el líquido pueden instalarse en los ojos
<i>Mescalina y peyote</i>	Mesc Botones Cactus	Disco duro de color castaño comprimidos cápsulas	Discos se mastican, degluten o se fuman. tabletas y cápsulas se ingieren
<i>Siloci-bina</i>	Hongo Hongo Mágico Nanacate Anisidros Pajarillos	Hongos frescos o secos	Se mastican y degluten, les agrega leche y miel

NARCOTICOS

Efectos

Los narcóticos producen inicialmente una sensación de euforia que muy a menudo va seguida de modorra, náusea y vómito. Los usuarios pueden padecer también contracción de las pupilas, ojos llorosos y comezón. Las sobredosis llegan a provocar una respiración lenta y profunda, la piel se vuelve pegajosa y se presentan convulsiones, estados de coma y a veces la muerte. La tolerancia a los narcóticos se desarrolla con rapidez y es probable que se produzca dependencia. El uso de jeringas contaminadas puede propiciar enfermedades como SIDA, endocarditis y hepatitis. En las embarazadas la adicción puede provocar nacimientos prematuros, mortinatos o recién nacidos que ya son adictos a la droga y que sufren graves síntomas de supresión.

NARCOTICOS

TIPO	¿ Como la llaman ?	¿ Qué aspecto tiene ?	¿ Cómo se usa ?
Heronia	Carga Chiva Perica Caballo Escag. Esmack Tecata Polvo alegre la " H" grande Alquitran negro	Polvo entre blanco y castaño oscuro Sustancia parecida al alquitrán	Se inyecta Se inhala
Metadona	Dolofino Metadose Amidone	Solución	Se ingiere Se inyecta
Codeína	Cuadros Fosfato de codeína Tilenol con codeína Empirin compuesto con codeína Codeína en fármacos para la tos	Líquido Oscuro de diversa viscosidad Cápsulas Comprimidos	Se ingiere Se inyecta
Morfina	La blanca Miss emma SM Jarabe expectorante	Cristales blancos, Comprimidos hipodérmicos Solución inyectable	Se ingiere Se inyecta
Meperidina	Petidina Demerol Mepergan	Polvo de color Solución Comprimidos	Se ingiere Se inyecta Se fuma
Opio	Chicloso Chinaloa Paregorio Polvo de Dover Parepectolin	Trozos de color castaño oscuro Polvo	Se ingiere Se fuma
Otros Naó	Percocet Percodan Tussionex Fentanyl, Dar-von, Talwin, Lomotil	Comprimidos Cápsulas Líquido	Se ingiere Se inyecta

DROGAS DE DISEÑO

Efectos

Las drogas ilícitas se definen en función de sus fórmulas químicas. Para eludir esas restricciones legales, químicos clandestinos modifican la estructura molecular de ciertas drogas prohibidas, para producir sustancias análogas que se conocen como drogas de diseño. Estas pueden ser cientos de veces mas fuertes que las sustancias originales que les sirven de modelo.

Las sustancias análogas a los narcóticos pueden provocar síntomas semejantes a los que se observan en el mal de Parkinson: temblor incontrolable, babeo, torpeza al hablar, parálisis y daños cerebrales irreversibles. Las sustancias análogas a las anfetaminas y metanfetaminas ocasionan náusea, visión borrosa, escalofríos o sudoración y desmayos. Entre sus efectos sociológicos se incluyen ansiedad, depresión y paranoia. Una sola dosis basta para ocasionar daños cerebrales.

Las sustancias análogas a la fenciclidina provocan fantasías, alucinaciones y perturbaciones de la percepción.

DROGAS DE DISEÑO

Tipo	¿ Cómo la llaman ?	¿ Qué aspecto tiene ?	¿ Cómo se usa ?
Análogos del fentamil	Heroína sintética Banco de Chiha	Polvo blanco, semejante a la heroína	Se inhala
Análogos de las meperidinas	Heroína sintética MPTP (nueva heroína), MPPP PEPAP	Polvo blanco	Se inhala Se inyecta
Análogos de las anfetaminas y metanfetaminas (alucinógenos)	MDMA (éxtasis, XTC, esencia de adan) MDM STP PMA 2.5-DMA TMA DOM DOB	Polvo blanco comprimidos cápsulas	Se inhala Se inyecta
Análogos de la fenciclidina (PCP) (alucinó)	PCP PCE TPE	Polvo blanco	Se inyecta Se ingiere Se fuma

¿ QUE SE REALIZA EN LAS ENTIDADES GUBERNAMENTALES SOBRE LAS
DROGAS?

1. REGLAMENTO PARA EL CONTROL DE MEDICAMENTOS ESTUPEFACIENTES,
PSICOTROPICOS, PRODUCTOS DE TOCADOR E HIGIENE PERSONAL, DEL
HOGAR Y ESTABLECIMIENTOS FARMACEUTICOS

Este reglamento entró en vigor el 12-1-83, según acuerdo gubernativo No. 3-83. Una ley que cuenta con 178 artículos y en sus disposiciones generales según el artículo 4o. corresponde a la Dirección de Servicios de Salud, el control de medicamentos y alimentos y otros etc. El artículo 5-11 determina la creación de un " Departamento de Control de Medicamentos". El artículo 5-39 determina que sólo los profesionales: médicos, odontólogos, y psicólogos son los únicos que pueden recetar medicamentos controlados y estas recetas son válidas sólo por tres meses después de su emisión. Esta ley contiene regulaciones de expendio importación, producción de medicamentos y otros que están vigilados por el departamento de control. Contiene un capítulo específico para la regulación de psicotròpicos y estupefacientes y determinados tipos de farmacias de primera y de segunda las cuales pueden vender este tipo de medicamentos bajo receta previa. Regula toda importación de

productos químicos en el país, importados por la industria en general como materia prima.

2. ENTREVISTA CON LA DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO DE CONTROL DE
MEDICAMENTOS: Licda. Silvia Martínez de Sanchinelly
el 25-6-97.

En la entrevista expresa que en la dependencia a su cargo, existe buena voluntad para la aplicación de la ley. Existen algunas limitaciones que impiden su aplicación, una de ellas es la gran cantidad de contrabando y la falta de ética de algunas casas productoras de medicamentos, que la farmacia no reporta movimientos de medicamentos controlados y cuando la supervisión se realiza el regente de la farmacia presenta la misma cantidad de medicamentos controlados, pero ella está consciente de que algunas farmacias tienen una reserva de estos medicamentos en otro lugar y que venden sin receta, que algunos profesionales recetan grandes cantidades y es el caso de algunos sanatorios que gastaban entre 10 y 20 ampollas de morfina por cama donde no todos sus pacientes necesitaban este medicamento. Otro problema que refiere es la resistencia de algunas empresas petroleras a que se controlen sus importaciones sobre productos que son insumo para la cocaína. Su proyecto principal para aumentar el control de medicamentos es implementar a corto plazo un sistema de computación que los ayude a

mejorar las entradas y salidas de todo medicamento y mejorar las relaciones con dependencias gubernamentales que combatan el expendio y la producción ilícita de medicamentos controlados.

3. VISITA A LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DEL MSP.

En esta dependencia sólo se me proporcionó el manual PALTEX de OPS de psiquiatría para trabajadores de atención primaria, para técnicos, médicos y auxiliares. Este manual sirve para orientar a los pacientes que asisten a los centros de salud. El manual dedica su inciso E, al diagnóstico y tratamiento del problema de alcoholismo. Deja a discreción del médico el tratamiento del paciente y deja la orientación y ayuda a los programas de alcohólicos anónimos. No tiene otro enfoque sobre fármaco dependencias.

