



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA DE SALUD DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE**



**CONSUMO DE SUSTANCIAS SICOACTIVAS EN
ADOLESCENTES FUMADORES DE 15 A 19 AÑOS QUE
CONCURREN AL LICEO INSTITUTO ALFREDO
VÁZQUEZ ACEVEDO, DEL 22 AL 26 DE OCTUBRE DE
2001**

AUTOR:

Br. Liliana Denis

TUTOR:

Prof. Lic. Enf. Alicia Fajardo

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2004

INDICE.

1. Introducción.	3
2. Marco Teórico.	4
3. Marco Referencial.	28
4. Formulación del problema y justificación.	31
5. Objetivos.	32
6. Materiales y métodos.	32
6.1 Diseño de investigación.	32
6.1.1 Población de estudio.	32
6.1.2 Definición de variables.	34
6.2 Métodos.	35
6.3 Recolección de la información.	35
6.4 Análisis de la información.	35
7. Resultados.	36
8. Discusión.	42
9. Conclusiones.	43
0. Recomendaciones.	43
1. Lista de Abreviaturas	45
2. Referencias.	46
3. Anexos.	49

1. INTRODUCCIÓN.

El fenómeno del consumo de drogas y las adicciones es hoy en día percibido por la sociedad con gran preocupación. Es común escuchar que este fenómeno se incrementa día a día y los jóvenes son los principales consumidores, aunque las cifras oficiales planteen una estabilidad en el consumo de las mismas.

Este fenómeno complejo deriva en múltiples problemáticas no solo para el consumidor sino para la sociedad en su conjunto.

Las estadísticas plantean que en Uruguay la primera causa de mortalidad prevenible son las enfermedades cardiovasculares, siendo el tabaquismo un factor de riesgo para las mismas muy importante.

Si agregamos que el tabaquismo es considerado por algunas entidades de referencia nacional en ámbito de la salud como lo son la Junta Nacional de Drogas (J.N.D.) secretaria de la Presidencia de la República y la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer (C.H.L.C.C.)-Ministerio de Salud Pública (M.S.P.) como el escalón primario para el consumo de otras drogas como alcohol, marihuana, cocaína, etc.... Y la adolescencia es la etapa de la vida en la que más frecuentemente ocurre el inicio del consumo de drogas. Tenemos una tríada interesante formada por Adolescencia, Tabaquismo y Consumo de Sustancias Sicoactivas.

El siguiente trabajo de investigación es realizado como requisito final de la currícula de la Licenciatura de Enfermería. Esta orientada a estudiar el consumo de sustancias sicoactivas en adolescentes fumadores que concurren a un centro de estudios secundarios, Instituto Alfredo Vásquez Acevedo (I.A.V.A.) de la ciudad de Montevideo, en el período comprendido entre el 22 y 26 de Octubre de 2001. Los adolescentes incluidos en este estudio pertenecían al grupo etario comprendido entre 15 y 19 años.

No se encontraron antecedentes de investigaciones sobre el consumo de sustancias sicoactivas en adolescentes fumadores en el grupo etario antes mencionado, si se contó con encuestas e informes realizados por la J.N.D., en el año 2001, así como la guía publicada por este, los cuales permitieron brindar un acercamiento a la problemática de las adicciones en los adolescentes.

El papel del personal de enfermería inmerso en el equipo de salud, requiere dinamismo y puesta en práctica de las estrategias de prevención de enfermedades y promoción de la salud. Conocer las necesidades, intereses, problemas y fortalezas de una población le permiten identificar los particulares desafíos de la salud enfrentados por los miembros de la comunidad, para posteriormente aplicar planes de atención oportunos con la consecuente resolución de los problemas y la promoción de hábitos saludables. En conjunto estas medidas contribuyen a elevar la calidad de vida de la población.

Por esto esta investigación se propone conocer algunas características de los adolescentes fumadores (en cuanto a edad y sexo), así como la sustancia sicoactiva que consumen y el momento en que se inician en dicho consumo en función del hábito tabáquico. Acceder a esta información permitirá en el futuro crear campañas de promoción de hábitos saludables así como de prevención de adicciones, específicamente diseñadas para los adolescentes conociendo los grupos de riesgo en los que se encuentran insertos. Logrando mayor eficacia y eficiencia en estas traduciendo esto a menor consumo de sustancias sicoactivas y ó mayor información a los consumidores para un uso responsable de las mismas.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 ADOLESCENCIA.

- a. Definición.
- b. Adolescencia y Tabaquismo.
- c. Adolescencia y Drogadicción.

a. Definición.

Según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) el período comprendido entre los 10 y 14 años corresponde a la adolescencia inicial; el período comprendido entre los 15 y 19 años corresponde a la adolescencia propiamente dicha o segunda fase.

La adolescencia podrá definirse como una etapa evolutiva particular del ser humano, en la que se conjuga una serie de aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales. "Es un complejo sicosocial asentado en una base biológica" como lo define el psicoanalista brasileño I.C. Osorio.

Antiguamente el fenómeno de la adolescencia era analizado poniéndole énfasis a los cambios corporales vinculados a la pubertad (andar desgarrado, aparición de los caracteres secundarios) y en algunas características conductuales que perturbaban a los adultos (cambios bruscos de temperamento, rebeldía, delincuencia juvenil.) En las últimas décadas en cambio muchos autores (entre ellos Ericson y el mismo Osorio) han hecho hincapié en la adolescencia como período de crisis, momento crucial del desarrollo del ser humano en el cual se logra un cuerpo adulto apto para la procreación, y se produce la estructuración definitiva de la personalidad.

Etimológicamente, adolescencia proviene de ad: A, hacia; y olescere de olere: Crecer. Significa la condición y el proceso de crecimiento. Implica un proceso de crisis vital a partir del cual se logrará la identidad personal. De allí que se afirme que la crisis evolutiva del proceso adolescente constituye una crisis de identidad. Entendemos como identidad la capacidad del individuo de reconocerse a sí mismo en el tiempo y en el espacio, la conciencia de su "mismidad" que implica poseer una imagen corporal, la posibilidad de recordarse en el pasado y proyectarse en el futuro, y el vínculo de integración social inicialmente con las figuras parentales y posteriormente con otros. Es Gimberg quien introduce el concepto operativo de identidad.

Según Osorio las características del adolescente se resumen en:

- Re-definición de la imagen corporal relacionada a la pérdida del cuerpo infantil y la consiguiente adquisición del cuerpo adulto.
- Culminación del proceso de separación/ individuación y sustitución del vínculo de independencia simbiótica con el padre de la infancia por relaciones objétales y autonomía plena.
- Elaboración de los duelos referentes a la pérdida de la condición infantil.
- Establecimiento de una escala de valores o código de ética propio.
- Búsqueda de pautas de identificación en el grupo de pares.

- Establecimiento de una relación de lucha -- fuga en relación con la relación precedente.
- Aceptación tácita de los ritos de iniciación como condición de ingreso a status adulto.

b. Adolescencia y Tabaquismo.

El inicio de la carrera del fumador adolescente es motivado por una mezcla de curiosidad, conformismo y despecho. Es importante el número de personas que ya fuman en su medio porque éstas ejercen presión social al fumar.

En ésta etapa de crecimiento y desarrollo del individuo son fuertes las presiones que ejercen en grupo; éstas cobran vital relevancia para el individuo. El comienzo del hábito de fumar puede implicar un aumento de la autoestima, sobre todo cuando se entiende que el fumar es sinónimo de adultez o aventura. Los adolescentes que valoren y tengan en cuenta los logros académicos u otras metas, más que la gratificación social, estarán menos motivados a contraer el hábito. Existen trabajos que demuestran que los fumadores son más extrovertidos que los no fumadores. Estas influencias antes mencionadas generadas por las necesidades individuales y las condiciones sociales pueden crear motivaciones que contribuyan en el adolescente a adquirir éste hábito.

Existen dos factores que disminuyen el temor y aumentan el impacto de los avisos y consejos publicitarios, que son la presencia del modelo adulto que fuma y que las consecuencias del hábito son a largo plazo. En el adolescente la percepción de amenaza de las enfermedades es menor y el manejo del tiempo es el presente (no se visualizan el futuro).

c. Adolescencia y Drogadicción.

Osorio plantea que la problemática del uso de drogas por parte de los adolescentes de hoy se inserta en el contexto del conflicto generacional.

Existen dos grandes equívocos en cuanto al uso de tóxicos por parte de los adolescentes de hoy:

Por una parte el adolescente con la ilusión de que las drogas liberan, cuando en realidad someten y esclavizan al ser humano a un patrón de consumo. Las utilizan para escapar del sometimiento de los padres. Los adolescentes se dejan dominar por los tóxicos y acaban manipulados por los intereses de los traficantes. La dependencia en los jóvenes se vincula a un patrón patológico de sumisión y rebeldía.

Por parte de los padres: éstos creen en el engaño de que con las drogas sus hijos desafían la moral doméstica y protestan contra sus hábitos de vida, cuando de hecho están imitando patrones nocivos pero socialmente aceptados (alcoholismo, tabaquismo, consumo de sicofármacos). La diferencia es que en ésta imitación de la conducta drogo-adictiva de los adultos y la sociedad en general, es que se plantea el uso de drogas diferentes a las usadas por los adultos.

Según Osorio los jóvenes se drogan porque la humanidad siempre usó tóxicos para aliviar sus ansiedades o para proporcionarse una gratificación compensatoria en situación de frustración intensa.

2.2 TABAQUISMO

- 2.2.1 Características de la personalidad adictiva.
- 2.2.2 Historia del tabaquismo.
- 2.2.3 Definición de tabaquismo.
- 2.2.4 El tabaquismo como drogodependencia.
- 2.2.5 Factores sicosociales determinantes en el tabaquismo.
- 2.2.6 Componentes del humo de tabaco y su toxicidad.
- 2.2.7 Tabaquismo y salud.
- 2.2.8 Epidemiología del tabaquismo en el Uruguay y población en situación de riesgo.
- 2.2.9 Costos sanitarios del tabaquismo.
- 2.2.10 Normativas del consumo de tabaco.

2.2.1 Características de la personalidad adictiva.

Decimos que hay una adicción cuando hay un empleo continuado de una droga cuya supresión provoca trastornos físicos y síquicos. Cualquier conducta contraproducente que una persona no puede detener pese a las consecuencias adversas. Existen algunas características personales que predisponen al individuo a la adquisición de una adicción:

- Excesiva necesidad de aprobación; una baja autoestima. Individuo se autocensura por temor a expresarse y no lograr la aceptación de los demás.
- Dificultad para controlar la ira. Ante una discusión o posibilidad de que la misma ocurra se enciende un cigarrillo, no expresa su disconformidad o enojo porque teme descontrolarse.
- Necesidades de dependencia ocultas. Los fumadores son personas que se presentan como personas muy independientes, cuando en realidad no lo son, el cigarrillo les da un refuerzo de apoyo y su imagen es la de una persona muy segura e independiente, aunque en el fondo haya una gran inseguridad.
- Dificultad de relacionamiento con las figuras de autoridad; los padres en un principio, luego los jefes, los superiores, etc.
- Tendencia a inculpar a otros; es decir que los otros (persona u objetos), son los culpables de los problemas. Cuando se culpa mucho a los demás y no se puede revisar a uno mismo, no puede corregirse; entonces colocar el error fuera de sí mismo evita encontrarse con conductas y actitudes que tal vez se debieran cambiar.

- No querer crecer nunca, no afrontar responsabilidades, tener la sensación de que la adultez implica demasiadas responsabilidades y no estar preparado para asumirlas. La necesidad de continuar con una fantasía de lo que se conoce como el estado nirvánico intrauterino, donde todo estaba resuelto y todo era perfecto.
- La falta de fronteras, es decir no saber decir que no, dejar que el otro avance sobre uno, permitir ser controlado; esto se relaciona con no poner límites a los demás para preservarse y cuidarse a uno mismo. Generalmente el adicto es una persona que se deja manipular fácilmente, que no puede plantarse en sus deseos, en sus necesidades.

2.2.2 Historia del tabaquismo.

Si bien el uso del tabaco comienza en la etapa precolombina, su difusión se inicia con el descubrimiento de América. Los aborígenes americanos ya utilizaban las hojas con fines curativos y religiosos, inhalaban su humo con una caña con orificios a la cual llamaban tabaco de lo que surge su denominación. Cuando los españoles llegan a América encuentran esa planta desconocida y la transportan a Europa. Introducen las semillas en España y Portugal y de allí las envían a sus colonias en otras regiones del mundo, difundiendo de esta forma su uso. El embajador de Francia en España, cuyo nombre era Nicot, y del cual surge el término nicotina, le envía tabaco a Catalina de Medicis para calmar su migraña y así su uso comienza a expandirse en la corte francesa y en otros países europeos. A partir de entonces, el tabaco pasa por etapas en las cuales se promueve su utilización y periodos en los cuales se critica, existiendo incluso bulas papales que castigan a aquellos que son fumadores.

A partir de fines del siglo XIX, comienza la fabricación industrial de cigarrillos en gran escala y en este siglo, se inicia esta gran epidemia de tabaquismo.

Durante la Primera Guerra Mundial, a fin de premiar y estimular a los soldados, la Cruz Roja obsequia cigarrillos y en esas circunstancias se produce el primer gran ascenso en el consumo de tabaco. El segundo aumento importante se produce luego de la Segunda Guerra Mundial, en que irrumpe la mujer en el mercado laboral y surgen movimientos liberalizadores femeninos, que consideran que fumar es otro elemento de igualdad entre ambos sexos, con lo cual se inicia la epidemia en la mujer.

2.2.3 Definición de Tabaquismo.

“Según la Encuesta CCAP (Conocimientos, Creencias, Actitudes y Prácticas) Área de educación poblacional – CHLCC (Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer) 1992-1993, se entiende por tabaquismo al consumo diario y mantenido de las sustancias contenidas o derivadas de la combustión del tabaco”.

La O.M.S. clasifica el tabaquismo como una adicción (síndrome de dependencia tabáquica): clasificación F-17.2 de la Clasificación Internacional de Enfermedades (C.I.E.) 10ª revisión.

La O.M.S. define la dependencia como un estado en el cual la autoadministración de la sustancia produce daños al individuo y a la sociedad, incluyendo los conceptos de dependencia física y psicológica.

El servicio de Toxicología del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela de la Universidad de la República clasifica al tabaco dentro de las sustancias psicoactivas de efecto predominantemente estimulante del sistema nervioso central (S.N.C.).

2.2.4 El tabaquismo como drogodependencia.

En definitiva, la interacción del poder adictivo del cigarrillo con sus 4000 sustancias tóxicas, de las cuales la más importante es la nicotina, junto con determinados factores condicionantes, *produce una conducta compleja que hace difícil el abandono.*

Cada vez que se está tratando a un fumador, hay que tener en cuenta que el temor de la persona adicta es que si admite sus sentimientos, le sucederá algo terrible; es decir el problema está radicado en el manejo de las emociones.

Considerar entonces el tabaquismo como una adicción nos coloca frente a una persona que no es carente de voluntad sino una persona *enferma.*

En un principio se creía que la conducta adictiva partía del componente nicotínico del cigarrillo, se creía que el fumador adquiría la adicción por acción de la nicotina. En una segunda instancia se pensó que el fumador usaba el cigarrillo como herramienta de afrontamiento; los fumadores usan el cigarro para concentrarse, para estar en situación de alerta, para manejarse, es usado como herramienta psicológica. Luego se pensó que esto tampoco podía ser el motivo de la conducta de fumar porque existen otras personas que no fuman e igual logran todos esos objetivos. Por consiguiente se concluyó que los factores eran múltiples: sociales, económicos, familiares, psicológicos, farmacológicos y publicitarios.

2.2.5 Factores sicosociales determinantes en el tabaquismo.

Procesos Farmacológicos y de Acondicionamiento.

En el tabaco el tabaquista tiene dos dependencias: la dependencia a la sustancia nicotínica (éste es el proceso farmacológico), y la dependencia psicológica. Son dependencias que corren paralelas y con la misma fuerza. Así pues una persona puede dejar de fumar por 10 o 15 días a causa de alguna enfermedad y luego reincide. A los diez días se supone que la nicotina que estaba presente en el organismo, deja de circular en la sangre, por lo que no sería necesario seguir fumando. Entonces, ¿por qué después de una enfermedad prolongada, un embarazo o una intervención, el fumador vuelve a encender un cigarrillo?. Es debido a la dependencia psicológica. La carencia de habilidades de afrontamiento se relaciona con la dependencia psicológica, se utiliza el cigarro como anestésico de las emociones, como herramienta de afrontamiento.

Procesos cognitivos y de toma de decisiones.

Se relaciona con la escala de valores de cada persona; la forma en que cada uno de nosotros procesa la información que recibe y la organiza en su cerebro. Estos procesos tienen suma importancia, porque los fumadores expresan a través de su conducta de fumar parte de cierta escala de valores que es adquirida, dentro de la cual, está la idea de que fumar no es tan grave, de que todo el mundo fuma, de que no todas las personas que fuman enferman, etc. La forma en que esta información se recibe y se organiza es una parte muy importante de la formación de la conducta del fumador.

Factores Implicados en la adquisición de la conducta tabaquista.

- *Factores implicados*

El primer factor implicado es la PREDISPOSICIÓN. Como en todos los órdenes la familia a la que pertenece el fumador es uno de los puntos a tener en cuenta; la gran mayoría de los jóvenes fumadores proviene de familias de fumadores. Luego se puede agregar la influencia de los pares, aunque aquí se tiene que especificar que se encuentran asociadas a variables como sexo, grupo social, etc., por ejemplo para las chicas toma gran importancia "el compartir" como estímulo.

Dentro de los factores de índole personal, se observa como terreno fértil los jóvenes con inclinaciones a conductas problemáticas, bajo rendimiento escolar con marcada necesidad de anticipar la adultez. Dentro de las creencias, la asociación tabaco - salud - enfermedad, los fumadores tienden a infravalorar las consecuencias del tabaquismo.

Con referencia a los modelos a seguir, los padres constituyen el primer modelo y en segundo lugar maestros y profesores. El equipo de salud tiene un papel modélico muy importante también, para cualquier persona lo que digan y hagan los profesionales de la salud es muy importante.

Ingreso al campo laboral: cuando antes se ingresa al campo laboral, antes se comienza a fumar, pues el trabajo estresa y el estrés contribuye a la adquisición de la adicción, además de aumentar la capacidad adquisitiva. El tipo de ocupación también influye, en el hombre fumador predominan los trabajos manuales.

Otro factor es el efecto de los primeros cigarrillos. Está demostrado que la primera experiencia del fumador, como se mencionó anteriormente es alrededor de los 12 años y luego entre los 15 y 17 años vuelve a probar; sin embargo en la primera experiencia tuvo sensaciones nauseosas, mareos, etc., es más difícil que vuelva a hacer la prueba, es decir que lo que sintió por primera vez determina mucho la adquisición de su adicción.

Accesibilidad: el bajo costo económico de la cajilla, como también la posibilidad de adquirir los cigarrillos sueltos; la venta libre; la posibilidad de acceder fácilmente a los cigarrillos de los adultos fumadores que los rodean (padres, hermanos, etc.), hace más fácil la disponibilidad para el comienzo.

Publicidad: se da a conocer el producto, logrando que se asocie a las expectativas de los jóvenes y creando conciencia de que el hábito de fumar es normal. Se asocia todo lo que sea bueno, sano, placentero y bonito con el cigarrillo. Las mayores presiones de la propaganda van dirigidas a los jóvenes de entre 10 y 18 años de entre quienes se reclutan los clientes para toda la vida.

Percepción de la realidad: los jóvenes fumadores sobrestiman el número de personas que fuman a su alrededor. Minimizan su categoría adictiva, aduciendo que aún no tienen el hábito porque fuman sólo cuando quieren. Desvalorizan el mensaje en contra del hábito, de sus iguales.

Estrategias contra el aburrimiento y el control del peso: los fumadores se apoyan a veces en la creencia de que es posible la eliminación del aburrimiento al consumir tabaco, como así también la posibilidad de controlar el peso corporal.

2.2.6 Componentes del humo de tabaco y su toxicidad.

El humo del cigarrillo, es una mezcla compleja de más de 4000 compuestos químicos, de los cuales 401 son tóxicos y se sabe que 50 de ellos son cancerígenos. Dentro de estas sustancias se reconocen:

- a) Hidrocarburos poli aromáticos
- b) Hidrocarburos heterocíclicos
- c) N-nitrosaminas
- d) Aminas aromáticas.

Estos compuestos determinan efectos irritativos agudos y en forma prolongada, enfermedades cardiovasculares y cáncer. El humo del tabaco, a nivel ambiental, puede dividirse en dos grupos:

I. Humo de corriente principal: es el humo que inhala y exhala el fumador.

II. Humo de corriente colateral: es el humo que sale de la punta del cigarrillo entre cada aspiración, aunado a los componentes de fase de vapor, que se difunden a través del papel del cigarrillo hacia el ambiente.

El humo del tabaco ambiental, está constituido principalmente, por humo de corriente colateral, estableciéndose que aproximadamente el 85% de la exposición involuntaria al humo del cigarrillo, proviene del humo de corriente colateral y el 15% al humo de corriente principal.

¿Por qué es importante esta diferenciación?

La composición físico-química del humo de corriente principal y colateral, es similar desde el punto de vista cualitativo, o sea que presentan el mismo tipo de componentes. La diferencia es de tipo cuantitativo, es decir que por ejemplo, la concentración de monóxido de carbono es 2,5 veces mayor en el humo de corriente colateral que en el humo de corriente principal. Es importante señalar que aproximadamente el 80% de la vida de un cigarrillo se consume en forma de humo de corriente colateral.

Las diferentes sustancias que componen el humo del tabaco, son responsables de los efectos tóxicos que éste provoca, tanto en fumadores como en no fumadores.

El humo está formado por gases y partículas, observándose diversas sustancias:

1. FASE GASEOSA: *monóxido de carbono*

Benceno

Acroleína

Formaldehído

Amoníaco

Nitrosaminas

2. FASE PARTICULADA: *nicotina*

Alquitrán

Fenol

Benzo(a) pireno

Cadmio

Níquel.

Los ingredientes del tabaco responsables del mayor número de enfermedades son la nicotina, el alquitrán y el monóxido de carbono.

Nicotina.

La nicotina es el principal componente adictivo del tabaco. Se concentra especialmente en las hojas de la planta y forma parte de un grupo de sustancias denominadas alcaloides, las que también se usan por sus propiedades medicinales y psicoactivas.

La nicotina es una sustancia química muy tóxica y sumamente adictiva, incluso más que la cocaína y la heroína. Actúa en dos formas diferentes: cuando se inhala breve y superficialmente tiene un efecto estimulante, y cuando se inhala prolongada y profundamente, un efecto depresor.

Una vez que los productos se absorben a través de la mucosa bucal y los pulmones, estos se distribuyen en los principales órganos del organismo mediante el sistema circulatorio. La absorción por la sangre es muy rápida, y a través de ella llega al cerebro, donde sus efectos se manifiestan casi inmediatamente.

Entre los efectos que provoca la nicotina en el organismo se encuentran los siguientes:

- Aumenta la frecuencia cardíaca y el flujo coronario.
- Provoca constricción de los vasos sanguíneos, aumentando en consecuencia la presión sanguínea.
- Causa constricción de los tubos bronquiales.
- Incrementa el consumo de oxígeno y la frecuencia respiratoria.
- Disminuye la temperatura corporal.
- Aumenta la actividad del sistema gastrointestinal.

Farmacología de la nicotina.

La nicotina, ((5)-3-(1-metil-2-pirrolidinil) purina), componente de la fase de partículas es una solución alcalina, de incolora a amarilla pálida, soluble en agua y solventes orgánicos. Es muy tóxica, habiéndose utilizado por muchos años como insecticida; es también higroscópica, y se vuelve pardusca cuando se la expone al aire o a la luz. En los seres humanos la dosis oral letal es de 40 Mg. El contenido de nicotina por cigarrillo es de 0.05 a 2.5 Mg

La nicotina es la responsable de la fijación del hábito, con su dependencia física y psíquica, siendo reconocida como una expresión de drogadicción.

La absorción de la nicotina contenida en el humo de cigarrillo es muy rápida e intensa; alrededor del 90% se absorbe a nivel pulmonar, siendo relativamente poca la absorción a nivel de la boca.

La amplia variación de los niveles de nicotina en sangre es debida a las diferencias en el modo de fumar, por ejemplo, profundidad y duración de la inhalación, número de inhalaciones por cigarrillo, presión de la bocanada, marca del cigarrillo. Otro factor importante a tener en cuenta es la cantidad que se fuma de un cigarrillo, dado que la última bocanada es la que contiene 2 a 3 veces más nicotina que la inicial. El que los cigarrillos tengan o no filtro también afectan los niveles de nicotina en sangre.

En cada inhalación de humo de tabaco se absorben entre 100 y 200 Ng de nicotina (con dosis de 1 a 2 Ng ya se producen efectos fisiológicos).

Distribución.

La nicotina es muy soluble en agua y lípidos, por lo que se distribuye rápidamente a todos los tejidos y fluidos corporales.

Inmediatamente después de su administración, las tres áreas de mayor concentración son: el cerebro, la hipófisis y las glándulas suprarrenales.

Es interesante destacar que la distribución tisular de la nicotina no está relacionada directamente con el flujo sanguíneo.

Durante el período inicial de circulación de la sangre, después de la administración de nicotina, alrededor del 25% de la misma pasa al cerebro alcanzando niveles 8 veces mayores que los plasmáticos. Tiene una afinidad relativamente elevada por la sustancia gris en comparación con la blanca, y las áreas cerebrales donde se produce una mayor concentración son: el hipocampo, el diencéfalo y la médula.

El 75% restante se distribuye en otras áreas del cuerpo, la distribución a las glándulas suprarrenales da lugar a la liberación de epinefrina que provoca el efecto de vasoconstrictor.

Metabolismo.

Se produce una rápida disminución de los niveles séricos de nicotina debido al metabolismo hepático y a su captación y concentración en diferentes tejidos.

El cerebro y las glándulas suprarrenales e hígado tienden a concentrar nicotina de modo que los niveles en los tejidos pueden ser varias veces superiores a los plasmáticos. El metabolismo tiene lugar principalmente en el hígado, aunque también en el riñón y en el pulmón, quedando excluido el cerebro.

Los metabolitos más importantes son: la cotinina; 1-N-óxido de nicotina; hidroxicotinina; la nornicotina.

Los efectos farmacológicos del tabaco se deben más a la nicotina que a sus metabolitos.

Eliminación

La vida media es de 40 minutos aproximadamente, sin embargo se puede detectar nicotina en sangre varios días después de haber fumado.

La principal vía de eliminación de la nicotina y su metabolitos es la renal y la concentración de los mismos en orina está relacionada con la cantidad de cigarrillos fumados.

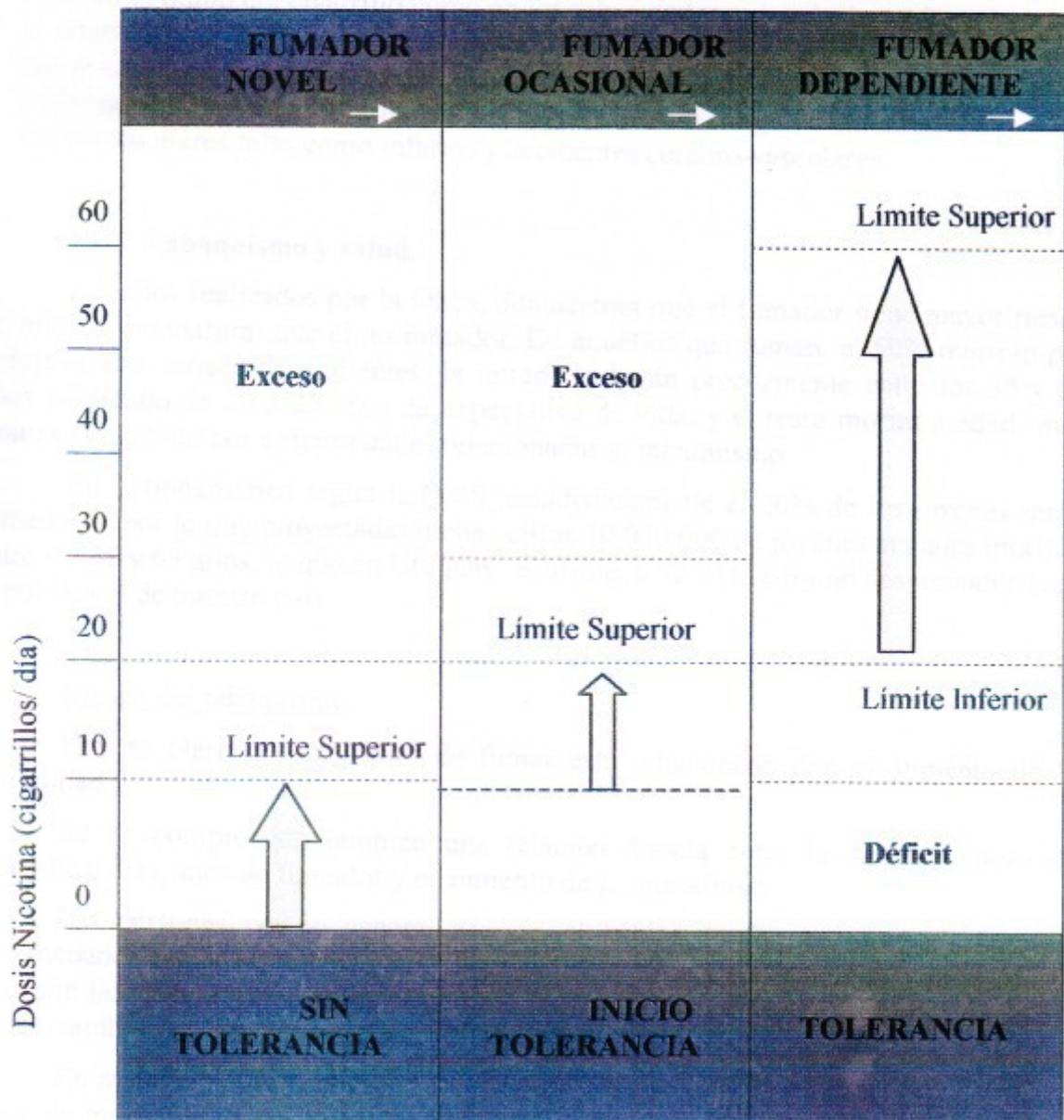
Tolerancia.

Se produce tolerancia a la nicotina que se pone de manifiesto en la disminución de los efectos adversos como náuseas y vómitos; hasta cierto punto esta tolerancia puede ser metabólica dado que los fumadores eliminan la nicotina más rápidamente que los no fumadores.

Desde el primer consumo experimental de tabaco, hasta el desarrollo de la tolerancia física (claro exponente de adicción a la nicotina), pueden pasar entre uno y tres años.

Cuando un fumador ha establecido la dependencia física, el límite superior de cigarrillos por día es más alto (ver Cuadro N° 1). Las características de la nicotina administrada por vía respiratoria, a través del cigarrillo, hacen que sea difícil hacer una sobredosis en el fumador dependiente. En cambio es fácil y frecuente que dicho fumador tenga los síntomas propios del síndrome de abstinencia cuando su consumo de cigarrillos por día está por debajo del límite inferior que ha ido estableciendo (cada vez más elevado) paralelamente a su tolerancia física a la nicotina.

Cuadro N ° 1. Niveles de Tolerancia a la nicotina:



Fuente: Marín-Gonzalez. 1998. Tabaquismo, Bases para la investigación. Revista Rol de Enfermería. 234:5.

Alquitrán

El humo del tabaco contiene millones de partículas pequeñísimas, que se unen con el calor provocado por el cigarro encendido, formando una sustancia gomosa conocida como alquitrán.

El alquitrán impregna la superficie respiratoria de los pulmones de los fumadores activos y pasivos, y paraliza las cilias de las células respiratorias. Normalmente las cilias actúan como un cepillo que elimina las sustancias extrañas, y cuando se paralizan dificultan la eliminación de las secreciones de las vías respiratorias. El alquitrán es cancerígeno, y se encuentra en distintas cantidades en los diferentes tipos y marcas de cigarrillos y productos del tabaco.

Monóxido de carbono.

El monóxido de carbono es un gas extremadamente tóxico que está presente tanto en el humo del cigarrillo como en los tubos de los automóviles. Afecta la salud al interferir con la capacidad de transporte de oxígeno por la sangre. Los fumadores, por lo tanto, reciben una cantidad insuficiente de oxígeno. Cuando se combina con la nicotina, el monóxido de carbono contribuye a un alto riesgo de enfermedades cardiovasculares tales como infartos y accidentes cerebro-vasculares.

2.2.7 Tabaquismo y salud.

Estudios realizados por la OMS, demuestran que el fumador tiene mayor riesgo de muerte prematura que el no fumador. De aquellos que fuman, el 50% morirán por enfermedades tabaco-dependientes, la mitad lo harán precozmente entre los 35 y 69 años perdiendo de 20 a 25 años de expectativa de vida, y el resto morirá a edad más avanzada también por enfermedades relacionadas al tabaquismo.

En Latinoamérica según la OMS, estadísticamente el 20% de los jóvenes serán fumadores, por lo que proyectadas dichas cifras 10.000.000 de jóvenes actuales morirán entre los 35 y 69 años, lo que en Uruguay equivale a 52.035, cifra no despreciable para la población de nuestro país.

Riesgo del tabaquismo.

Hoy es claro que el hábito de fumar está relacionado con el aumento de la mortalidad.

Se ha comprobado también una relación directa entre la dosis (número de cigarrillos/ día), años de fumador y el aumento de la mortalidad.

Las personas por lo general asocian el hábito de fumar solamente con las enfermedades cardiovasculares y con el cáncer de pulmón, no obstante, a pesar de que éstas son las principales causas de mortalidad y morbilidad causados por el humo de tabaco, también se encuentran afectados otros sistemas.

En nuestro país las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar como causa de mortalidad y el cáncer ocupa el segundo lugar, siendo el tabaco una de las causas de estos dos grupos de enfermedades. Los fumadores tienen tasas de defunción global por cáncer, dos veces mayores que quienes no fuman y tienen una mayor tasa de defunción por enfermedades cardiovasculares (infarto, hemiplejia, hipertensión.)

Tabaco y Enfermedades cardiovasculares.

El tabaco es un factor de riesgo para la arteriosclerosis coronaria independiente de otros factores y es además sinérgico.

La arteriosclerosis es más frecuente en los fumadores. Se ha demostrado también un aumento de la coagulabilidad de la sangre (aumenta la agregabilidad de las plaquetas), lo que aumenta el riesgo de infarto y de algunas arritmias graves.

El riesgo atribuible al tabaquismo es en la enfermedad isquémica e infarto de miocardio del 25% y en las enfermedades cerebro-vasculares del 20%.

En nuestro país, de las muertes producidas por enfermedades cardiovasculares 2.200 corresponden a enfermedades tabaco-dependientes. El tabaquismo aumenta el riesgo de cardiopatía isquémica y multiplica por 10 el riesgo de muerte en el hombre. En aquellos fumadores que sufren un infarto de miocardio y continúan fumando, el riesgo de re-infarto y de mortalidad es mayor que en aquellos que abandonan. En aquellos sometidos a by-pass coronarios y angioplastias, si continúan fumando, el índice de obstrucción de los mismos es más elevado.

En los enfermos con patología arterial de miembros inferiores a los cuales se les realiza tratamiento quirúrgico y continúan fumando, la obstrucción de los by-pass y las tasas de amputación son mucho más elevadas que en aquellos que abandonan el tabaquismo.

Con relación al accidente vascular encefálico, el riesgo está aumentado tanto en el isquémico como en el hemorrágico.

Tabaco y cáncer.

En el Uruguay existe una mortalidad atribuible a cánceres tabaco-dependientes, de 2464 muertes por año.

Se ha demostrado una causa-efecto entre el tabaquismo y el riesgo de padecer cáncer de pulmón. Este riesgo es 10-15 veces mayor en los fumadores que en los no fumadores.

Si sabemos que el cáncer de pulmón es la principal causa de muerte por cáncer en el Uruguay y que mueren tres personas por día a causa de ello atribuyéndosele que el 85% de los cánceres pueden ser tabaco-dependientes, se podría decir que con el abandono de dicho hábito se evitaría la muerte de aproximadamente 1000 uruguayos cada año.

Otras patologías respiratorias tabaco-dependientes.

En el Uruguay se atribuyen al tabaquismo 848 muertes anuales por patologías respiratorias tabaco-dependientes.

El tabaco es la principal causa de las llamadas enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (EPOC), fundamentalmente bronquitis crónica, y enfisema pulmonar.

El riesgo de padecer estas enfermedades es 25 veces mayor en los fumadores. Alrededor de 70% de las muertes por insuficiencia respiratoria crónica se deben al tabaco.

Aunque el mecanismo íntimo de las EPOC no se conoce, se sabe que el tabaco produce una irritación bronquial crónica, hace que las secreciones mucosas sean más viscosas, más espesas, que se acumulen, a la vez que provoca que las defensas de los bronquios disminuyan y aumenten las infecciones pulmonares. Si bien estas patologías obstructivas pueden no tener alta mortalidad a corto plazo, producen invalidez importante en los años subsiguientes, con importantes costos sanitarios, gran ausentismo laboral, jubilación precoz, e importantes pérdidas económicas para el paciente, su familia y el sistema sanitario.

El humo del tabaco actúa adicionando y potenciando sus efectos a otros factores de riesgo de aterosclerosis, como el colesterol, la diabetes y la hipertensión arterial.

En el sexo femenino asociado a los anticonceptivos orales, aumenta el riesgo de infarto de miocardio y de patologías tromboticas.

Otros efectos menos conocidos.

A nivel óseo: El consumo de tabaco es inversamente proporcional a la densidad ósea por lo tanto para que una persona tenga una buena masa ósea es importante que no fume.

Respuesta inflamatoria: Se ha demostrado una disminución de la reactivación de sistema inmunológico, lo que hace a los individuos fumadores más susceptibles a las infecciones.

Otros neoplasmas: Se ve acrecentada la frecuencia de padecer cáncer de laringe, faringe boca, vejiga, cérvix, etc.

Efectos endocrinos: Se ha hallado un aumento en la frecuencia de ciertas enfermedades de la glándula tiroides (enfermedad de GRAVES).

Efecto en los hijos de padres y madres fumadores: *Cuando las mujeres fuman durante el embarazo y periodo de lactancia:*

Distintas sustancias tóxicas pasan a la placenta a través de la circulación materna y van directamente al feto.

Las madres tienen más riesgo de partos prematuros, abortos, muertes intrauterinas y muertes del recién nacido.

Los recién nacidos tienen más posibilidades de contraer infecciones respiratorias, neumonías, bronquitis y asma.

Los hijos tienen más riesgo de ser prematuros y de bajo peso al nacer.

Durante el amamantamiento, los hijos absorben la nicotina del cigarrillo a través de la leche.

Existe una relación directa entre el tabaquismo y la llamada "muerte blanca" (síndrome de muerte súbita) en los menores de un año.

Pueden afectar el desarrollo físico y emocional de sus hijos.

En caso de padres fumadores:

Aumenta la frecuencia de malformaciones y aparición de cáncer.

En nuestro país mueren aproximadamente 5.500 personas por año por enfermedades atribuibles al tabaquismo, sin incluir las producidas por complicaciones del embarazo. Constituyen el 17,5% de muertes anuales, cifra que evidencia la magnitud del problema. Si se compara con otras causas de muerte, se observa que en 1996 por accidentes de tránsito murieron 427 personas, por suicidio 401 y por Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida (S.I.D.A.) 127, números francamente menores a los de las enfermedades tabaco-dependientes.

2.2.8 Epidemiología del tabaquismo en el Uruguay y población en situación de riesgo.

En el inicio de este siglo se produce un aumento sostenido del hábito de fumar hasta la década de 1960, donde comienza a descender debido a los resultados de los primeros estudios mundiales, que vinculaban el tabaquismo al desarrollo de cáncer de pulmón.

Las gráficas de consumo de tabaco y mortalidad por cáncer de pulmón son directamente proporcionales con una diferencia de 20-30 años, que es el tiempo necesario para el proceso de carcinogénesis (proceso de desarrollo del cáncer.)

La mortalidad por cáncer de pulmón va en aumento, siendo éste mantenido y más evidente en las mujeres en los últimos años.

Uruguay ocupa el cuarto lugar en América por mortalidad de cáncer de pulmón (después de EE.UU., Canadá y Cuba.)

La mortalidad actual en el mundo relacionada con el hábito de fumar es de 2.5 millones de personas al año y se estima que llegará a 10 millones en el año 2050. Este aumento se hará a expensas de los países en vías de desarrollo. La propaganda actualmente está dirigida a los jóvenes y las mujeres.

En el año 2001 la Encuesta Nacional de Prevalencia de Consumo de Drogas realizada por la Secretaría Nacional de Drogas revela que un 52.2 % de los individuos de 12 hasta 65 años (aproximadamente un millón de personas) han probado alguna vez en su vida el tabaco y el 32.9 % lo ha hecho en los últimos 30 días. En esta Encuesta se destaca que 44.4 % de los individuos de 12 a 29 años habían probado tabaco alguna vez en su vida y 31.9 % en los últimos 30 días.

En el año 2001 la Secretaría Nacional de Drogas por una Encuesta a Estudiantes de Enseñanza Media, revela que el 55.7 % de los estudiantes ha experimentado con tabaco, incrementándose según el curso. Las mujeres presentan un porcentaje significativamente superior al hombre en la experimentación. En cuanto a la condición de fumador actual (fumó en los últimos 30 días), alcanza el 32.3 % de la población estudiada. Tomando por curso se incrementa notoriamente entre los 13 y 15 años, pasando del 23.4 % al 42.8 % porcentaje que se estabiliza y mantiene para los alumnos de 17 años. Las mujeres presentan porcentajes significativamente superiores a los hombres, siendo esta una tendencia que aumenta por curso, confirmándose la feminización del consumo. La edad de inicio del hábito de fumar promedio es de 13.2 años, aunque a los 12 años ya el 30 % de los experimentadores ya lo ha hecho. No se presentaron diferencias significativas por sexo pero sí por curso, donde se obtiene que los alumnos de 13 años son más precoces que los de 15 años y estos últimos a los de 17 años.

El inicio del tabaquismo se produce en la juventud, cada día comienzan a fumar 15.000 jóvenes en el mundo y universalmente está demostrado que el 90% lo hacen en la adolescencia: 60% comienza a fumar entre los 14 y 19 años y el 90% de los que serán fumadores regulares, antes de los 19 años. En Uruguay también el inicio del tabaquismo predomina en las edades juveniles, entre los 15 y 19 años lo hace el 70%, pero ya antes de los 15 años comienza el 15,3%.

2.2.9 Costos sanitarios del tabaquismo.

La O.M.S. afirma que hay 3.000.000 de muertes prematuras al año en el mundo, y que los costos sanitarios son de 500.000 millones de dólares mayores que en los no fumadores, lo que implica aproximadamente 6.000 dólares más de costo por paciente fumador y por año. Estos gastos son costeados por toda la estructura sanitaria y en consecuencia por toda la sociedad.

En Uruguay, en un trabajo que evalúa costos de las enfermedades cardiovasculares, se comprobó que corresponderían a 230 millones de dólares por año lo que constituye el 30% del gasto en salud y el 2% del P.B.I.(Producto Bruto Interno), duplicando el presupuesto del Ministerio de Salud Pública. Según la OMS, en las enfermedades cardiovasculares, el riesgo atribuible al tabaquismo es de 20%, por lo tanto se podría estimar, que se gastan aproximadamente 50% millones de dólares por año sólo en patologías cardiovasculares tabaco-dependientes.

2.2.10 Normativas del consumo del Tabaco.

En cuanto a las normas ya dictadas, se encuentra la ley 15.361, que regula la publicidad de los cigarrillos, tabaco y otros productos de uso similar. La mencionada ley, se refiere a la publicidad escrita, televisiva y oral de los cigarrillos. El contenido de nicotina y alquitrán deben ser comunicados al Ministerio de Salud Pública (MSP) para que ejerceite el contralor correspondiente.

En cuanto a las prohibiciones que establece esta ley: se prohíbe la venta a menores de 18 años y la venta unitaria de cigarrillos. En otro orden, no se permite bajo ningún concepto la promoción directa o indirecta de los productos en Escuelas, Colegios, Universidades, o cualquier tipo de centro docente y de asistencia público o privado.

En cuanto a la prohibición de fumar, un reciente decreto, establece que se prohíbe fumar en oficinas públicas y dentro de todo local destinado a la permanencia en común de personas, en especial donde se expanden o consuman alimentos, salvo en aquellas áreas determinadas y señalizadas adecuadamente como área de fumadores, las cuales deberán tener una ubicación que garanticen el derecho a los no fumadores. Aquí aparece consagrado el derecho a los no fumadores.

Determina además que dichas áreas deben contar con adecuada ventilación y que la violación a lo dispuesto dará lugar al ejercicio de las potestades de policía sanitaria por parte del MSP. Esta norma consagra un importante logro del país en esta materia, pero su eficacia deriva de su cumplimiento.

2.3 DROGAS, CONSUMO DE SUSTANCIAS SICOACTIVAS.

- 2.3.1 Definición de droga.**
- 2.3.2 Clasificación.**
- 2.3.3 Características generales de los distintos tipos de Sustancias Sicoactivas.**
- 2.3.4 Factores condicionantes.**
- 2.3.5 Características demográficas.**
- 2.3.6 Normativa del consumo de sustancias sicoactivas.**

2.3.1 Definición.

La OMS define que Droga es: "toda sustancia que introducida en el organismo por cualquier vía de administración produce una alteración, de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso, y es además susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas. Es decir, que modifica el modo de ser "natural" de la persona, su conducta, sus percepciones y su modo de relacionarse con el entorno y consigo mismo."

Las drogas son sustancias sintéticas o naturales que provocan cambios físicos o psíquicos al ser consumidas. Provocan menor o mayor adicción, según el tipo de droga que sea. También existen individuos que presentan mayor o menor propensión a volverse adictos y situaciones sociales que pueden favorecer el consumo y la dependencia.

Drogas, del griego: *drogue*; embuste, mentira, engaño. Al principio transporta a un "paraíso artificial", pero con el transcurso del tiempo lleva a la esclavización, pérdida de libertad, con intoxicación crónica e infelicidad para el individuo.

Droga ilegal, es aquella cuya comercialización está penada por la ley, como por ejemplo la marihuana, clorhidrato de cocaína, heroína y alucinógenos.

2.3.2 Clasificación:

En Uruguay, en general, el alcohol y el tabaco son las drogas de más amplio uso. Son drogas legalizadas y denominadas drogas sociales, ya que su uso no solo es permitido sino que además es propiciado por la publicidad y la sociedad.

Según el servicio de Toxicología del Hospital de Clínicas de la Universidad de la República, las sustancias más consumidas por los jóvenes son: la marihuana, cocaína, anfetaminas y la mezcla de psicofármacos.

Este servicio clasifica a las sustancias psicoactivas por su efecto en el sistema nervioso central:

Sustancias de efecto predominantemente depresor del SNC (sistema nervioso central):

- Alcohol
- Hipnóticos y sedantes (barbitúricos y benzodiazepinas)
- Hidrocarburos (solventes)
- Opiáceos.

Sustancias de efecto predominantemente estimulante del SNC:

- Tabaco
- Cocaína
- Anfetaminas

Sustancias de efecto predominantemente alucinógeno:

- Marihuana
- LSD (Di etilamina de ácido lisérgico)
- Hongos alucinógenos.

Las sustancias capaces de producir fármaco-dependencia se han clasificado de acuerdo a su acción farmacológica predominante. Sin embargo conviene tener en cuenta que:

A menudo los efectos son de tipo mixto.

El título del grupo no expresa necesariamente, lo que es el determinante de las propiedades reforzadoras de los fármacos.

Salvo que se indique lo contrario, los diversos tipos de dependencia, aunque se incluyan en el mismo grupo (depresor, estimulante o sicotomimético), presentan características distintas, pudiendo ser consideradas como entidades independientes.

Es cada vez mas frecuente la poli-dependencia: el consumo simultáneo de varias sustancias capaces de crear fármaco-dependencia.

Se encuentran en la literatura distintos conceptos relacionados al factor de riesgo que implican las drogas: uso experiencial, uso ocasional, consumo habitual, adicción, dependencia, uso y abuso.

I.El uso *experiencial*: Es el consumo de una sustancia una o dos veces pero sin repetir.

II.Uso *ocasional*: Es la reiteración del consumo solo en las circunstancias en que llevaron al primer consumo, sin repetir entre ocasión y ocasión.

III.*Consumo habitual o hábito*: Es aquella costumbre adquirida por la repetición diaria de actos de la misma especie. Es, desde el punto de vista psicológico, una disposición subjetiva, producto y resultado de la costumbre.

En ninguna de estas tres modalidades anteriores existe adicción o dependencia.

IV. Adicción: Es la dependencia física o síquica que crea en el organismo al consumo repetido de sustancias psicoactivas. Por ello se habla de drogadicción para referirse al mismo fenómeno de drogodependencia.

V. Dependencia: Se define en función de la tolerancia y el síndrome de abstinencia. La tolerancia es la capacidad del organismo para adaptarse a la sustancia, de modo tal que se requiere más dosis para producir el mismo efecto. Cuando el individuo se ha transformado en dependiente, la falta de sustancia puede provocar el síndrome de abstinencia, caracterizado por un polifacético conjunto de síntomas físicos y síquicos desagradables y displacenteros, que el individuo conoce y que busca evitar, repitiendo el consumo.

El trastorno por dependencia se caracteriza por:

Deseo persistente de consumo, avidez o apatencia.

Esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo, con pérdida de libertad.

Tolerancia.

Abstinencia, aparición de ésta si no se consume.

Reducción de actividades sociales, laborales o recreativas.

Se continúa el consumo a pesar de los distintos riesgos.

Consumo: para la comprensión y operacionalización de variables, el Manual Diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DMS) - IV y la Clasificación Internacional de Enfermedades - 10 (C.I.E.), plantea una noción más amplia del "consumo de sustancias psicoactivas", que engloba los conceptos antes mencionados, esto sin importar la modalidad de consumo.

2.3.3 Características generales de los distintos tipos de Sustancias Psicoactivas.

Alcohol

Es un depresor del S.N.C., adormece progresivamente el funcionamiento de los centros cerebrales superiores, produciendo desinhibición conductual y emocional. La euforia inicial que provoca se debe a la inhibición del autocontrol del consumidor.

Principales efectos: desinhibición, euforia, relajación, somnolencia, estado de apatía, aumento de la sociabilidad, dificultad para hablar y asociar ideas, descoordinación motriz, sobrevaloración facultades (hasta pérdida de control de facultades superiores), disminución reflejos, coma y muerte por parálisis de los centros respiratorio y vasomotor.

Estos efectos dependen de la cantidad presente en sangre de alcohol, la cual se mide por la tasa de alcoholemia, medida en gramos por litro de sangre.

Sicofármacos

Son fármacos predominantemente depresor del S.N.C., que tienen un efecto en la conducta psicomotora y en los estados emocionales, los barbitúricos (hipnóticos) y

sedantes o tranquilizantes menores (benzodiazepinas) para el tratamiento de la ansiedad son algunos de estos.

Las vías de administración más frecuentes de estos son vía oral y intravenosa.

Los barbitúricos producen depresión reversible de la actividad de todos los tejidos excitables. En el S.N.C. los efectos van desde la sedación leve hasta anestesia general deprimen el impulso respiratorio y los mecanismos responsables de carácter rítmico de la respiración y en el sistema cardiovascular no producen efectos mayores excepto una ligera disminución de la frecuencia cardíaca y la presión arterial.

Las benzodiazepinas producen sedación, hipnosis, menor ansiedad, relajación muscular y actividad anticonvulsiva, administradas por vía intravenosa producen vasodilatación coronaria.

Solventes

Sustancias gaseosas o que desprenden a temperatura ambiente vapores que se difunden rápidamente. También llamados Inhalantes o Inhalables ya que su vía de administración es la inhalatoria.

Las más utilizadas en nuestro medio son los hidrocarburos derivados del petróleo (pegamento, nafta, pinturas, etc.).

Sustancia de efecto predominantemente depresor del S.N.C..

Producen distintos grados de depresión de la conciencia que va progresivamente desde la somnolencia, la confusión mental (disociación del medio ambiente, sensación de flotar, trastornos de la articulación de la palabra y visión borrosa), el estupor hasta el grado máximo que es el coma. Siempre precedido de una etapa de euforia, con frecuencia pueden presentarse alucinaciones. Se acompaña de elementos irritativos digestivos (nauseas, vómitos) y respiratorios (tos y broncoespasmo). A nivel cardiovascular existe riesgo de trastornos del ritmo cardíaco y paro.

Cocaína

Sustancia de efecto predominantemente estimulante del S.N.C..

Procede de un arbusto cuya denominación botánica es *Erythroxylon coca*, se cultiva principalmente en los países del altiplano andino.

Las hojas de coca tras ser sometidas a procesos de elaboración química dan lugar a distintos derivados: clorhidrato de cocaína, sulfato de cocaína y cocaína base.

El clorhidrato de cocaína es la forma principal de consumo de la misma en Uruguay, se consume fundamentalmente por inhalación, también puede ser inyectado.

Efectos: euforia, locuacidad, aumento de la sociabilidad, aceleración mental, hiperactividad, deseo sexual aumentado, disminución de la fatiga, reducción del sueño, inhibición del apetito y aumento de la presión arterial.

Anfetaminas

Sustancias de efecto predominantemente estimulante del S.N.C..

Se producen sintéticamente en laboratorios químicos. Su presentación habitual es en forma de comprimidos.

Efectos: agitación, euforia, sensación de autoestima aumentada, verborrea, alerta y vigilancia constantes, falta de apetito y adelgazamiento, taquicardia, insomnio, sequedad de boca, sudoración y contracción sostenida de la mandíbula.

Marihuana

Sustancia de efecto predominantemente alucinógeno.

Procede de una planta denominada *cannabis sativa* con cuya resina, flores y hojas se elaboran tanto la marihuana como el hachís.

Efectos: relajación, desinhibición, hilaridad, sensación de lentitud en el paso del tiempo, somnolencia, alteraciones sensoriales, dificultad en el ejercicio de funciones complejas (expresarse con claridad, memoria inmediata, capacidad de concentración y proceso de aprendizaje), aumento del apetito, sequedad de boca, ojos brillantes y enrojecidos, taquicardia, sudoración, somnolencia y descoordinación de movimientos.

Se consume en forma de cigarrillos.

L.S.D.(Dicetilamina de Ácido Lisérgico)

Sustancia de efecto predominantemente alucinógeno. Posee potente efecto a dosis mínimas.

Descubierto accidentalmente por un farmacéutico en una investigación con el cornezuelo de centeno.

Se consume por vía oral.

Efectos: alteración de la percepción, hipersensibilidad sensorial, deformación de la percepción del tiempo y el espacio, alucinaciones, ideas delirantes, euforia, confusión mental, verborrea, hiperactividad, experiencia mística, taquicardia, hipertermia, hipotensión, dilatación pupilas y descoordinación motora.

La experiencia alucinógena puede ocurrir sin que tenga lugar el consumo, este es el efecto negativo por el cual los consumidores lo abandonan.

Hongos Alucinógenos

Sustancias de efectos predominantemente alucinógenos, perturbadoras del S.N.C. provocan alteración de la percepción de la realidad.

Existen una gran diversidad de sustancias alucinógenas, como es el caso de los hongos como el *Psilocibes* (hongo de la hosta, cucumelo) y otras sustancias que se consumen en infusiones como el *Floripón* (*Dotura Brumasia*).

Efectos: alteración de la percepción, hipersensibilidad sensorial, deformación de la percepción del tiempo y el espacio, alucinaciones, ideas delirantes, euforia, confusión mental, verborrea, hiperactividad, experiencia mística, taquicardia, hipertermia, hipotensión, dilatación pupilas y descoordinación motora.

Morfina

Sustancia de efecto predominantemente depresor del S.N.C., es un analgésico mayor producido a partir del opio, actualmente se obtiene mayormente en forma sintética.

Efectos: analgesia (a dosis terapéuticas sin pérdida de conocimiento), somnolencia, alteración del estado de ánimo (euforia), depresión respiratoria, menor motilidad gastrointestinal, náuseas, vómitos y alteración de los sistemas endocrino y nervioso autónomo.

Puede ser administrado por todas las vías de administración, en general su administración es por vía parenteral.

Codeína

Es metilmorfina con sustitución metílica en el OH fenólico.

Efectos: analgesia (a dosis terapéuticas sin pérdida de conocimiento), somnolencia, alteración del estado de ánimo (euforia), depresión respiratoria, menor motilidad

gastrointestinal, náuseas, vómitos y alteración de los sistemas endocrino y nervioso autónomo.

Puede ser administrada por todas las vías, pero manifiesta una ventaja considerable que es la alta potencia oral-parenteral.

Meperidina

Sustancia de efecto predominantemente depresor del S.N.C., es un analgésico sintético producido a partir del opio.

Efectos similares a la morfina pero se destacan principalmente los analgésicos.

Puede ser administrado por todas las vías de administración.

Heroína ó diacetylmorfina

Se prepara a partir de la morfina por acetilación de los grupos OH fenólico y alcohólico. Al ingresar al organismo se desacetila rápidamente a 6-monoacetil morfina y luego a morfina. En base a su peso la heroína es aproximadamente dos veces y media más potente que la morfina como analgésico pero por vía subcutánea no produce mayor euforia ni dependencia física.

Efectos: analgesia (a dosis terapéuticas sin pérdida de conocimiento), somnolencia, alteración del estado de ánimo (euforia), depresión respiratoria, menor motilidad gastrointestinal, náuseas, vómitos y alteración de los sistemas endocrino y nervioso autónomo.

2.3.4 Factores condicionantes

Existen múltiples factores que interactúan en el adolescente, determinando que no exista una única causa que condicione el consumo de sustancias psicoactivas, por lo que ninguna acción aislada será efectiva si esta no se adecua al medio donde se desenvuelve y si no se ajusta a su cultura.

Se identificaron 7 factores asociados al consumo de sustancias psicoactivas tales como: conducta agresiva, amigos con conductas transgresoras, dificultades en el rendimiento escolar, trastornos del humor inespecíficos, amigos consumidores, disfunciones familiares y familia no continente. Estos hallazgos concuerdan con estudios realizados en otros países.

Los factores vinculados al consumo de sustancias psicoactivas son variados. Según Larry Patton existe una base genética para la adicción, en especial del alcohol. El mismo autor señala factores familiares, tales como la convivencia con padres consumidores de alcohol u otras sustancias, como un riesgo mayor de adicción o dependencia. Otros aspectos familiares señalados vinculados al uso de dicha sustancia, son los rasgos de impulsividad, ausencia de límites, patrones de comunicación inadecuados, como críticas excesivas, culpabilizaciones, expectativas desmedidas y falta de elogios.

Según Meyer algunos tipos de consumo pueden estar relacionados con los patrones de consumo intra-familiar.

Pouy y Triaca señalan que se transmite a los hijos una tendencia a resolver los conflictos y las frustraciones mediante la incorporación de objetos externos.

De Souza Cardim y col. encontraron en un grupo de consumidores de drogas ilícitas, trastornos psiquiátricos en el núcleo familiar. Lo más relevante corresponde al

trastorno siquiátrico en el uso de alcohol de padres y la presencia de neurosis en las madres.

Se encontró también escisión familiar, padre ausente o con débil presencia y una relación de influencia materna.

Esta comprobado además factores de predisposición por patologías siquiátricas individuales.

El grupo de pares tiene influencias, no es bien la causa sino la consecuencia, dado que tener amigos que consumen no guarda relación directa con el hecho que consuman sustancias psicoactivas.

Se señala en otro orden, que factores macro sociales y económicos también influyen. Drogas como el tabaco y el alcohol tienen muy pocas restricciones, y en algunos casos son promovidas socialmente.

Según Kandel y col., el abuso de drogas suele originarse en la adolescencia. Esta vinculado con el proceso normal, aunque problemático, del crecimiento, la experimentación con nuevas conductas, la autoafirmación, el desarrollo de relaciones íntimas (habitualmente heterosexuales) con gente ajena a la familia, y el abandono del hogar. Se sugieren tres etapas en el uso adolescente de drogas. La primera es el uso de drogas legales, como el alcohol, y es principalmente un fenómeno social. La segunda implica el uso de marihuana, donde el adolescente se ve influido por su grupo de pares. La tercera etapa, es el uso frecuente de otras drogas ilegales, esta parece depender más de la calidad de las relaciones padres-adolescentes que de otros factores. Este autor concluye que el abuso de drogas más serio es predominantemente un fenómeno familiar, la influencia del grupo de pares es nula o escasa mientras la familia permanezca fuerte.

2.3.5 Características demográficas:

Los datos que se expondrán a continuación son extraídos de la Encuesta Nacional de Prevalencia de Consumo de Drogas y de la Encuesta Estudiantes de Enseñanza Media (estudiantes de 13 a 17 años) realizados por la Secretaría Nacional de Drogas en el año 2001.

El 81.2 % de las personas mayores de 12 años ha probado alcohol alguna vez en su vida, constituyéndose en la droga más consumida por los uruguayos.

Casi 16 de cada 100 uruguayos declara episodio de abuso de alcohol (episodio de abuso se define al haber ingerido en alguna oportunidad en los últimos 30 días, dos litros de cerveza o más, un litro de vino o más o cuatro medidas de whisky, grapa, caña o espinillar), siendo sensiblemente mayor el porcentaje en hombres (26 %) frente a las mujeres (6.5 %). En cuanto a la población de Estudiantes de Enseñanza Media la edad de inicio resultó ser de 12.7 años, ya a los 13 años siete de cada diez estudiantes había experimentado con alcohol y a los 17 años el 92.8 % ya lo había realizado. En el total de los estudiantes de 13 a 17 años 78.3 % han consumido alcohol alguna vez en su vida.

La Marihuana es la droga ilegal más consumida, 5.1 % de la población urbana de 12 a 65 años ha experimentado con esta droga, duplicándose el porcentaje en la población de 12 a 29 años (9 de cada mil). Hay un incremento en la experimentación con marihuana y también un leve descenso en cuanto al consumo habitual. Tanto el consumo experiencial como habitual es predominantemente masculino. En los estudiantes de Enseñanza Media se registra un 12 % de experimentación con la misma

alguna vez en su vida y 3.3 % en los últimos 30 días antes del estudio. La edad promedio de inicio es de 14.7 años no existiendo diferencias significativas por sexo en el comportamiento de esta variable.

La Cocaína es la segunda droga ilegal más consumida, el 1.4 % de la población entre 12 a 65 años ha consumido en alguna oportunidad la misma. El consumo se manifiesta principalmente en las personas menores de 30 años, 1 de cada mil uruguayos menores de 30 años manifiesta haber consumido cocaína en los 30 días último realizados el estudio. En los estudiantes de Enseñanza Media este consumo es de 2.4 %, porcentaje que alcanza a 3.9 % en los alumnos de 17 años. Al medir el consumo actual en el total se detecta que este es marginal de 0.5 % de la muestra. Los hombres tienen un consumo superior a las mujeres. La edad promedio de inicio con la cocaína es de 15.05 años.

El consumo de anfetaminas sin prescripción médica ha disminuido desde 1994. El consumo declarado por los uruguayos alcanza un 0.3 % de la población. Al diferenciar al consumidor vemos que el consumo es mayor en las mujeres y en los mayores de 29 años. En los estudiantes de Enseñanza Media 4 de cada mil declaran haber consumido anfetaminas sin prescripción médica alguna vez en la vida, el porcentaje máximo se da en los estudiantes de 17 años con un 0.9 %. No se presentan diferencias significativas por sexo.

11000 uruguayos de entre 12 y 65 años (0.6 % de la población estudiada) declararon haber probado al menos una vez en la vida alucinógenos, en la población entre 12 y 29 años este porcentaje se eleva a 1.5 %. La tendencia de consumo se mantiene estable desde 1994. En los estudiantes de Enseñanza Media 1.4 % había consumido alguna vez en la vida, no hay diferencias significativas según sexo. La edad de inicio del consumo promedio es 15 años.

El consumo de solventes alguna vez en la vida es declarado por el 0.1 % de la población objeto de estudio. En todos los casos corresponden a varones menores de 29 años. La tendencia del consumo presenta una disminución con respecto a los estudios realizados en el año 1994 y 1998. El mayor porcentaje de consumo se presenta en los alumnos de 13 y 14 años. La edad de inicio promedio es de 13 años.

2.3.6 Normativa del consumo de sustancias psicoactivas.

En el año 1974, en Uruguay surgen las primeras disposiciones legales relacionadas a la drogodependencia, (Decreto de Ley N° 14.294 de 31/10/74). Este instrumento legal permite el control de las sustancias, consumo, tráfico, y promueve la educación, prevención y atención de los fármaco-dependientes.

En 1986 se crea en el MSP, el Programa Nacional de Salud Mental. En 1988, se crea la Junta Nacional de Prevención y Represión del Tráfico ilícito y uso abusivo de drogas; las acciones en el ámbito Nacional son coordinadas a través de la Secretaría Nacional de Drogas y por la JND.

La competencia de la JND, con base en el Decreto de Ley 14.294, con las modificaciones dadas por la reciente Ley antidrogas N° 17.016, de octubre de 1999, fue definida y reglamentada por el Decreto Legal 342/99 de octubre/ 99, expedido por el Presidente de la República actuando en Consejo de Ministros.

En 1990 el MSP, destacó el problema como de prioridad Nacional, creando el Programa Prioritario de Hábitos Tóxicos y Adicciones, cuyo cometido es promover,

organizar y asesorar las acciones de educación preventiva socio-sanitaria en todo el territorio nacional.

En 1994 se aprueba la Ley 16.579 que confirma la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Drogas (Convención de Viena de 1988). La Convención de Viena de 1988, es la base de la legislación internacional en materia de drogas, obliga a los países parte, a castigar como delitos la producción y la comercialización de la marihuana, cocaína, heroína y otros opiáceos y las drogas de síntesis.

3. MARCO REFERENCIAL.

- 3.1 Historia del I.A.V.A.**
- 3.2 Aspectos generales de su arquitectura.**
- 3.3 Ubicación Geográfica.**
- 3.4 Matrícula del I.A.V.A. (año 2001) en los turnos matutino, intermedio y vespertino.**

3.1 Historia del Instituto Alfredo Vásquez Acevedo (I.A.V.A.).

En el año 1881 el rector Alfredo Vásquez Acevedo inicia las gestiones para dotar de edificios adecuados a la sección de Enseñanza Secundaria y a la Universidad.

En Diciembre de 1904 el presidente José Batlle y Ordóñez por la Ley 2921 de Edificios Universitarios asigna el terreno donde se construirá la Facultad de Enseñanza Secundaria, por esta misma ley se asignan 500.000 pesos oro para las obras y se creaba un impuesto con idéntico propósito.

En Setiembre de 1905 se coloca la piedra fundamental.

El 22 de Enero de 1911 el presidente Williman inaugura oficialmente los edificios de la Sección de Enseñanza Secundaria y Preparatorios (hoy en día I.A.V.A.) y de la Universidad (Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, Oficinas Centrales y Facultad de Medicina), calificándose estos edificios como "obras que honran al país".

La Sección de Enseñanza Secundaria y Preparatorios comienza a funcionar inmediatamente.

El proyecto de Vásquez Acevedo de dotar a la Educación Pública de locales apropiados era una realidad.

La foto oficial de la Sección de Enseñanza Secundaria y Preparatorios tomada en 1911, fue enviada a todas nuestras legaciones. Mostraba al mundo un país pujante y próspero.

En 1923 fallece Alfredo Vásquez Acevedo, tres años después de su muerte la Sección de Enseñanza Secundaria y Preparatorios recibe su nombre.

Para el año 1936 esta institución va consolidando su excelencia académica, los docentes de este eran los principales intelectuales del momento.

3.4 Matrícula del I.A.V.A. (año 2001) en los turnos matutino, intermedio y vespertino.

Cuadro N° 2. Distribución de los adolescentes que concurren al I.A.V.A. (año 2001) en los turnos matutino, intermedio y vespertino.

Grupo etario	Masculino	Femenino	Total
15 Años	45	89	134
16 Años	154	269	423
17 Años	207	291	498
18 Años	163	229	392
19 Años	115	155	270
Total	684	1033	1717

Fuente: Departamento Estadística del Consejo Directivo Central (CODICEN) de Educación Secundaria.

A parte de los turnos matutino, intermedio y vespertino existe un turno nocturno el cual es considerado aparte de estos tres mencionados anteriormente porque al mismo concurren estudiantes mayores de 19 años (extra edad) y/o con imposibilidad de concurrir a los otros turnos.

4. FORMULACION DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN.

4.1 Consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes fumadores de 15 a 19 años de un liceo público de Montevideo, en el período comprendido entre el 22 y el 26 de Octubre del año 2001.

4.2 Es de competencia del personal de enfermería como integrante del equipo de salud, desarrollar actividades que eleven la calidad de vida de la población.

La investigación en enfermería surge ante la necesidad de establecer una base científica orientada a la prevención de enfermedades y promoción de la salud.

La instrumentación de programas dirigidos a los problemas de una población solo puede realizarse bajo el conocimiento certero de las necesidades, problemas, intereses y potenciales de dicha población.

“La OMS establece que el tabaquismo constituye la gran pandemia del siglo XX, y que hay 3 millones de muertes prematuras por año en el mundo por dicha causa. El inicio del tabaquismo se produce en la juventud; cada día comienzan a fumar 15.000 jóvenes en el mundo y universalmente está demostrado que el 90 % lo hacen en la adolescencia, el 60 % comienzan a fumar entre los 14 a 19 años. En Uruguay también el inicio del tabaquismo predomina en las edades juveniles, entre los 25 y 19 años lo hacen el 70 %, pero ya antes de los 15 años comienza el 15,3%”, según C.H.I.C.C., Tabaco y Tabaquismo, Epidemiología; Dra. Beatriz Goja”.

“La JND plantea que los más graves problemas de salud pública asociados al consumo de drogas, no son atribuibles a las sustancias generalmente percibidas como tales (drogas ilegales), sino a las que se consideran sustancias de consumo y comercialización libre (alcohol y tabaco). Resulta elocuente resaltar que la primera causa de muerte prevenible vinculada al consumo de drogas en el Uruguay tiene que ver con las enfermedades cardiovasculares producidas por el consumo de tabaco.

También la JND pone en consideración a la etapa de la adolescencia como una de las etapas claves en el momento en el que puede tener lugar el inicio en el consumo de drogas. La adolescencia es un tiempo de descubrimiento, de exploración. Un tiempo en el que la infancia va quedando atrás y se abre un horizonte aparentemente ilimitado de posibilidades.

“Según el Manual de Prevención de Hábitos Tóxicos del M.S.P., el tabaquismo puede ser el primer paso para el comienzo del consumo de otro tipo de drogas: alcohol, marihuana, cocaína, inhalantes, alucinógenos, etc.”

5. OBJETIVOS.

5.1 Objetivo general:

Identificar si el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes fumadores entre 15 y 19 años, que concurren al liceo I.A.V.A. en el período comprendido entre el 22 y 26 de Octubre de 2001, comienza antes o después de iniciado el hábito de fumar.

5.2 Objetivos específicos:

- A. Caracterizar a la población fumadora según sexo y edad cronológica.
- B. Identificar la prevalencia de vida de otras sustancias psicoactivas que consumen o consumieron alguna vez en su vida los adolescentes fumadores de 15 a 19 años que concurren al liceo I.A.V.A., y distinguir cuales son estas, discriminadas por sexo.
- C. Identificar el momento de inicio en el consumo de otras sustancias psicoactivas en relación al comienzo del hábito tabáquico en adolescentes fumadores de 15 a 19 años que concurren al liceo I.A.V.A., discriminados por sexo.

6. MATERIALES Y METODOS.

6.1 Diseño de investigación.

Descriptivo transversal.

6.1.1 Población de estudio.

La investigación fue realizada en el liceo público "JAVA", ubicado en Montevideo, en la calle Eduardo Acevedo N° 1419, dicha institución cuenta con una matrícula de 1717 alumnos.

La selección de esta institución fue por conveniencia de la investigadora. Los motivos por los cuales se selecciono este centro de estudios son: accesibilidad geográfica del centro de estudios, pertenencia de los estudiantes al grupo etario en estudio y concurrencia de todos los grupos etarios en estudio en todos los turnos en los que se dictaban clases.

La población de estudio son todos los adolescentes fumadores de 15 a 19 años que concurren al liceo JAVA en el período comprendido entre el 22 y 26 de Octubre de 2001.

Los criterios de inclusión que se utilizaron fueron:

- Individuos fumadores (entendiéndose por fumadores a los individuos que consumen por lo menos un cigarrillo al día) de 15 a 19 años que concurren al I.A.V.A. en el período comprendido entre el 22 y 26 de Octubre de 2001.

Esta población de estudio esta conforma por 214 adolescentes fumadores de 1 a 19 años que concurren al IAVA en el periodo antes mencionado(Ver Cuadro N° 3).

No se trabajo con muestra ya que se desconocía la magnitud del univers (cuantificación del mismo) lo cual no permitía reconocer si la muestra er estadisticamente representativa o no, cuestionando esto la relevancia de los resultado obtenidos.

Cuadro N° 3. Distribución de los Adolescentes que concurren al IAVA (año 2001) y de la Población de Estudio por grupo etario y sexo.

Grupo etario	Total de adolescentes que concurren al IAVA.			Población de Estudio		
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total
15 Años	45	89	134	7	10	17
16 Años	154	269	423	12	34	46
17 Años	207	291	498	17	32	49
18 Años	163	229	392	25	38	63
19 Años	115	155	270	16	23	39
Total	684	1033	1717	77	137	214

Fuente: Departamento Estadística CO.DI.CEN. de Educació Secundaria.

6.1.2 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	NIVEL DE MEDICION	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	CATEGORIZACION
1. Sexo.	Cualitativo Nominal	Condición biológica que distingue al hombre de la mujer	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
2. Edad.	Cuantitativa Continua	Tiempo en años cumplidos al momento de la investigación.	<ul style="list-style-type: none"> • 15. • 16. • 17. • 18. • 19.
3. Consume otras sustancias psicoactivas.	Cualitativa Nominal	Según la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud es el consumo de sustancias psicoactivas independientemente de la modalidad. Tomaremos en cuenta la PREVALENCIA DE VIDA: se refiere a la proporción de entrevistados que consumieron la droga, en estudio, alguna vez en la vida.	<input type="checkbox"/> Consumió <input type="checkbox"/> No Consumió
4. Tipo de sustancia psicoactiva.	Cualitativa Nominal	Sustancia que tiene efectos sobre el SNC ya sean deprimiendo, estimulando, ó como alucinógeno. Se excluye la nicotina.	<input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Sicofarmacos <input type="checkbox"/> Inhalantes <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Anfetaminas <input type="checkbox"/> Marihuana <input type="checkbox"/> LSD <input type="checkbox"/> Hongos alucinógenos <input type="checkbox"/> Morfina <input type="checkbox"/> Codeína <input type="checkbox"/> Meperidina <input type="checkbox"/> Heroína
5. Comienzo del consumo de otras sustancias psicoactivas.	Cualitativa Nominal	Momento del consumo de otras sustancias psicoactivas (independientemente de la modalidad), relacionado al comienzo del hábito de fumar cigarrillos	<input type="checkbox"/> