

FACTORES DE RIESGO PARA EL CONSUMO RECREACIONAL Y LA ADICCIÓN DE SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS Y ESTUPEFACIENTES EN ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN SUPERIOR

Jeanneгда Catherine Valverde Farías*, Egda Isbelia Farías Moya**, Gidder Benítez-Guerra***

RESUMEN: *El consumo de drogas como hecho cultural, económico y político presente en la población estudiantil, asocia su incremento al modelo consumista, competitivo, hedonista, individualista, de desinhibición y éxito económico. Circunstancia que nos motivó investigar consumo y adicción en dos grupos de estudiantes. Utilizando encuesta anónima, analizamos 70 estudiantes de medicina de la Universidad Central de Venezuela y con historia clínica 69 de otras instituciones con adicción y síndrome de abstinencia, desde septiembre 2006 hasta septiembre 2007. En estudiantes de medicina la edad de inicio del consumo recreacional inferior a 15 años fue 5,88 %; sexo masculino 64,70 %; solteros 88,23 %; hábitos alcohólicos 88,23 % y tabáquicos 23,52 %; marihuana droga ilícita de inicio 41,18 %; combinación de sustancias 52,93 %; familias disfuncionales 23,53 %; familiares adictos 5,88 %; rendimiento académico inferior a 15 puntos 70,58 %; mientras que en estudiantes adictos de otras instituciones el inicio inferior a 15 años fue 43,48 %; sexo masculino 85,5 %; solteros 81,15 %; hábitos alcohólicos 76,81 %; tabáquico 66,66 %; marihuana droga de inicio 55,07 %; combinación de sustancias 100 %; familias disfuncionales 69,575; familiares adictos 97,08 %; bajo rendimiento académico 100 % de los casos. Existe un alto riesgo de adicción en estudiantes universitarios, es imperioso implementar estrategias orientadas a prevenir y combatir el consumo y promover una universidad y un mundo libre de drogas.*

Palabras clave: *Drogas, Consumo, Estudiantes, Adicción, Psicotrópicos, Estupefacientes.*

ABSTRACT: *The drug consumption like cultural, economic and political fact present in the student population, its associates with consumist, competitive, hedonist, individualistic model, of lack of inhibition and economic success. Those circumstances motivated to us to investigate consumption and addiction in two groups of students. Using anonymous survey, we analyzed 70 medicine students of the Central University of Venezuela and with clinical history 69 of other institutions with addiction and syndrom of abstinence, from September 2006 to September 2007. The results in medicine students demonstrated the age of beginning of the recreacional consumption to 15 years 5.88 %; masculine sex 64.70 %; unmarried 88.23 %; alcoholic habits 88.23 % and tobacco 23.52 %; marijuana drugs illicit of beginning 41.18 %; combination of substances 52.93 %; disfuncionals families 23.53 %; addict relatives 5.88 %; inferior academic yield to 15 points 70.58 %; whereas in students of other addict institutions: age of beginning to 15 years 43.48 %; masculine sex 85.5 %; unmarried 81.15 %; alcoholic habits 76.81 % tobacco 66.66 %; marijuana drug of beginning 55.07 %; combination of substances 100 %; disfuncionals families 69 575; addict relatives 97.08 %; under academic yield 100 % of the cases. A high risk of addiction in university students exists, is urgent to implement oriented strategies to prevent and to fight the drug consumption and promote an university and a free world of drugs.*

Key words: *Drugs, Consumption, Students, Addiction, Psychotropics, Narcotics.*

* Peditra Neonatóloga. Profesora Asistente. Cátedra Medicina Legal y Deontológico. Escuela de Medicina Dr. José María Vargas. Universidad Central de Venezuela. Email: Valverdefarias @ gmail.com.

** Magister Scientiarum Microbiología Médica. U.C.V. Abogada U.C.V. Profesora Titular. Cátedra Medicina Legal y Deontológica. E.J.M.V. Universidad Central de Venezuela.

*** Médico Gineco-Obstetra. Profesor Agregado. Cátedra Clínica Obstetricia "A". Hospital Universitario de Caracas. Facultad de Medicina Universidad Central de Venezuela

Recibido: 20-07-09. Aceptado: 16 -11-09.

INTRODUCCIÓN

El consumo de sustancias psicotrópicas y estupefacientes en los jóvenes presenta un preocupante incremento en el siglo XXI. No existe una nación que no se vea afectada de alguna manera por el abuso y la adicción a estas sustancias⁽¹⁾. El ritmo de vida acelerado,

la tecnología y el avance de la ciencia, afecta la salud mental de la población, cuya víctima más vulnerable es el joven quien acepta la droga como un mecanismo de escape, o el disfrute de nuevas emociones ⁽²⁾. En ambos casos se exponer el riesgo de caer en adicción, lo que interferirá su capacidad para estudiar, trabajar, relacionarse en su entorno familiar y social, pues sus actos estarán dirigidos obtener y consumir la droga ⁽³⁾. La inquietud de estudiar la repercusión del consumo y la adicción en los estudiantes de la Universidad Central de Venezuela (UCV) y de otras instituciones de educación superior para así promover estrategias capaces de impulsar políticas de control, detección y prevención fueron las motivaciones de este estudio.

VARIABLES ESPECÍFICAS EN EL CONSUMO DE DROGAS

En el consumo de las drogas se han incriminado varios factores que favorecen la actitud que el estudiante asume cuando está en contacto con las drogas, entre ellos se señalan: Ser hijo de padres alcohólicos, la aceptación social de la sustancia en el medio donde se desenvuelve, la creencia de efectos beneficiosos o la ignorancia de los perjuicios que ocasiona, la aceptación social: Conocer consumidores, presión grupal y de los amigos, la falta de perspectivas personales y sociales, la delincuencia juvenil, el embarazo en la adolescencia, el fracaso escolar, ser víctima de abuso físico, psíquico o sexual. Los modelos de ocupación del ocio: Centrados en la diversión en fiestas, salidas nocturnas, disponibilidad de dinero ^(4,5). Factores de tipo físico: Ser discapacitado, portadores de problemas de salud mental. Entre los factores más relevantes se destaca el entorno familiar, el individuo ve e interpreta el mundo a través de la familia. La socialización nace en ella, luego en la escuela sin dejar de mencionar a los medios de comunicación que contribuyen con la publicidad. Es la familia un grupo primario, de convivencia interpersonal, con una relación de parentesco y experiencias de intimidad que se extienden a lo largo del tiempo. Una familia estructurada, con un buen estilo de crianza previene el consumo de drogas ⁽⁵⁾.

PRINCIPALES DROGAS DE ABUSO

Opioides: Entre sus efectos farmacológicos se pueden comportar como antidiarreicos, analgésicos y antitusígenos. Son las sustancias más eficaces para el tratamiento del dolor pero poseen alto poder adictivo, ocasionan euforia, apatía, letargo, analgesia, somnolencia, hipotensión, disforia, vómitos, miosis,

estreñimiento, deterioro en el proceso del pensamiento, disminución de la atención y de la memoria, cambio radical en actitudes escolares y sociales, afección del desarrollo fetal, artritis, depresión respiratoria y muerte ^(6,7).

Marihuana: Pertenece a la familia de las *Urticaceae*, nombre científico *Cannabis sativa* estimulante y alucinógena, su principal agente activo es el Tetrahidrocannabinol ^(8,9). Se intentó darle aplicaciones terapéuticas en glaucoma agudo, asma y náuseas, pero sus efectos adversos invalidaron su utilidad médica. Produce sedación, bienestar, euforia, risa incontrolada, ansiedad, pánico, paranoia, depresión, alteración del tamaño pupilar y de la percepción del tiempo, visión en túnel, despersonalización, taquicardia, hiperemia conjuntival, temblores, hiperreflexia, hipotermia, broncodilatación, sequedad en boca, bronquitis, rinitis, hipertensión, convulsiones, infarto del miocardio, anormalidad en los espermatozoides, alteraciones menstruales, cromosómicas y síndrome amotivacional ^(10,11).

Éxtasis o MDMA (estimulante): El éxtasis o 3,4 metilendioxitmetanfetamina (MDMA), es un derivado anfetamínico, agonista serotoninérgico, que produce taquicardia, sed, hipertensión, ansiedad, euforia, empatía, desinhibición, deseo sexual aumentado, inquietud, confusión, sudoración, sequedad en boca, temblores, deshidratación, arritmias, hemorragias, rhabdomiólisis e infarto cerebral. La administración de MDMA en el ratón produce a largo plazo un efecto neurotóxico, y en el humano una sola exposición en alta dosis destruye hasta un 50 % de las neuronas ^(12,13).

Cocaína: La cocaína ($C_{17}H_{21}NO_4$) es un éster de ácido benzoico y una base que contiene nitrógeno, es una droga obtenida de las hojas de la planta *Erythroxylon coca* ⁽¹⁴⁾. Entre los muchos efectos que se logran con su consumo se describe que disipa el hambre y la fatiga, produce bienestar, taquicardia, hipertermia, hipertensión, insomnio, ansiedad, ideas referenciales, parestesias y alucinaciones ^(15,16). Inquietud, excitación, locuacidad, desinhibición, confusión, cefalea e hiperreflexia, polipnea, midriasis, escalofríos, fiebre, náuseas, vómitos, respiración de Cheyne-Stokes, convulsiones, inconsciencia y muerte ^(17,18). Recientemente los laboratorios Celtic Pharma y el grupo Xenova han sintetizado la vacuna contra la cocaína, aún en ensayo, **dirigida a pacientes adictos**, con el objetivo de evitar los efectos secundarios de la droga ⁽¹⁹⁾.

Ácido lisérgico o LSD-25: Droga alucinógena obtenida del cornezuelo de centeno, su fórmula es

$C_{15}H_{15}N_2CON(C_2H_5)_2$ sintetizado por accidente de laboratorio en 1938⁽²⁰⁾. Produce alteración del estado de conciencia, midriasis, hiporexia, sudoración, insomnio, temblores, taquicardia e hipertensión. Las muertes son debidas a caídas al vacío, accidentes de tránsito y otros, producto de las alucinaciones que distorsionan la realidad de las cosas⁽²¹⁻²³⁾.

MÉTODOS

Tipo de investigación: Estudio descriptivo, prospectivo, de campo. El estudio fue supervisado y aprobado por el Comité de Ética y se solicitó el consentimiento voluntario informado escrito para cada estudiante de la UCV encuestado y para los estudiantes de otras instituciones hospitalizados por presentar problemas de adicción y síndrome de abstinencia a estos últimos se les evaluó con historia médica especialmente diseñada, a los fines de explorar, edad, sexo, estado civil, entorno familiar, índice académico, status socio económico, esfera recreacional, bebidas favoritas, hábitos tabáquicos y alcohólicos, utilización de sustancias psicoestimulantes, conocimientos de efectos nocivos producidos por el consumo. droga de inicio, sustancia hipotética que consumiría en caso de su legalización.

Criterios de inclusión: fueron distribuidos en dos grupos de estudiantes, uno de ellos constituido por 70 estudiantes de medicina en la Universidad Central de Venezuela, de ambos sexos, con edades entre veinte a treinta años, que declararon haber consumido sustancias lícitas e ilícitas de forma ocasional o recreacional; y otro, formado por 69 estudiantes de otras instituciones, de ambos sexos, con edades de 16 a 30 años, que colaboraron con la historia médica, y cuyo consumo hubiere ocasionado estado de adicción y síndrome de abstinencia que obligó a su reclusión en el Hospital Psiquiátrico de Caracas. Ambos grupos se estudiaron simultáneamente desde septiembre 2006 hasta septiembre 2007.

Criterios de exclusión: estudiantes de ambos sexos que negaron su consentimiento para realizar la encuesta anónima o la historia médica, edades inferiores a los dieciséis años o mayores a treinta, estudiantes universitarios de la UCV no consumidores de drogas ilícitas en forma ocasional o permanente. Estudiantes de otras instituciones adictos o con síndrome de abstinencia hospitalizados en Hospital Psiquiátrico de Caracas por patologías distintas a la drogadicción. **Análisis Estadístico:** Se calcularon la media y desviación

estándar para variables numéricas, frecuencia y porcentajes para las variables nominales, Chi cuadrado a las variables cualitativas, corrección de continuidad a frecuencias menores de cinco, estimación de intervalos de confianza al 95 %. Se consideraron significativos si los valores de $P < 0,05$ y altamente significativos si $P < 0,01$. El procesamiento de datos se realizó con el programa SPSS 14.0 Windows.

RESULTADOS

La edad de inicio del consumo recreacional en los 17 estudiantes de la UCV. en el rango 15 -19 años fue de 9 (52,94 %); seguido de cuatro estudiantes (23,53 %) de 20-24 años (Tabla 1).

La preferencia por marihuana predominó en 13 (76,46 %) alumnos de la UCV; y 10 (58,82 %) habían probado cocaína (Tabla 2).

Se estudiaron factores de riesgo en el entorno familiar tanto psiquiátricos como adictivos. Tabla 4, encontrando que la mayoría de los estudiantes hospitalizados tenían 23 (33,33 %) primos consumidores; seguido de 19 (27,53 %) tíos; 40,56 % hermanos y padres; etilismo crónico en 14,47 % familiares; y trastornos psiquiátricos en 11,55 %. En resumen 76,81 % de estos estudiantes tuvieron gran riesgo al consumo debido al entorno familiar.

Tabla 1

Estudiantes de la UCV con consumo recreacional de drogas según edad de inicio. Caracas 2006 – 2007

Edad (años)	n°	%
10 – 14	1	5,88
15 – 19	9	52,94
20 – 24	4	23,53
25 – 29	2	11,77
30 – 34	1	5,88
Total	17	100,0

Fuente: Encuesta anónima en 17 estudiantes consumidores. Universidad Central de Venezuela 2006 – 2007.

(*). Edad promedio 18 años. $Z = 3,652$ ($P = 0,1512$).

Tabla 2
Estudiantes de la UCV con consumo recreacional.
Según droga de inicio. Caracas 2006-2007

Tipo de droga	n°	%
Marihuana	7	41,18
Marihuana + cocaína	6	35,29
Cocaína	4	23,53
Total	17	100,0

Fuente: Encuesta anónima en 17 alumnos consumidores. Universidad Central de Venezuela 2006 – 2007.
 Z= 1,1124 (P= 0,2512)

La droga con la cual se iniciaron en el consumo los estudiantes de otras instituciones fue la marihuana (*Cannabis sativa*) en 38 (55,07 %); seguida de cocaína utilizada en sus diversas formas 18 (26,09 %); la combinación de cocaína y marihuana como droga de inicio en 18 % (Tabla 3).

La fuente económica de donde se obtuvo el dinero para el consumo de la droga, determinó que en 31 (44,92 %) estudiantes adictos de otras instituciones de educación fue del tráfico de la droga, seguida de 22 (31,88 %) delitos de robo lo cual ocasionó la privación de libertad en varias oportunidades. Tabla 8. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre adicción y fuente de obtención.

Tabla 3
Estudiantes adictos de otras instituciones según
droga de inicio. Hospital Psiquiátrico de Caracas.
2006 – 2007

Tipo de droga	n°	%
Marihuana (<i>Cannabis sativa</i>)	38	55,07
Cocaína (<i>Eritroxylon coca</i>)	18	26,09
Marihuana + Cocaína	13	18,84
Total	69	100,0

Fuente: 69 Historias de pacientes adictos. Hospital Psiquiátrico de Caracas.

El inicio del consumo estuvo representada por el quinquenio 15 – 19 años con 35 casos (50,72 %); seguido de 10 – 14 años 30 (43,48 %); en el quinquenio 20 – 24 se iniciaron 4 (5,80 %); observándose ausencia del inicio de consumo en edades de 25 a 34 años. En este grupo hubo diferencias estadísticamente significativas entre edad e inicio de consumo de la droga (Tabla 4).

Tabla 4
Estudiantes adictos de otras instituciones según
edad de inicio del consumo. Hospital Psiquiátrico de
Caracas. 2006 - 2007

Edad (años)	n°	%
10 – 14	30	43,48
15 – 19	35	50,72
20 – 24	4	5,80
25 – 29	-	--
30 – 34	-	--
Total	69	100,0

Fuente: 69 Historias de adictos Hospital Psiquiátrico de Caracas.
 Z= 13,8543 (P= 0,0335)

Como factores de riesgo en el entorno familiar tanto psiquiátricos como adictivos encontramos que la mayoría de los estudiantes de otras instituciones tenían primos consumidores 23 (33,33 %); seguido de tíos 19 (27,53 %); hermanos 17 (24,63 %); y once de los padres (15,93 %); por otra parte, 9 padres (13,03 %) presentaban alcoholismo; 5 (7,23 %) estados depresivos; una madre (1,44 %) sobreprotectora; dos tíos (2,88 %) con depresión y trastorno bipolar; un hermano con etilismo crónico (1,44 %); y 16 (23,18 %) sin antecedentes relevantes, en resumen 53 (76,81 %) de estos estudiantes tenían gran riesgo al consumo debido al entorno familiar (Tabla 5). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 5
Estudiantes adictos de otras instituciones según, factores de riesgo en su entorno familiar. Hospital Psiquiátrico de Caracas. 2006 2007

Antecedentes familiares (Factores de riesgo)	n°	%
Primos consumidores	23	33,33
Tíos consumidores	19	27,53
Hermanos consumidores	17	24,63
Padres consumidores	8	11,59
Padre alcohólico	7	10,14
Madre consumidora	3	4,34
Madre alcohólica	2	2,89
Madre depresiva	3	4,34
Padre depresivo	2	2,89
Tía depresiva	1	1,44
Tío trastorno bipolar	1	1,44
Hermano alcohólico	1	1,44
Madre sobreprotectora	1	1,44
Sin antecedentes relevantes	16	23,18

Fuente: 69 historias de pacientes adictos. Hospital Psiquiátrico de Caracas. Con antecedentes 53 (76,81 %). Sin antecedentes 16 (23,19 %). $Z= 32,1748$ ($P= 0,2362$)

Al determinar las alteraciones conductuales, psicológicas y psicométricas más frecuentes en los estudiantes de otras instituciones de educación, se encontró que 19 (95,0 %) tuvieron coeficiente intelectual igual o inferior a 98; catorce (70,0 %) presentaron electroencefalograma normal; en tanto que 6 (30,0 %) mostraron alteraciones electroencefalográficas importantes; en un paciente (5,0 %) el coeficiente intelectual fue superior a 100; los trastornos de la personalidad se evidenciaron en 6 (30,0 %); cuatro (20,0 %) trastorno esquizoide–paranoide y egocéntrico-egoísta; 6 (30,0 %) mixtura de trastornos caracterizados por: autoestima disminuida, ansiedad, inmadurez,

timidez, miedo, introversión y poca capacidad para hacer amigos. No existieron diferencias estadísticamente significativas (Tabla 10).

La Tabla 6, informa la droga con la cual se iniciaron en el consumo los estudiantes de otras instituciones de educación, siendo la marihuana (*Cannabis sativa*) 38 (55,07 %) la de primera elección; seguida de cocaína en sus diversas formas 18 (26,09 %); la combinación de coca y marihuana fue droga de inicio en 13 (18,84 %) de ellos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 6
Estudiantes adictos de otras instituciones según, droga de inicio. Hospital Psiquiátrico de Caracas. 2006 – 2007

Tipo de droga	n°	%
Marihuana (<i>Cannabis sativa</i>)	38	55,07
Cocaína (<i>Eritroxylon coca</i>)	18	26,09
Marihuana + cocaína	13	18,84
Total	69	100,0

Fuente: 69 Historias de pacientes adictos. Hospital Psiquiátrico de Caracas.

La droga de mayor predilección utilizada por estos adictos, fue la marihuana (*Cannabis sativa*) y una de sus formas el hachis 62 (89,84 %); seguida de cocaína en su presentación más pura 46 (66,66 %); mientras otras formas de esta droga como crack 28 (40,57 %); perico 7 (10,14 %) y basuco 4 (5,79 %) representaron (56,5 %) del consumo de la misma droga en su forma más adulterada; la adicción al alcohol 53 (76,81 %); el tabaco al igual que la cocaína fue la favorita en 46 (66,66 %); heroína 15 (21,73 %); Rivotril® y benzodiazepinas 18 (26,08 %); Éxtasis 7 (10,14 %); L.S.D. 2 (2,89 %); Popper 3 (4,34 %); anfetaminas 1 (1,44 %); Preveral® 3 (4,34 %); codeína 2 (2,89 %), lexotamil, carbamacepina y ketamina (4,32 %). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Tabla 7).

La fuente económica de donde se obtuvo el dinero para el consumo de la droga, determinó que en 31 (44,92 %) estudiantes adictos de otras instituciones, provenía de la venta de la droga que ofrecían a otras

Tabla 7

Estudiantes adictos de otras instituciones según, predilección de sustancias. Hospital Psiquiátrico de Caracas. 2006 – 2007

Droga (s)	n°	%
Marihuana (<i>Cannabis sativa</i>)	60	86,95
Alcohol	53	76,81
Tabaco	46	66,66
Cocaína	46	66,66
Crack	28	40,57
Heroína	15	21,73
Clonazepam (Rivotril®)	11	15,94
Bromazepam (Lexotanil®)	1	1,44
Carbamacepina	1	1,44
Benzodiazepinas	7	10,14
Éxtasis	7	10,14
Perico	7	10,14
Basuco	4	5,79
Popper	3	4,34
Codeína (Preveral®)	3	4,34
Codeína	2	2,89
Hachis	2	2,89
LSD	2	2,89
Ketamina	1	1,44
Anfetaminas	1	1,44

Fuente: 69 historias de pacientes adictos. Hospital Psiquiátrico de Caracas 2006 – 2007.
Z= 32,1019 (P= 0,0001)

personas (narcotráfico); en 22 (31,88 %) fue producto del robo; la familia aportó el dinero para la compra de la droga en 18 (26,08 %); en dieciséis (23,28 %) se compró con los ingresos económicos provenientes del trabajo; 13 (18,84 %) utilizaban su patrimonio personal; a ocho (11,59 %) se la donaban o regalaban; 7 (10,14 %) del trabajo sexual; 7 (10,14 %) la obtenían compartiéndola solidariamente con sus pares y 2 (2,89 %) tenía crédito que le garantizaba su financiamiento (Tabla 8). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre adicción y fuente de obtención.

Analizando la droga de mayor impacto en el grupo de estudiantes adictos de otras instituciones, en 23 (33,33 %) la cocaína fue la droga de mayor impacto; seguida de marihuana 17 (24,63 %); y crack, 15 (21,73 %) (Tabla 9). Existieron diferencias estadísticamente significativas entre consumo y droga de mayor impacto.

Tabla 8

Estudiantes adictos de otras instituciones según, fuente de obtención de la droga. Hospital Psiquiátrico de Caracas. 2006 – 2007

Fuente / modo de obtención	n°	%
Narcotráfico	31	44,92
Delito de robo (Encarcelado/ detenido)	22	31,88
Aporte familiar	18	26,08
Patrimonio económico personal	16	23,28
Comprada (ahorros)	13	18,84
Donación / Regalada	8	11,59
Trabajo sexual	7	10,14
Compartida	7	10,14
Financiada	2	2,89

Fuente: Historias de 69 adictos. Hospital Psiquiátrico de Caracas 2006 - 2007.
Z= 43,2252 (P= 0,0001)

Tabla 9

Estudiantes adictos de otras instituciones según, droga de mayor impacto. Hospital Psiquiátrico de Caracas. 2006 – 2007

Droga de mayor impacto o consumo	n°	%
Cocaína	23	33,33
Marihuana	17	24,63
Crack	15	21,73
Heroína	8	11,59
Perico	3	4,34
Caballo	1	1,44
Marihuana + heroína	1	1,44
Marihuana + benzodiazepinas	1	1,44
Total	69	100,0

Fuente: 69 historias de estudiantes no ucevistas. Hospital psiquiátrico de Caracas. Caracas 2006 – 2007.
Z= 43,1854 (P=0,0052)

Tabla 10
Estudiantes adictos de otras instituciones según,
evaluación psicológica y neurológica.
Hospital Psiquiátrico de Caracas. 2006 – 2007

Evaluación psicológica	nº	%
E.E.G. Normal	14	70,0
E.E.G. alterado	6	30,0
Coficiente intelectual igual o menor a 98	19	95,0
Coficiente intelectual > 100	1	5,0
Egocéntrico – egoísta	2	10,0
Esquizoide – paranoide	2	10,0
Agresividad	2	10,0
Timidez – miedo – introvertido	1	5,0
Pocos amigos	2	10,0
Ansiedad – inmadurez	1	5,0
Autoestima disminuida	2	10,0
Intolerancia a la frustración	2	10,0
Trastorno orgánico de la personalidad	6	30,0

Fuente: 20 historias con evaluación neurológica, psiquiátrica y psicológica. Hospital Psiquiátrico de Caracas.
 $Z = 30,2573$ ($P = 0,2263$)

DISCUSIÓN

El sexo predominante en los estudiantes de otras instituciones adictos, fue el masculino 85,5 % sobre el femenino, guardando relación con lo reportado por la *National Household Survey on Drug Abuse* (NHSDA), quienes encuentran sexo masculino 34,7 %, con mayor experimentación en tabaco, alcohol y marihuana con respecto a las mujeres 25,7 %⁽²⁴⁾; y concuerda también con los reportes de la Oficina Nacional Antidrogas de Venezuela (ONA) durante 2006-2007, donde el sexo masculino prevaleció en 91,0 %⁽²⁵⁾.

El estado civil predominante en ambos grupos fue la soltería coincidiendo con otros autores, y probablemente relacionado con inseguridad emocional y dificultad para relacionarse con el sexo opuesto⁽²⁶⁾; y pertenecían a la clase socioeconómica media alta, coincidiendo con investigación realizada en Chile⁽²⁷⁾; y difirió de lo encontrado por la ONA donde la población consumidora estudiada perteneció a la clase socioeconómica baja⁽²⁸⁾.

El rendimiento académico de los 17 estudiantes de la UCV declararon consumo recreacional, estuvo en la escala de 10 a 15 puntos en 70,58 %, algunos casos con índice de repitente; mientras que en los estudiantes de otras instituciones adictos, el bajo índice de rendimiento estudiantil, la repetición de cursos y el abandono escolar marcó la pauta en 100 % de los casos. Estos resultados son similares a los publicados por otros autores^(29,30).

El rol que juega la familia es un factor universalmente aceptado como determinante en el sentido de evitar, prevenir o por el contrario favorecer el consumo de sustancias estupefacientes o psicotrópicas a los hijos. En un estudio sobre consumo de drogas lícitas, realizado en estudiantes de bachillerato en el liceo Andrés Bello de Caracas en junio de 2004, 52 % de los adolescentes consumidores pertenecían a familias bien estructuradas⁽³¹⁾; al investigar estudiantes de la UCV de que manera la familia afectaba el consumo recreacional de drogas ilícitas, en 41,18 % el entorno familiar fungía como factor protector de la codependencia; por su parte en los estudiantes de otras instituciones solo 14,49 % contaban con familias estables, lo cual confirma una vez más como la adicción segrega, y aísla al individuo de su núcleo de origen. Las diferencias entre los dos grupos resultaron estadísticamente significativas.

Los 17 estudiantes con consumo recreacional obtenían la droga a través de la compra a compañeros de clases, amigos, personal universitario, centros nocturnos, y centros comerciales en más de 75 % de los casos; a diferencia de los 69 estudiantes de otras instituciones adictos quienes se dedicaban al narcotráfico de las sustancias y a delitos de robo en 76,8 % lo que en muchos, ocasionaba lesiones físicas y reclusión a centros penitenciarios.

La marihuana resultó la droga de inicio al consumo de sustancias ilícitas en 41,18 % de estudiantes de la UCV, en estudiantes de otras instituciones el porcentaje se elevó 55,07 %; coincidiendo con un estudio realizado en el Hospital Universitario de Caracas en el cual la marihuana mostró prevalencia de 40 % de la población estudiada^(32,33).

La incidencia del consumo de drogas en nuestro país y las consecuencias socio-económicas derivadas de ello, han hecho que éste se convierta en uno de los problemas de salud pública más importantes con los que se enfrenta la sociedad en nuestra época.

La drogadicción es una enfermedad crónica donde la neurobiología ratifica que el consumo prolongado causa daños cerebrales permanentes, las drogas alteran el sistema nervioso central porque interrumpen el envío, la recepción y el procesamiento normal de la información entre las células nerviosas, ya sea, imitando los mensajes químicos naturales del cerebro o estimulando el circuito de gratificación^(16,17). Algunas drogas como la cocaína y metanfetaminas hacen que las células nerviosas liberen neurotransmisores en cantidad mucho mayor a lo normal o impidan su reciclaje normal. Si bien la mayoría de las personas inician voluntariamente la ingesta de drogas, con el tiempo los cambios en el cerebro causado por su consumo repetido afectan al autocontrol y la toma de decisiones. Las recaídas no necesariamente significan un fracaso sino una señal de que se debe repetir o ajustar el tratamiento o aplicar una terapéutica alternativa⁽³⁾.

Se plantea herencia y ambiente como bases de la adicción, sin embargo, la constitución biológica, susceptibilidad interna, entorno social y la edad o etapa de la vida en que se encuentra son también factores relacionados. El inicio temprano en el consumo produce el avance hacia el uso de otras drogas. Jóvenes que conocían a adultos consumidores de drogas estaban 9 veces más predispuestos a ser consumidores, está claramente demostrado que a mayor presencia de factores de riesgo existe una mayor probabilidad de abuso de drogas, por ello es importante conocer los factores incriminados y establecer estrategias preventivas dirigidas a intervenir sobre ellos. Las enfermedades mentales se relacionan con un mayor riesgo de adicción. La clave para evitarlas está en la prevención^(3,17).

En Estados Unidos el consumo global de drogas se redujo desde mediados de los años 80 hasta principio de los 90 en los que hubo varias campañas anti-drogas “*Drug Abuse Resistance*” y “*Just Say No*”; pero desde principios a mediados de los años 90 volvieron a aumentar coincidiendo con la difusión de mensajes poco claros o contradictorios sobre las drogas⁽³⁾.

De acuerdo a los resultados obtenidos podemos inferir, que:

1. La edad de la preadolescencia y la adolescencia

marcan el inicio en los hábitos y consumo de drogas. La educación secundaria propició el primer contacto con drogas ilícitas en estudiantes de la UCV y la motivación principal fue la imitación de compañeros, la curiosidad y el espíritu de aventura, la edad de inicio se acercó a los 12 con promedio de 18 años. En los estudiantes de otras instituciones, la edad de inicio al consumo descende a 9 y el promedio se sitúa en los 14 años. En ambos grupos el alcohol se consumió en forma relativamente natural desde los 12 años de edad, con varias intoxicaciones (borracheras) y de igual manera el hábito tabáquico estuvo presente simultáneamente; pero mientras en los estudiantes de la UCV el hábito alcohólico fue mayor en comparación con los estudiantes de otras instituciones el hábito tabáquico fue menor, lo que podría obedecer al conocimiento que los estudiantes de medicina tienen del daño que ocasiona el tabaco y a la campaña de NO FUMAR tan desplegada en los centros hospitalarios.

2. El factor de la codependencia se diferencian marcadamente en ambos grupos. Gran parte del círculo familiar en los estudiantes de otras instituciones estaban envueltos en problemas de consumo, adicción, tráfico, delincuencia y familias disfuncionales, lo que podría interpretarse como un factor facilitador; contrariamente, en los estudiantes de medicina, la familia en la mayoría de los casos actuó como un factor de protección a que el consumo recreacional no se convirtiera en adicción, sin embargo, en este grupo se observó gran tendencia a la ansiedad, al desarrollo de sentimientos de culpa, baja autoestima e ideas autodestructivas, lo que habla a favor de su vulnerabilidad ante la tentación de convertirse a futuro en adictos como un mecanismo de escape ante situaciones de conflicto que no pueda resolver.
3. En ambos grupos la droga de inicio fue la marihuana, seguida de la cocaína, pero mientras los estudiantes de otras instituciones consideraron a la cocaína como la droga de mayor impacto, seguida de los opiodes y la mezcla de varias sustancias; los estudiantes de medicina prefirieron la marihuana y drogas de diseño.
4. El bajo rendimiento académico en estudiantes adictos, y su comportamiento de estudiantes desertores a pesar de varios intentos de reinserción fue una constante. En los estudiantes de la UCV sólo 29,41 % alcanzó la escala de 16 a 20 puntos, esto permite concluir que las drogas afectan la excelencia del rendimiento

estudiantil.

5. El ambiente escolar, las áreas universitarias, los amigos, ciertos grupos de trabajadores, facilitan la compra de la droga dentro del recinto universitario a los estudiantes de la UCV. Por lo que se hace imperiosa una estricta vigilancia, lucha y control sobre estos aspectos. Pues una vez que se cae en la adicción los estudiantes se transforman en narcotraficantes y delincuentes como fuente para obtener la droga tal como ocurrió con los estudiantes de otras instituciones.
6. A pesar de las campañas concientizadoras de una universidad libre de drogas, nos sorprendió la respuesta de los estudiantes de la UCV ante la pregunta ¿Cuál droga hipotética consumiría usted de ser legalizada? Y 47 % de los encuestados respondió que marihuana seguida de drogas de diseño. Resultado que nos indica que se debe fomentar aún más la educación orientada a la información de los efectos nocivos de la marihuana y el resto de sustancias psicotrópicas en nuestros programas docentes.

RECOMENDACIONES

- a. Establecer pasatiempos sanos y divertidos para los hijos: Evitando el ocio que es el espacio fundamental donde se registra el consumo, pero si se interviene, puede convertirse en un escenario desde el cual se le controle, por lo que se debe estar más centrado en combatir el uso de drogas lícitas pues son ellas generalmente la puerta de entrada hacia las ilícitas. Se debe potenciar e incentivar la imagen social del no bebedor o del abstemio y rescatar los verdaderos valores. Recordemos que los escolares que utilizan su tiempo libre en discotecas, bares y pubs tienen mayor prevalencia de consumo de drogas que aquellos que dedican su tiempo libre al deporte, la lectura, el teatro y actividades recreativas sanas.
- b. Alertar y recompensar el buen comportamiento: establecer reglas y castigos claros. Se deben definir los límites del comportamiento del joven determinando expectativas realistas e igualmente ofrecer al individuo entrenamiento en habilidades sociales para hacer frente a la enorme presión hacia el consumo que suele ejercer el grupo sobre él, fomentando la emancipación por medio de criterios personales y la toma de decisiones. Los farmacodependientes presentan un número de ausencias a clases escolares muy superior a los no consumidores, y a medida que la hora de regreso a la casa se hace más permisiva (regreso luego de 24 horas de ausencia) se produce un notable incremento en la posibilidad de consumo, por lo que es necesario detectar con prontitud ambos factores para dar los correctivos necesarios.
- c. Involucrar a los padres en la vida del adolescente: Sus actividades, amigos, metas, preocupaciones e inquietudes. Crear una comunicación abierta invitando al joven a hablar de todo lo que le interese, sin reprimirlo o cuestionarlo, demostrando respeto y convirtiendo la conversación en una situación en la que **“todos ganan”**.
- d. Detectar y evitar mensajes pro-droga que provengan de los medios de comunicación y de la tecnología así como la publicidad subliminal. Recalcar que ingerir drogas es ilegal, dañino y peligroso, porque conduce a la destrucción productiva y social del individuo.
- e. Estimular amistades saludables, los padres deben leer e informarse sobre las drogas ilícitas y los signos que advierten un problema de consumo, así como estar vigilantes su ausencia en el hogar y sus escondites.
- f. Diagnosticar problemas conductuales: tales como poca tolerancia a la frustración, control de impulsos, baja autoestima, ansiedad, falta de toma de decisiones, baja autoconfianza, estrés, inadecuado manejo de duelos y pérdidas, conciencia de enfermedad mental si la hubiere y adherencia al tratamiento deberán ser detectados oportunamente por los padres o quienes hagan las veces y ser remitidos a los diferentes especialistas psicólogos, psiquiatras y terapeutas, todos deberán trabajar en conjunto.
- g. Motivar la inserción dentro de los modelos curriculares en los diferentes niveles de la enseñanza del impacto perjudicial de las drogas, sus efectos nocivos sobre la salud del individuo a corto y largo plazo así como los problemas sociales, económicos y familiares que de ellas se derivan. El docente debe asumir su rol de educador y maestro sirviendo de incólume modelo moral e involucrarse en la vida del estudiante sirviendo de catalizador a los temores, incertidumbres, expectativas y motivaciones del joven.
- h. Diseñar estrategia de enseñanza de habilidades cognitivas-conductuales a nivel de educación superior con el objeto de aumentar la autoestima del alumno, resistirse a los anuncios publicitarios, manejar adecuadamente las situaciones generadoras

de ansiedad, lograr una comunicación afectiva así como relaciones interpersonales y asertividad adecuada. Estas actividades se enseñan utilizando técnicas como la demostración, el ensayo conductual, el *feed back* con refuerzo y tareas-tareas para practicar fuera del contexto universitario. Es fundamental incentivar mecanismos de autocontrol, lo cual implica la autoobservación y autoevaluación de la conducta y la reevaluación del proceso el cual consiste en la valoración retrospectiva de los pasos seguidos hasta la obtención o no de la meta y la consiguiente gratificación final. Algunas de las habilidades de autocontrol son la resistencia a la agresión tras la frustración, la regulación de la auto administración de refuerzos y la resistencia a la tentación. El objetivo del entrenamiento en autocontrol es conseguir que la persona no consuma o si llegase a consumir que pueda controlarse o al menos mantener “un consumo funcional”, es decir, que no llegue a la dependencia. Por lo tanto, las estrategias en enseñanzas de habilidades deben fomentar conductas de salud de tipo general más que específicas al tema de las drogas.

Finalmente, el Gobierno Nacional del Estado Venezolano, debe otorgar y garantizar en forma permanente asignación presupuestaria suficiente para:

Priorizar la prevención: como la estrategia más importante contra la drogadicción fomentando campañas antidrogas y foros con la ayuda de diversas organizaciones que integren a la sociedad de padres y representantes, a los consejos comunales, universidades, y a la sociedad en general, de tal forma que todos se vean involucrados.

Fomentar la investigación: como herramienta para acercarse al problema de la drogadicción en las diversas facultades de las universidades nacionales, y la creación de fuentes de información periódica que sirvan de enlace para vigilar el funcionamiento de las políticas sanitarias de prevención.

La construcción de establecimientos para la desintoxicación, tratamiento y rehabilitación de estos pacientes por tratarse de un problema de salud pública y constituir un precepto constitucional el derecho de todo ciudadano a la salud.

Creación de espacios para actividades sanas, productivas y recreativas tales como deportes en todas

sus categorías, relacionadas con literatura, idiomas, y artes en todas sus manifestaciones tipo pintura, teatro, museos, música entre otros.

Gobierno, familia, empresarios, fundaciones, iglesia, escuela y universidad, todos deben asumir desde su campo de competencia específico su correspondencia, implicación, cooperación y responsabilidad en combatir y prevenir el problema de las drogas en Venezuela y el mundo.

REFERENCIAS

1. Astorga L. El siglo de las drogas. Ciudad de México: Editorial Espasa-Calpe; 1996.p.78-90.
2. Martínez SL. Medicina Legal. 16ª edición. México: Méndez Editores; 1991.p.121-34.
3. Córdova D. Toxicología. 5ª edición. Bogotá, Colombia. Editorial Manual Moderno; 2006.p.537- 555.
4. Muñoz-Rivas MJ. Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes: *Psicothema* 2001;13(1):87-94.
5. Graña JL. Factores psicológicos de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicología conductual*. 2000;8(2):249-269.
6. Law PY, Wong YH, Loh HH. Molecular mechanism and regulation of opioid receptor signaling. *Ann Rev Pharmacol Toxicol* 2000;40:389-430.
7. Fernández C. Uso de opioides en el tratamiento del dolor. *Rev Neurol*. 2003;37(3):1022-1028. Colombia. ISSN 0210-0010
8. Mechoulam R. Marihuana chemistry. *Science*. 1970;168:1159-1166.
9. Kaymakcalan S, Ayhan IH, Tulunay FC. Naloxone –induced or postwithdrawal abstinence signs in tetrahydrocannabinol–tolerant rats. *Psychopharmacology (Berl)* 1977;55:243-249.
10. Deneau GA, Kaymakcalan S. Physiological and psychological dependence to synthetic delta -9- tetrahydrocannabinol THc in rhesus monkeys. *Pharmacologist*. 1971;13:246.
11. Astolfi E. Toxicología de pregrado. Buenos Aires, Argentina: Ed. Libreros López; 1982:67.
12. O’Shea E, Esteban B, Camarero J, Green AR, Colado MI. Effect of GBR 12909 and fluoxetine on the acute and long term changes induced by MDMA (“ecstasy”) on the 5-HT and dopamine concentrations in mouse brain. *Neuropharmacology*. 2001;40:65-74.
13. Morgan MJ. Recreational use of “ecstasy” (MDMA) is associated with elevated impulsivity. *Neuropsychopharmacology* 1998;19:252-264.
14. Francisco P, Meritxell T. Monografía de cocaína. Colombia: Adicciones; 2001;13(2):19-30.
15. Rodés J, Guardia J. El Manual de Medicina. Madrid, España: Salvat Editores; 1993.p.2081-2090.
16. Giraldo CA. Intoxicación aguda por cocaína. *Revista del Instituto Nacional de Medicina Legal de Colombia*. *Revista Técnico*

- Profesional. Bogotá. Colombia. ISSN 0120-0097. 1978;3(2):492-500.
17. Castro de La Meta, R. Efectos de la cocaína sobre el SNC. En: Cocaína OMS/OPS Actas del Seminario Interamericano sobre coca y cocaína. Lima, Perú: Pacific Press; 1980.p.40-43.
 18. Kulber A. Substance abuse: Clinical identification and management. *Pediatr Clin North Am.* 1986;33(2):325-361.
 19. Giraldo CA. Consumo de drogas y mortalidad. *Tribuna Médica de Colombia.* 1987;879:12-16.
 20. Velasco A, Alvarez F. Psicodislépticos o alucinógenos. En: Beneit E, López J, editores. *Drogodependencias: Aspectos farmacológicos y clínicos.* Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 1990.p.217-227.
 21. Czjaka PA, Duffy JP. Urgencias por intoxicación. Colección Biblioteca Médica de Bolsillo. 2da Reimpresión. ISBN 84-345-2073-7. España. Barcelona: Salvat Editores; 1983.p.53-55.
 22. Hardman J. En: Goodman & Gilman. *Las bases farmacológicas de la Terapéutica.* 9ª edición. México: Mc Graw Hill Interamericana; 1996.p.614.
 23. Córdoba D. Toxicología. Ed. Corporación de Estudios Médicos. Medellín Colombia. 1986:211-215.
 24. <http://www.oas.samhsa.gov/nhsda.htm> [Citado: 07-10-09]
 25. INCAUTACIONES_SEGUN_TIPO_DE_DROGAS_AÑO_2007.pdf. Disponible en: http://www.ona.gob.ve/Pdf/Incautaciones_Tipo_de_Droga/ [Ciado:: 11 -09- 2007].
 26. Equipo Interdisciplinario de Investigación (HOMO). Facultad de Salud Pública. Universidad de Antioquia. Hospital San Vicente de Paul. Estudio epidemiológico de uso de sustancias que producen dependencia en la población general. *Revista Hospital Mental de Antioquia (HOMO).* Colombia. 1986;13(1):21-50.
 27. Fuentalba R, Cumsille F, Araneda Juan C. Consumo de drogas lícitas e ilícitas en Chile: resultados del estudio en 1998 y comparación con los estudios de 1994 y 1996. Chile. *Rev Panam de Salud Pub.* 2000;7(2):79-87.
 28. Comisión Nacional Contra el uso ilícito de Drogas, CONACUID: Estadística Anual Sobre Decomisos y Detenidos por Delitos de Drogas en Venezuela Año 2004-2005.
 29. Cortez R, Zapata L. Factores biopsicosociales que intervienen en el consumo de crack en pacientes atendidos en una unidad especializada. Trabajo especial de Investigación para optar al título de especialista en psiquiatría. Universidad Central de Venezuela. Facultad de Medicina. Comisión de Estudios de Posgrado. Abril 2006.
 30. Mata V, Moy R. Consumo de drogas ilícitas en los pacientes que ingresan al Hospital Psiquiátrico de Caracas. Trabajo Especial de Investigación para optar al título de Especialista en Psiquiatría. Universidad Central de Venezuela. Facultad de Medicina. Noviembre 1994.
 31. Valverde F JC. Actitudes y conocimientos de los adolescentes sobre el tabaco y el alcohol. Universidad Central de Venezuela. Facultad de Medicina. Hospital General del Este "Dr. Domingo Luciani". Caracas, Venezuela. Junio 2004. Trabajo Especial de Investigación para optar por el título de Especialista en Pediatría y Puericultura. 2004.
 32. De Lima M, Smith E. Drogas psicoactivas orales e inhaladas y conductas sexuales de riesgo para la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. Trabajo Especial de Investigación para obtener el título de Especialista en Psiquiatría. Hospital Universitario de Caracas. Facultad de Medicina. Posgrado en Psiquiatría. Universidad Central de Venezuela. 1999.
 33. Silveira L. Factores de riesgo asociados al consumo de drogas en niños en edad escolar. Trabajo Especial de Investigación para optar por el título de Especialista en Psiquiatría. Universidad Central de Venezuela. Facultad de Medicina. Curso de Especialización en Psiquiatría. Hospital Psiquiátrico de Caracas. Venezuela. Diciembre 2004.

CORRESPONDENCIA: Jeannegda Valverde Farías. Cátedra Medicina Legal y Deontológica. Escuela de Medicina Dr. José María Vargas. Universidad Central de Venezuela. Tlf. 04168362569 Email: Valverdefarias@gmail.com.