4. VISITA AL DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE MSP

Fuí atendido por el doctor Gustavo Ortega, secretario de la Unidad y se me explicó que no se lleva en ese departamento vigilancia sobre fármaco dependencias y que en 1993 existía la oficina donde se llevaba estadísticas referidas a este

caso, la cual fue cerrada en esta fecha y que esta oficina está encargada de la vigilancia de epidemias.

5. VISITA AL DEPARTAMENTO DE BANCOS DE SANGRE DEL MSP.

Fuí atendido por el doctor Iram Alfaro secretario ejecutivo. Para fines de la investigación se le consultó si existía algún banco de registro de contaminaciones por VIH Hepatitis, sífilis y su relación con drogadicción. Su respuesta fue que no existe un sistema de investigación de contaminaciones por los pocos recursos económicos. Y todo paciente contaminado con VIH es manejado por la unidad de control del SIDA del MSP.

6. VISITA A LA UNIDAD DE CONTROL DE SIDA DEL MSP.

Se me proporcionaron las estadísticas de contaminación por VIH desde 1984 a abril de 1997. El reporte de el Ministerio es de 1787 casos en este lapso, riesgos de contagio en relación a drogadicción : 19 casos con drogas endovenosas, 7 casos heterosexuales más drogas IV, 5 casos heterosexuales más drogas no IV. 4 casos homosexuales más drogas IV. Total 35, pacientes contaminados en relación con drogas.

7. ENTREVISTA CON LA LICENCIADA MIRIAM DE CORVERA DEL PATRONATO DEL SIDA.

Ella es encargada del sistema de prevención y seguimiento de casos diagnosticados por VIH y SIDA. Ella cuenta que se está tratando el problema en relación al seguimiento de pacientes y la prevención en todos los centros que se dediquen al tratamiento de personas en general. También el reporte de este año conlleva información de un paciente adicto internado en Casa de Restauración Israel, hace 5 años y hoy muestra signos y síntomas de SIDA, y por ello la casa está tomando en cuenta la prevención.

8. ENTREVISTA CON EL DOCTOR ALDANA, ASESOR DEL MSP Y LA UNIDAD DE HOSPITALES 23-6-97.

La entrevista fue basada en la existencia de un protocolo de manejo del paciente adicto: Su respuesta fue negativa y aclara queda a criterio del médico tratante.

9. ENTREVISTA A LOS LICENCIADOS TITO RIVERA Y GIOVANNI RUANO DEL CENTRO DE PROCESAMIENTO DATOS DEL MSP. 26-6-97.

Para propósitos de la investigación la entrevista se basó en la existencia de datos de morbilidad de adicciones o

fármaco/dependencias en el MSP. Su respuesta fue negativa y aclaró que desde 1993 el Centro de Procesamiento Datos no existe como departamento.

10. VISITA A LA PROCURADURÍA DE LOS DERECHOS HUMANOS.
A. VISITA A SU BIBLIOTECA:

Para fines de la investigación se revisó todo el material bibliográfico en relación a drogas. Existen entre folletos y libros, cuatro ejemplares. Entre ellos una promulgación de 1996 de la Procuraduría de México basada en los convenios de Viena sobre drogadicción y la importancia de un mundo sin drogas, un Derecho a la Vida.

B. VISITA AL DEPARTAMENTO DE PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN DE LA PROCURADURÍA.

Fui atendido por la Licda. Martina Guzmán de Solares. 27-6-97. Para fines de la investigación se le preguntó si existía alguna pronunciación del Procurador en relación a drogas: su respuesta fue de que el Procurador es un Magistrado de Conciencia, según la Constitución no tiene poder legal o coercitivo sobre ninguna dependencia de gobierno, no existe precedente alguno para que se

pronuncie sobre el tema. También tiene poco tiempo la Procuraduría en Guatemala y que todos los casos que se han llevado son en relación a los niños de la calle. Me proporcionó 25 folletos que son usados por la Procuraduría para la Educación de escolares, y el único que habla en específico del tema es el número 2 en su inciso K. "Derechos del Niño". Que reza que al niño se le proteja de drogas, alcohol y tabaco.

C. VISITA A LA DEFENSORIA DE MENORES DE LA PDE.

Esta dependencia está a cargo de la Lida. Maritys de Estrada y fui atendido por la Señorita Laura Barrios de Relaciones públicas. Mi consulta fue si existía alguna estadística de abusos de menores en relación a drogas: su respuesta fue negativa; se me explicó que en este lugar se recibían las denuncias y el seguimiento que luego eran investigadas en conjunto con la Procuraduría de menores y que la mayoría de casos reportados eran en relación a niños de la calle por casa Alianza.

11. VISITA A LA PROCURADURÍA DE MENORES DE LA PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN. 16-7-97.

Fui atendido por la Licda. Carmela Curup y la Psicóloga Nayeth Aguilera. Mi consulta fue si existía una estadística sobre abuso de menores en relación a fármaco dependencia, su respuesta fue que no existe ninguna estadística. Se le preguntó ¿Qué se está haciendo en relación a la drogadicción en su dependencia?, se me explicó que la ley emitida el 28 de mayo de 1997 en el Diario de Centro América, en el artículo 2 decreto 29-96 del Congreso de la República declara la formación de la comisión Nacional de tutelar del menor en riesgo de drogadicción y Rehabilitación del niño, niña y adolescente drogadicto, deberá integrarse con un delegado titular y un suplente de cada uno de los organismos siguientes: Ministerio de Salud Pública, de Economía, de Educación y de la Procuraduría de Menores, para realizar las medidas en prevención y tratamiento del paciente. Hasta la semana próxima se llevará la primera reunión en relación a esta Ley, pendiente de realizar las medidas pertinentes. La Licda. Curup, informó que trató de coordinar sus esfuerzos con el SECCATID en relación a medidas de prevención pero de las cuales no ha encontrado eco a sus solicitudes. Que ella cuenta con un gran grupo de menores dependientes y que es importante crear medidas de prevención

más que de curación, y que la ley antes mencionada los obliga a realizar esto.

12. VISITA A SECCATID. (SECRETARIA EJECUTIVA COMISION CONTRA LAS ADICCIONES Y EL TRAFICO ILICITO DE DROGAS). 1,3, Y 4-7-97.

A. Entrevista Con la Licda. Liliana de Rivera,

Jefe del Programa de Prevención de la Drogadicción en Guatemala. Para fines de la investigación la Licda. expresó que no existe un estudio de adicciones en Guatemala por el Centro que ella maneja y que la fuente de datos que ellos manejan es el estudio de ventanas epidemiológicas de la OEA y del CICAD, de 1995. Que está consciente que sí existe el problema de drogas. Se está realizando la semana de prevención a nivel nacional y se está enfocando con directores del nivel medio, para promover agentes multiplicadores que existen planes de realizar un estudio en la Costa Atlántica sobre adicciones. Que su oficina cuenta con sólo seis personas para realizar prevención a nivel nacional, además no existe protocolo de manejo de adicciones, no existe plan de orientación a centros de tratamiento de adicciones.

13. ENTREVISTA AL SEÑOR ANDREO OLTIAN, JEFE DE LA DEA Y SECCION ANTINARCOTICOS. EMBAJADA AMERICANA. 14-7-97.

Para fines de la investigación se le consultó si ellos promovían estudios sobre adicciones en Guatemala, su respuesta fue: que según tratados suscritos con Guatemala ellos aportan una cantidad económica al SECCATID, para la investigación en Guatemala y que todo estudio que SECCATID, avale ellos tratan de financiarlo.

14. VISITA AL DEPARTAMENTO DE LA GUARDIA DE HACIENDA. 10-7-97. CON EL SEÑOR FAUSTINO SANCHEZ, JEFE DE RELACIONES PUBLICAS, GUARDIA DE HACIENDA.

Para fines de la investigación se le consultó que programas existían en esa entidad en relación a drogas. Su respuesta fue que existía, PRIMERO : El departamento DOAN. (departamento de operaciones antinarcóticas), que tiene la función de el control de tráfico aéreo, terrestre y marítimo de drogas. SEGUNDO : El programa DARE (Educación para la resistencia al abuso de drogas). TERCERO: El departamento de formación de personal para operaciones antinarcóticas en el país. (Escuela de policías de hacienda y nacional). CUARTO: Departamento de análisis de drogas. La oficina del Ministerio público y el

departamento de control de licores, al preguntar sobre la existencia de un programa de investigación continua sobre drogas en esa dependencia: se me explicó que se ha estado tratando de ingresar a algunas radios para dar pláticas de prevención, pero que el mayor esfuerzo es el control del trafico ilícito de drogas.

15. ENTREVISTA AL COMISARIO DE POLICÍAS, SEÑOR GERSON LOPEZ RODAS, OFICIAL DEL DEPARTAMENTO DOAM, Y ENCARGADO DEL PROGRAMA DARE. 11-7-97.

La información que proporcionó es que existe un programa de resistencia a las drogas, para ser proporcionado a estudiantes de quinto y sexto año, por 17 semanas, en charlas de 50 minutos, donde la Guardia de Hacienda se presenta a una escuela, sin arma, con uniforme y trata de orientar al alumno al no consumo de drogas patrocinado por la Embajada de los Estados Unidos y el programa DEA, como una política de gobierno y sólo se pueden cubrir 25 escuelas en el año. La técnica de rechazo de droga está basada en: no gracias si le ofrecen drogas, no gracias y exprese una razón, la unión hace la fuerza (júntese con amigos sanos), no cuantas veces sea necesario; ignore las malas juntas y cambien el tema; cuando le ofrezcan drogas. Este programa apoya a los patrulleros escolares y aporta educación vial a los escolares. El también me

proporcionó la estadística del último año de decomisos del departamento antinarcóticos de Guatemala C.I.C.A.N.G., y que reporta que sólo en los primeros seis meses de este año se han decomisado 69 millones de quetzales en marihuana y más de 170 millones de quetzales en concepto de cocaína y derivados, y más de 1 millón de quetzales en concepto de amapola y derivados, que el enfoque de la Guardia de Hacienda está dirigido al control de la narcoactividad, y que están conscientes de que parte de la droga se queda en este país.

16. ENTREVISTA AL LIC. RAMON SAENZ, FISCAL DEL MINISTERIO PUBLICO GUARDIA DE HACIENDA. 9-7-97.

La pregunta fue basada en relación a ¿por cuál droga se procesan penalmente a más personas guatemaltecas? y su respuesta fue que la mayoría de procesos están en relación a la marihuana, pero que este último semestre ha subido la cocaína.

17. VISITA AL HOSPITAL FEDERICO MORA DE SALUD MENTAL 22-8-97

Fui atendido por la doctora Carlota Rodríguez, que fungía ese día como directora de la consulta externa: Ella explicó que no existe un protocolo de manejo de adictos en

el centro, ni programa específico sobre el tema. Se dedican a tratar personas mayores de 14 años y la mayoría son esquizofrénicos, síndromes depresivos y otros tipos de psicosis y el tratamiento se basa en psicoterapia.

18. VISITA A LA SECCION DE SALUD MENTAL INFANTIL, DEL CENTRO DE SALUD # 1 , 22-8-97

Fuè atendido por la licenciada Thelma Fuentes: Ella refiere que no tienen un protocolo de manejo de adicciones, que tampoco manejan niños con adicciones y que hace un año orientaron a maestros de San Juan Sacatepéquez sobre Las Drogas.

METODOLOGIA

1) TIPO DE ESTUDIO:

Es un estudio Transversal; este tipo de estudio mide la prevalencia de una enfermedad y con frecuencia reciben el nombre de Estudios de Prevalencia. En un estudio Transversal las mediciones de la exposición y de su efecto corresponden al mismo momento. La clave de éstos estudios es si la exposición precede o sigue a su efecto. Si se sabe que los datos

de exposición representan una exposición anterior a la aparición de cualquier efecto. (60)

2) LOS CENTROS DE TRATAMIENTO Y SUJETOS DE ESTUDIO:

De los 17 centros para tratamiento que existen en la ciudad capital, se seleccionaron cinco, por la accesibilidad y el interés de los directores en la realización de este estudio que para ellos también es útil.

3) TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se tomaron a 212 pacientes, que se encontraron recluidos en los centros de tratamiento del 1er. de agosto al 30 de septiembre de 1,997, los que totalizaron 212 personas de diversos estratos sociales y condición económica

4) CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO:

Los criterios de inclusión son: Todos los pacientes internados en ambos centros de tratamiento y que tenga más de 18 horas y menos de 2 meses de estar recluidos, con buen estado de conciencia y acepten colaborar voluntariamente con la encuesta.

5) VARIABLES A ESTUDIAR

A continuación se presentan las variables que se utilizaron dentro del trabajo de investigación y a su vez, se explica la definición conceptual y operacional y la medición que se utilizó.

5.1) Nombre del centro de tratamiento:

a) Conceptual: Palabra que designa o identifica a una persona, entidad o cosa.

b) Operacional: Es el nombre que identifica el centro de tratamiento, donde el paciente se encuentre internado.

a) Medición: NOMINAL.

5.2) Ciudad donde vive:

a) Conceptual: población importante identificada por nombre y límites geográficos.

b) Operacional: Nombre que identifica a la ciudad, en la que reside el paciente.

c) Medición: NOMINAL.

5.3) Edad en años cumplidos.

a) Conceptual: cantidad de años que ha vivido una persona desde su nacimiento.

b) Operacional: cantidad de años que ha vivido el paciente al momento de revisar su ficha de ingreso y se confirma con otro documento de identificación.

c) Medición: Numerica.

5.4) A que tipo de sexo pertenece:

a) Conceptual: Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer o sus sinónimos masculino y femenino.

b) Operacional: Si el paciente pertenece al sexo femenino o masculino se marcara con una X la casilla correspondiente.

Medición: NOMINAL.

5.5) Grado de escolaridad (último grado que aprobo)

a) Conceptual: Acción de desarrollar las facultades:

físicas intelectuales y morales; La educación es como complemento de la instrucción.

b) Operacional: Se entrevistará el paciente, para saber cual fue el último grado escolar que el cursó y aprobó. en caso necesario se encuestará la ficha, porque algunas veces los datos son proporcionados por los padres. Esto es en el caso que haya estudiado.

c) Medición: INTERVALO

5.6) Estado civil:

a) Conceptual: Condición de un individuo con la sociedad. que lo liga a una persona del sexo opuesto .

b) Operacional: Se le proporcionará 6 alternativas de su posible estado civil y la que refiera a la que se asemeje más, esta marcaremos con una letra X.

Medición: NOMINAL.

5.7) Que tipo de ocupación

internado.

a) Conceptual: Acción de ocupar, o trabajo.

Operacional: En la encuesta con el paciente se le interrogará y se le proporcionará 6 alternativas posibles que designen la ocupación o trabajo, la que el desempeña antes de ingresar al centro. La que más se asemeje, ésta se marcará con una X.

c) Medición: NOMINAL

5.8) Ha recibido algún tratamiento por consumo de alcohol

o drogas:

a) Conceptual: Metodo terapéutico, acción de asistir o cuidar.

b) Operacional: Se consultará la ficha de ingreso y se le consultará al paciente para indagar sobre si ha sido tratado en otra institución,

c) Medición: NOMINAL.

5.9) Como acudió para el tratamiento actual;

a) Conceptual: llegar al sitio, ir en socorro, recurrir a alguno, buscar ayuda.

b) Operacional: En la entrevista con el paciente, se le enumerarán 4 posibles alternativas de como acudió al centro donde actualmente se encuentra bajo tratamiento.

1) Voluntario;

2) Lo llevaron los amigos o familiares.

3) Por indicación legal.

4) Otros

c) Medición: NOMINAL

5.10) Cual es el patron del consumo de drogas:

a) Conceptual: Se le presentará al paciente una lista de drogas para determinar la tipificación de su consumo de drogas y se le proporcionará 4 códigos:

1) D I: droga inicial. Esto significa la primera droga que el probó.

2) D P: droga principal. La droga que más consume.

3) D S: droga secundaria. Es la droga que usa de segunda elección o con menos frecuencia que la primera.

4) D T: droga Terciaria. Es la que utiliza ocasionalmente

b) Operacional: En la entrevista se le proporcionará un listado de drogas, con un número determinado a cada uno en la encuesta se hará énfasis en 6 preguntas.

1) El tipo de droga,

2) La frecuencia en los últimos meses.

3) La vía de administración.

4) La edad del primer consumo de droga.

5) Consume actualmente alguna droga.

6) Edad en la que dejó de consumirla..

A cada una de las preguntas se le marcará con el número asignado para cada droga con la base de las iniciales DI, DP, DS, y DT. que estan en la línea horizontal para determinar el patrón de consumo del paciente.

c) Medición: ORDINAL

5.11) En relación de uso de drogas intravenosas:

a) Conceptual: Si el paciente se ha administrado o inyectado alguna droga por vía venosa.

Operacional: En la entrevista se le preguntará al paciente, si ha consumido alguna droga por vía venosa:

si es afirmativo se le colocará el código uno y dos si negativo en el cuadro correspondiente. Si es afirmati-

va la primera pregunta, el paciente responderá a que

edad en años cumplidos se administró por esta vía la

droga, y se registrará en el cuadro correspondiente.

La frecuencia en horas, días, meses y años, en que se

aplicó la droga intravenosa. La cual se registrará en

el cuadro correspondiente.

c) Medición: _ NOMINAL:

LUGAR DONDE ESTAN SITUADOS LOS CENTROS DE TRATAMIENTO.

Para el efecto se tomarán todos los pacientes internados en casa de restauración Israel, Situado en, 15 calle y 1 avenida de la colonia Primero de Julio., así mismo en Movimiento Nacional ARA, Atención y recuperación de Alcohólicos y Adictos, ubicada en 13 calle 18 - 63 zona 1. El Hogar de Niños Shalom 6 av 2 -06, zona 2 de Mixco En el hogar Acción y Fé, 14 avenida 4- 08 zona 1 y finalmente el Hogar Miguel Magoni 3 calle 20-61 zona 11 Colonia Mirador. Todos ubicados en la ciudad de Guatemala.

7) TIPO DE BOLETA UTILIZADA PARA EL TRABAJO DE CAMPO

Es el cuestionario estandarizado y modificado (de caracterización del adicto en centros de recuperación) para alcohólicos y drogadictos. Utilizada para la encuesta en Centros de tratamiento de la Organización de Estados Americanos OEA, y el CICAD. Para el sistema de vigilancia epidemiológica de alcohol y drogas en Centro América, Panamá y República Dominicana, en 1,996.

8) PLAN PARA LA RECOLECCION DE DATOS

Para el presente estudio, se procedió a recolectar los datos de la siguiente manera: Con entrevistas directas al paciente, y revisión de la papeleta de ingreso. Se tomó el tiempo necesario para entrevistar a cada paciente. El

cuestionario que se utilizará para la recopilación de datos, es el estandarizado y validado por la OEA y el CICAD para centros de tratamientos, modificado para este estudio. (58.)

9). METODOS ESTADISTICO QUE SE UTILIZARON PARA LA INTERPRETACION Y ANALISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS.

Donde:

- a = Personas consumidoras + y factor de riesgo +
- b = Personas no consumidoras - y factor de riesgo +
- c = Personas consumidoras + y factor de riesgo -
- d = Personas no consumidoras - y factor de riesgo -
- a+b = Total de expuestos
- c+d = Total de no expuestos
- a+c = Total de consumidoras +
- b+d = Total de no consumidoras -
- N = Total población estudiada. = 212

a). Formas de Análisis

Medidas de Frecuencia

a.1. Medición de la prevalencia: La medición de prevalencia en la población general, se efectuó en la siguiente forma:

Proporción de prevalencia en el último año: por droga

Total consumidores durante el último año

Prop. = ----- x 100

de prev. Total de población estudiada

Porporción de Prevalencia de vida:

Esta medida reúne en el numerador, tanto los consumidores actuales, como los exconsumidores, se analiza como la probabilidad de consumo en cualquier momento de la vida, se suma droga principal, droga secundaria y terciaria.

total cons. En cualquier moment.

Proporc. prev. de vida = ----- x K

total población estudiada

RECURSOS

HUMANOS

a) Médico asesor.

b) Médico revisor

c) Pacientes internados en casa de restauración Israel, Movimiento Nacional ARA, Atención y recuperación de Alcohólicos

y Adictos, El Hogar de Niños Shalom En el hogar Acción y Fé, y finalmente el Hogar Miguel Magoni.

MATERIALES Y EQUIPOS:

a) Computadora alquilada

b) Materiales de escritorio

c) Boleta de estudio

d) Vehículo personal

c) Bibliotecas: USAC, INCAP, Roosevelt, y La de Narcómanos Anónimos.

d) Otros que fueron necesarios durante el estudio.

FINANCIEROS

El estudio fue financiado por el estudiante investigador a un costo aproximado de Q. 6,000.00 quetzales

RESULTADOS, ANALISIS Y DISCUSION

CUADRO NO. 1
EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS POR INTERVALO
DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS

POR INTERVALO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	% ACUMULADO
< 13	8	3,80%	3,80%
14 19	11	5,20%	9,00%
20 24	18	8,50%	17,50%
25 29	36	16,90%	34,40%
30 34	30	14,20%	48,60%
35 39	37	17,40%	66,00%
40 44	25	11,80%	77,80%
45 49	16	7,60%	85,40%
50 54	10	4,70%	90,10%
55 59	10	4,70%	94,80%
60 64	5	2,40%	97,20%
65 >	6	2,80%	80,60%
TOTAL	212	100,00%	100,00%

FUENTE : Centros de Recuperación

El cuadro representa la edad en intervalos de los pacientes encuestados. Se puede observar que los más afectados son los jóvenes de 25 a 44 años de edad que representan el 60.3 % de la población, asociado a que la mayoría de la población guatemalteca es joven en su mayoría.

CUADRO No. 2

DISTRIBUCION DE ESCOLARIDAD
DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS

ALGUN GRADO DEL NIVEL O COMPLETÓ	FRECUENCIA	PORCENTAJE	% ACUMULADO
PRIMARIO	103	48,50%	48,50%
SECUNDARIA	50	23,50%	72,00%
DIVERSIFICADO	46	21,50%	93,50%
UNIVERSITARIO	13	6,13%	99,63%
TOTAL	212		

FUENTE : Centros de Recuperación

El cuadro anterior representa la escolaridad de los pacientes encuestados y se puede interpretar, que no existe analfabetismo en la muestra, porque los pacientes han cursado como mínimo un grado escolar. Los pacientes con menor escolaridad representan a los más afectados, en este cuadro, tal el caso de los que cursaron y completaron algún grado de la primaria con un 48.5 %

CUADRO No. 3

DISTRIBUCION POR ESTADO CIVIL
DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE	% ACUMULADO
SOLTERO	89	42%	42%
CASADO	64	30%	72%
CONVIVIENTE	35	16%	89%
VIUDO/A	21	10%	99%
SEPARADO/A	3	1%	100%

FUENTE : Centros de Recuperación

El cuadro representa el estado civil de los encuestados y puede observarse que la mayoría de la población mantiene una relación conyugal y que su adicción puede afectar a la estabilidad familiar, ya que el 46 % de la muestra están casados o convivientes.

CUADRO No. 4

DISTRIBUCION POR OCUPACION
DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE	% ACUMULADO
TRABAJO OCACIONAL	88	41%	41%
CESANTE	62	29%	70%
TRABAJO FIJO	43	20%	91%
ESTUDIANTE	14	7%	98%
JUBILADO	5	2%	100%
	212	100%	

FUENTE : Centros de Recuperación

El cuadro anterior representa, la ocupación de los pacientes encuestados y puede observarse que un escaso grupo (20%) tiene un trabajo fijo, un gran porcentaje se ve afectado por la inestabilidad laboral, por no tener un trabajo fijo o estar cesante, que representa un 70%

CUADRO No. 5

DISTRIBUCION POR FORMA DE ACUDIR AL CENTRO
DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS

ACTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	% ACUMULADO
VOLUNTARIO	82	39%	39%
FUE LLEVADO	130	61%	100%

FUENTE : Centros de Recuperación

El cuadro representa la forma como el paciente acudió al centro de tratamiento, y puede observarse que muy pocas personas (39%), ingresan voluntariamente

CUADRO No. 6
HA RECIBIDO ALGUN TRATAMIENTO
POR CONSUMO DE ALCOHOL O DROGAS

	FRECUENCIA	PORCENTAJ	% ACUMULADO
SI COMPLETO	96	45,50%	45,50%
SI INCOMPLETO	38	17,70%	63,20%
NO	78	36,80%	100,00%

FUENTE : Centros de Recuperación

El cuadro representa si el paciente ha estado en tratamiento previo por alcohol o drogas y puede observarse un 45,5% de la población ya había tenido un tratamiento previo completo. Es muy difícil el abandono de una adicción, cuando ya existe una fijación

CUADRO No. 7

CONSUMO DE SUSTANCIAS SEGUN IMPORTANCIA DE CONSUMO
DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS

DROGA	INICIAL	PRINCIPAL	SECUNDARIA	TERCIARIA
ALCOHOL	57%	72%	6%	0%
TABACO	26%	12%	51%	16%
INHALABLE	8%	7%	0%	0%
MARIGUANA	7%	4%	19%	22%
OTRAS	2%	5%	11%	18%
COCAINA	0%	0%	13%	6%

FUENTE : Centros de Recuperación

Puede observarse del cuadro que el alcohol es la droga que con mayor frecuencia (57%) se utiliza como droga de inicio y que se mantiene como droga principal con el mayor porcentaje (72%), la segunda droga de inicio es el tabaco (26%) la cual es la droga secundaria de mayor uso (51%), la marihuana tiene menor índice de uso como droga inicial, pero éste aumenta como droga secundaria y terciaria, igual fenómeno ocurre con la cocaína donde nadie la reporta como droga de inicio o principal, pero sí como droga de uso secundario y terciario (13%,6%)

CUADRO No. 8

FRECUENCIA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS
DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS EN LOS ULTIMOS
30 DIAS PREVIOS AL INGRESO AL CENTRO

FRECUENCIA de CONSUMO	INICIAL	PRINCIPAL	SECUNDARIA	TERCIARIA
1-3 VECES	73,60%	84,40%	28,50%	24,60%
4-6 VECES	0,00%	0,00%	1,00%	3,00%
7-9 VECES	1,40%	12,30%	15,00%	9,50%
10-12 VECES	23,00%	2,90%	49,30%	17,40%
13 O MAS	2%	0%	4%	35%

FUENTE : Centros de Recuperación

El cuadro representa el número de veces que el paciente consumo, una o más sustancias, en los 30 días previos a ingresar al centro de tratamiento, puede observarse que la mayoría de pacientes consumió más de una droga más de una vez, previo a ingresar, por lo cual podemos indicar que existe un abuso en el consumo de sustancias

CUADRO No. 9

DISTRIBUCION DE LA EDAD DEL PRIMER CONSUMO
DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS, POR INTERVALO

POR INTERVALO	INICIAL	PRINCIPAL	SECUNDARIA	TERCIARIA
< 13	40,60%	27,40%	20,80%	27,70%
14 19	50,00%	54,70%	45,90%	46,00%
20 24	2,30%	71,00%	15,90%	12,40%
25 29	4,30%	6,60%	8,20%	7,30%
30 34	1,40%	1,80%	2,40%	4,40%
35 39	1,40%	1,40%	2,50%	0,70%
40 44	0,00%	11,80%	2,40%	1,00%
45 +	0,00%	1,00%	1,90%	0,00%

FUENTE : Centros de Recuperación

Puede observarse que los menores de 19 años son los más afectados, que no decaen de un 63%, entre el 66% y 90% tuvieron su primer consumo antes de los 20 años, incluyendo la tendencia al policonsumo. Es un factor de protección la edad arriba de los 40 años, para el inicio de las adicciones, porque la persona, ya conoce los efectos y consecuencias de las adicciones y cuenta con patrones de conducta.

CUADRO No 10
DISTRIBUCION DEL CONSUMO ACTUAL
DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS, POR USO DE DROGA

	INICIAL	PRINCIPAL	SECUNDARIA	TERCIARIA
SI CONSUME	99%	100%	85%	73%
NO CONSUME	1%	0%	15%	27%

Se acepta como no consume si ha abandonado el uso de una droga dos años antes y desea continuar así.

El cuadro anterior representa la distribución del consumo actual de pacientes ingresados en el centro de tratamiento y puede observarse, que la mayoría de la población es poliusuaria o policonsumidora porque el 73% consumen más de dos drogas

FUENTE : Centros de Recuperación

CUADRO No 11
PREVALENCIA DE CONSUMO, EN EL ULTIMO AÑO
DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS

DROGA	PREVALENCIA DE VIDA	PROPORCION DE PREVALENCIA DEL ULTIMO AÑO
ALCOHOL	83.96%	78.30%
TABACO	78.40%	78.40%
MARIHUANA	44.81%	44.80%
COCAINA	26.88%	18.90%
INHALANTES	8.60%	7.07%
OTRAS	15.30%	33.40%

FUENTE : Centros de Recuperación

La prevalencia de vida esta dada por el total de consumidores en cualquier momento de la vida de los pacientes encuestados y la prevalencia de consumo del último año. La prevalencia fue dada por el total de encuestados, y puede observarse que existe muy poca tendencia al cambio o abandono al uso de una droga y que cuando una droga decide aumentar el consumo de las otras, que se convierten en drogas principales.

RELACION DE LA ASOCIACIÓN ENTRE CONSUMO Y ALGUNAS VARIABLES

Cocaína

	a	b
universidad		
+	6	34
-	8	164

$$b*d/(c*a) = (6*164)/(8*34) = 984/272 = +3.61$$

Interpretación de la tabla anterior: existe tres veces más riesgo de consumir cocaína al haber cursado al menos un grado universitario.

Marihuana

	a	b
escolaridad		
Superior		
a 6to	72	37
primaria	38	65

$$b*d/(c*a) = (72*65)/(38*109) = 4680/4142 = +1.13$$

Interpretación de la tabla anterior: Se considera un factor de riesgo, 1.13 veces más alto para este grupo de personas, para el consumo de marihuana, con escolaridad superior a sexto primaria.

CONCLUSIONES

En el presente estudio se llegó a las siguientes conclusiones:

1. La población afectada o dependiente de una droga se encuentra en la edad de producción, siendo ésta de 18 a 60 años de edad en un 89 %, básicamente una población joven, entre 25 y 44 años, en un 61 % .

2. Que la relación civil o marital no es determinante en el uso del alcohol o drogas, porque es casi similar el rubro de los solteros, viudos o separados que agrupan un 54% con los que sostienen una relación conyugal el 46 %.

3. La inestabilidad laboral o falta de trabajo, puede influir en el uso de alguna droga o bien ser el resultado de ser adicto, porque el 71% de la población; tiene trabajo ocasional o no lo tiene.

4. La Prevalencia de vida encontrada en el estudio muestra que: el Alcohol 83.96%, el Tabaco 78.4%, la Marihuana 44.81%, la Cocaína 26.88 % son las drogas más frecuentes.

5. La mayoría de la población tiene su primer contacto o relación con la droga en la adolescencia o la juventud, el 65% tuvo su consumo antes de los 19 años, e iniciaron a esta edad fijaciones para el policonsumo en un 65 a 90 %

6. Una vez fijada la adicción existe una resistencia al abandono del consumo de alguna droga. Se reporta que sólo el 11.8% de la población abandonó el uso de alguna droga en el último año, previo al ingreso al centro y en ningún caso fue la droga principal la abandonada.

7. El Perfil del adicto en los centros de recuperación en este estudio fué:

- a) Paciente masculino
- b) Joven entre 25 y 44 años de edad.
- c) Alfabeto con baja escolaridad. (6o primaria o menos)
- d) Poliusuario o policonsumidor.
- e) Su primer contacto con la droga antes de los 19 años.

8. Se encontraron dos factores de riesgo asociados al consumo de drogas, para los pacientes:

A. Poseer escolaridad superior a sexto primaria, da como resultado, que existe tres veces más la posibilidad de consumir marihuana.

B. Poseer algún grado universitario, da como resultado, que exista tres veces más la posibilidad de consumir cocaína en los universitarios, que en el resto de la población.

9. Se encontró un factor de protección, relacionado con la edad, ya que poseer una edad de 40 años o más, se considera un factor de protección, para el inicio de una nueva adicción.

10. A nivel Gubernamental, se realiza poco o casi nada en relación a la promoción de la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del paciente drogadicto.

11. Al no existir datos de prevalencia e incidencia de las adicciones a drogas en Guatemala, equivale a negar la existencia de un problema latente en la sociedad a nivel nacional.

RECOMENDACIONES

Crear programas de prevención sobre uso de drogas a nivel nacional.

Crear programas de vigilancia epidemiológica, en los centros de tratamiento para adictos en el país.

1. El cumplimiento del artículo 2 del decreto 29-96, que estipula un consejo Multidisciplinario para la prevención y promoción del menor en riesgo de drogadicción. Ya que ha más de un año de su aprobación no se ha integrado dicho consejo.

2. La importancia de continuar con estudios de tesis, sobre drogadicción, para observar la tendencia de este fenómeno en la población.

Crear programas de rehabilitación e incorporación a la sociedad para los pacientes adictos a nivel nacional.

3. Crear un programa de seguimiento para evaluar el índice de recuperación del paciente adicto.

RESUMEN

Se presenta un estudio transversal titulado: Caracterización de adictos en centros de recuperación en la ciudad de Guatemala con el objetivo de determinar el perfil del adicto en centros de recuperación realizado en cinco centros de tratamiento para alcoholicos y drogadictos en la ciudad de Guatemala en el periodo comprendido entre el 1 de agosto al 30 de septiembre de 1997.

Se realizaron 212 entrevistas y se llenaron igual número de encuestas en pacientes que tenían menos de dos meses y más de 4 horas de estar internados en un centro de tratamiento, con buen estado de conciencia y respondían voluntariamente a una encuesta anónima. Esto dio como resultado que el 99% de la población es masculina, 100% es alfabeto, porque ha cursado como mínimo un grado de primaria.

La población encuestada esta comprendida entre 12 a 76 años de edad, distribuida de la siguiente forma entre 12 a 24 años de edad 27 pacientes, entre 25 a 44 años de edad 128 pacientes entre 45 a 55 años de edad 36 pacientes de 56 a 76 años de edad 11 pacientes, y el 61% es una población joven entre los 25 a 44 años. El 89% comprendida en edad productiva entre 18 y 60 años. El 46% de la población encuestada cuenta con una relación conyugal y el 71% tiene con inestabilidad laboral, ya que tiene un trabajo ocasional o no lo tiene, sólo un 39% de la población ingresa al centro voluntariamente.

El 43% de la población reincide después de haber completado un tratamiento por alcohol o Drogas. El estudio fue realizado evaluando el uso de droga inicial, droga principal, droga secundaria y droga terciaria. Los hallazgos reportados son: Las cuatro primeras Drogas que el paciente prueba por primera vez son:

- 57% alcohol
- 12% tabaco
- 8% Inhalantes
- 7% marihuana.

La cuatro Drogas reportadas de mayor consumo son:

- 72% alcohol
- 12% tabaco
- 7% Inhalantes
- 4% marihuana.

- a) El 73% de la población consume más de dos Drogas. De 1 a treinta días antes de ingresar al centro de tratamiento y cuando consume una segunda o tercera droga prefiere el tabaco, cocaína, marihuana o alcohol. Sólo el 3% de los pacientes utilizan agujas o jeringas como vías de administración. La edad de inicio de consumo está comprendida entre los menores 19 años de edad en el 65% de la población; y sólo el 11.8% de la población reportaron haber abandonado el uso de alguna droga por más de dos

años y en ningún caso fue la droga principal. La investigación aporta un perfil del adicto en centros de recuperación en la ciudad de Guatemala en 1997; Paciente masculino (Joven entre 25 y 44 años de edad., Alfabeto con baja escolaridad. Poliusuario o policonsumidor. Su primer contacto con la droga es antes de los 19 años.). Las cinco drogas más utilizadas en el último año son :

- a) Alcohól 78.30%
- b) Tabaco 78.40%
- c) Marihuana 44.81%
- d) Cocaína 26.88 %
- e) Inhalantes 8.6 %
- f) Otras drogas 15.30 %

ANEXOS

BIBLIOGRAFIA

- 1) Acuda S. W. Dr. Un ejemplo Africano (sobre drogas)
Salud Mundial. 1,995. Julio - Agosto (48 años, N 4) Pp.24
- 2) Anderson P. Dr. Alcohol y cambios económicos. Salud Mundial 1,995. Julio - Agosto (48 año, N 4) Pp. 21
- 3) Ball Andrew Dr. Poblaciones Indígenas y consumo de drogas
Salud Mundial. 1,995. Julio - Agosto (48 año, N 4) Pp.8
- 4) Bekman Vanna. Dra. Alcohol y cambios sociales. Salud Mundial 1,995. Julio - Agosto (48 año, N 4) Pp. 22 y 23
- 5) Bergendahl P. Dr. et al. La mujer y las drogas. Salud Mundial 1,995. Julio - Agosto (48 año, N 4) Pp.12
- 6) Blandon Eduardo. Drogas problemas a enfrentar en Guatemala. Al Día, periódico 1,997. 31 enero, Pp. 09
- 7) Butrón katia Dra. Las << niñas de la calle >> y el consumo de drogas. Salud Mundial. 1,995. Julio - Agosto.

(48 año, N 4) Pp 10 y 11.-

- 8) Chanchavac A.D. Determinación de la prevalencia de alcoholismo en profesionales de la Medicina a través del Mast - Test. Hospitales: Antigua, San Juan de Dios, Roosevelt. 1,995 y 1,996. Tesis Médico y Cirujano. Facultad de Ciencias Médicas. USAC. Guatemala, Mayo de 1,996. Pp. 46.
- 9) Chandler William. Desterrar al tabaco. Salud Mundial 1,986 Julio Pp. 8 a 11.
- 10) Clare Antony Dr. Tabaco Alcohol y Drogas: El gran negocio Salud Mundial 1,986. Julio Pp. 16 a 18.
- 11) Crawkey-Gwen. Alcoholismo y Drogas ¿Cuál es la respuesta Cristiana? CONTAC. 1,996. Marzo - Abril. (N.132) Pp.1,2
- 12) Culajay Chitay C.A. Consumo de alcohol etílico en estudiantes de educación media, del municipio de Amatitlán. Tesis Médico y Cirujano. Facultad de Ciencias Médicas USAC. 1,995. Octubre. Pp. 65
- 13) Danzon M. Dr. et al. El hábito de fumar en Europa. Salud

Mundial. 1,991. Noviembre - Diciembre. Pp. 7 a 10

- 14) Del Gobierno de los Estados Unidos (guía oficial). Lo que usted y su familia deben de saber sobre drogas. New York New York, Estados Unidos (10022) mayo de 1,986.
- 15) Días Morales J.F. Abstinencia en alcoholismo. Tesis Médico y Cirujano, Facultad de Ciencias Médicas, USAC. 1,995. Noviembre. Pp. 45
- 16) Dossier Dr. La UNESCO y la educación preventiva. PEDDRO (Publicación trimestral editada por UNESCO y la CE.) 1,995 Octubre (N 4.) Pp. 1 a 11.17)
- 17) Dossier Dr. Desarrollo de la red PEDDRO. PEDDRO. (Publicación Trimestral UNESCO y C.E.) 1,995. Octubre (N 4) de Pp. 1 a 11.
- 18) Embal Hans. Mitos que debemos desterrar. Salud Mundial 1,995. Julio - Agosto. (48 año, N 4) Pp. 4
- 19) Engelmajer L. J. Drogas, Sintomatología Le Patriarche 1,996, Suiza. Pp. 150.

- 20) Figueiras Ana R. Entre niños callejeros Salud Mundial 1,992. Mayo - Junio. Pp. 6 a 9.
- 21) Fisher Lane. El hábito de fumar y el cáncer. Boletín Epidemiológico, Organización Panamericana de la Salud 1,982 (vol. 3, N 6. 20857) Pp. 2 a 10
- 22) Floiran Marroquín L. F. Alcoholismo callejero y no callejero, en la ciudad de la Antigua Guatemala. Tesis Médico y Cirujano, Facultad de Ciencias Médicas USAC. 1,995. Noviembre. Pp.67
- 23) Florenzano R. U. Uso de drogas en América Latina y el Caribe. Boletín Epidemiológico, Organización Panamericana de la Salud 1,986. (vol. 07, N 2, ISSN 025566690) Pp. del 1 al 7.
- 24) Fondaunier Jupiter. Fiscalización Internacional de Drogas Salud Mundial 1,986. Julio Pp. 28 a 30.
- 25) González Cano H. E. Causas del uso de drogas en estudiantes Universitarios. Tesis Médico y Cirujano, Facultad de Ciencias Médicas USAC. Guatemala, 1,995, Octubre, Pp. 65
- 26) Goodman y Gilman. Las bases farmacológicas de la Tera-

péutica, cap. No. 23 Drogadicción y abuso de drogas, 7ma edición editorial Panamericana. México D.F. 1,988.-

- 27) Gnanadason Jonathan. El aspecto político de la adicción. CONTAC 1,996. Marzo - Abril. (No. 132) Pp. 3 a 5.
- 28) Heiser Lori. Violencia contra la mujer. Salud Mundial. 1,993. Enero - Febrero. (46 año NO. 1) Pp. 21 a 22
- 29) Highfield Roger. Drogas diseñadas. Salud Mundial. 1,986 Julio. Pp. 25 a 26.
- 30) Howord Jhon Dr. El tratamiento en el ámbito comunitario 1,995. Julio - Agosto. (48 año No. 4) Pp.14.
- 31) Huitz Sosa V. Síndrome de supresión alcohólica. Tesis Médico y Cirujano. Facultad de Ciencias Médicas USAC. Guatemala. 1,996. Noviembre. Pp. 46.
- 32) Husch Jerri Dra. Las Drogas y el Deporte. Salud Mundial. 1,995. Julio - Agosto (48 año No. 4) Pp. 09
- 33) Irazabal J. A. La cocaeconomía Boliviana. Mensajero 1,994. Mayo (No. 1235.) Italia. Pp. 16 a 19
- 34) Iving Axel Dr. El demonio de la bebida << UN TRAGO PARA

EL CAMINO >> Salud Mundial. 1,986. Julio. Pp. 12 a 14.

- 35) Kalix Peter. Inhalación de colas o pegamentos. Salud Mundial 1,986. Julio Pp. 23 a 24.
- 36) Khan Inayat Dra. El umbral de la pesadilla. Salud Mundial 1,986. Julio Pp.22.
- 37) Kaninsky Donald Dr. La O M S. informa sobre los niños callejeros. Salud Mundial. 1,995 Julio. (48 año No.4) Pp.25 a 28.
- 38) Kellermann J. , Guía para la familia del alcohólico. HAZELDEN P. O. Box 176 Center City, MINESOTA 5012 1,995 (1...10)
- 39) Lands M. Dr. Tabaquismo en las Américas, programa de salud del adulto, O.P.S./ O.M.S. Boletín Epidemiológico Organización Panamericana de la Salud. 1,989 (Vol. 10 N.3 ISSN 055669) Pp. 12 a 22.
- 40) Lane W. Curron W. Drs. Las Drogas y la Ley. Salud Mundial 1,995. Julio - Agosto. (48 año No. 4) Pp.13.
- 41) Lee Nah H. Dr. El consumo de Drogas y la Familia. Salud Mundial. 1,993. Noviembre - Diciembre. (46 año No.6)

Pp. 21 a 24.

- 42) Leiva del Cid B. Situación actual del uso de Drogas en el centro preventivo zona 18. Tesis Médico y Cirujano. Facultad de Ciencias Médicas. USAC. Guatemala 1,994. Mayo
- 43) Lowther John Dr. La prescripción controlada es parte de la respuesta. C O N T A C 1,996. Marzo - Abril (No.132) Pp. 5 a 6.
- 44) Mackay J. Dra. Un Mundo sin publicidad del tabaco en el año 2.000. Salud Mundial 1,995. Julio - Agosto. (48 año No. 05) Pp. 31 a 32.
- 45) Manciaux Michel D. La violencia juvenil. Salud Mundial 1,993. Enero- Febrero. (46 año No. 01) Pp. 24 a 26.
- 46) Manuales de psiquiatría para trabajadores de atención primaria. SERIE PALTEX PARA TÉCNICOS MÉDICOS Y AUXILIARES ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (DMS 1,2,3)
- 47) Nakajima H. Dr. Un problema de salud: El abuso de sustancias psicoactivas. Salud Mundial 1,995. Julio - Agosto (48 año No. 4) Pp. 3.

48) Osake B. Que puede hacer la comunidad para combatir la adicción. C O N T A C 1,996. Marzo - Abril (No. 132) Pp. 12 a 14.

49) Pérez Gómez A. A. Jóvenes alcoholismo de fin de semana. Mensajero. 1,994. Mayo (No.1235) Pp. 28 a 30.

50) Player D. A. Dr. El gran Asesino Salud Mundial. 1,988 Julio Pp. 4 a 5.

51) Ramalingaswami V. prof. Enfermedades de la opulencia Salud Mundial 1,992. Noviembre - Diciembre (No.06) Pp. 24

52) Rialp Victoria Niños callejeros (UNICEF) Salud Mundial 1,991. Marzo - Abril Pp. 15 a 20.

53) Samarasinghe Dyanath. Prof. Hay que despojar a las drogas de su atractivo. Salud Mundial. 1,995. Julio - agosto (48 año, No. 4) Pp. 5.

54) Satorius N. Dr. Hay que valorar más la salud. Salud Mundial. 1,986. Julio Pp. 2 a 3.

55) Seminario Internacional de la UNESCO Sobre métodos y enfoques educacionales para prevenir el uso de drogas en su contexto sociocultural. Plovdiv, 1,995. Abril Suecia Pp. 9 a 16.

56) Serapion O. Una bendición para los drogadictos. CONTAC. 1,996. Marzo - Abril (No. 132) Pp. 7 a 8.

57) Shkolnikov M. Dr. et al. El problema del alcoholismo en Rusia. Salud Mundial. 1,995. Julio - Agosto (48 año, N.4) Pp. 20.

58) Sherf Omar Dr. El tabaquismo en el tercer mundo. Salud Mundial 1,995. Julio - Agosto (48 año No. 4) Pp. 28 a 29.

59) Steimson Gerry. Dr. Consumo de sustancias psicoactivas: datos cifras y estimaciones. auto inyección de drogas. Salud Mundial. 1,995 Julio - Agosto (48 año N.4) Pp 16 a 18

60) Sistema de Vigilancia Epidemiológica de alcohol y drogas, cuestionario de centro de tratamiento (Registro Continuo)

Centro América, Panamá y República Dominicana. Organización de Estados Americanos. CICAD. 1,996.

- 61) Torres Y. Dra. et al Consumo de alcohol y alcoholismo en el magisterio, antioqueño. Magnitud y atención brindada 1,992. Boletín Epidemiológico de Antioquía. 1,993. Abril - Septiembre (año 18 N. 2,3 A.A. 50,946) Pp.133 a 135
- 62) Torres Y. Dra. Método Epidemiológico. Aplicado a la Farmacodependencia. Jornada de actualización sobre el uso y abuso de alcohol y drogas. Caracas, 19 y 20 de marzo de 1,990.
- 63) Uma Ram Nath Dr. Mundo El hábito de fumar en el tercer Salud Mundial. 1,986. Julio . Pp. 8 a 11.
- 64) Vaidya S. O. Dr. El tabaquismo entre Jóvenes Salud Mundial 1,995. Julio - Agosto. (48 año No. 04) Pp. 30.
- 65) Watkins S.J. Dr. Desempleo y la Salud. Salud Mundial 1,992. Noviembre - Diciembre (No. 06) Pp. 18 a 19.
- 66) Yoshida Tokuo. Fiscalización y uso racional de drogas Salud Mundial 1,995. Julio - Agosto (48 año N. 4) Pp. 6 y 7

- 7) Zeceña Alarcon D. Tabaquismo, alcohol, obesidad y condición física y Médica de los Residentes de egreso del programa de Medicina Interna USAC. Tesis Médico y Cirujano. Facultad de Ciencias Médicas. USAC. Guatemala 1,994. Mayo. Pp. 56.

CENTRO AMERICA, PANAMA Y REP. DOMINICANA

CUESTIONARIO SOBRE CENTROS DE TRATAMIENTO (REGISTRO CONTINUO)

{FORMULARIO} #####

{FECHA} DE LA ENCUESTA: <dd/mm/yy>

3. INTERNACION TOTAL

2. LUGAR RESIDENCIA ACTUAL : {COMUNA} _____

SECTOR O {POBLACION} _____

3. {EDAD} EN AÑOS CUMPLIDOS ## AÑOS

4. {SEXO}: #

1- MASCULINO

2- FEMENINO

5. NIVEL {EDUCACION}AL APROBADO ##

1- BASICA/PRIMARIA 1 2 3 4 5 6 7 8

2- MEDIA 1 2 3 4 5

3- SUP/UNIVERSITARIA 1 2 3 4 5 6 7 8

9- NS-NC

10- S/ESCOLARIDAD

6. ESTADO {CIVIL}: #

1- SOLTERO

2- CASADO

3- CONVIVIENTE

4- VIUDO/A

5- SEPARADO/ANULADO

9- NS / NC

7. TIPO DE {OCUPACION} #

1- TRABAJO FIJO O PERMANENTE

2- TRABAJO OCASIONAL

3- CESANTE

4- ESTUDIANTE

5- DUEÑA DE CASA

6- RETIRADO/JUBILADO

8. HA RECIBIDO ALGUN {TRATAMIENTO} POR CONSUMO DE ALCOHOL O DROGAS #

1 - SI COMPLETO

2 - SI INCOMPLETO

3 - NO

9. TIPO DE {INSTITUCION} DONDE RECIBIO EL TRATAMIENTO #

1. SALUD

2. GRUPO DE AUTOAYUDA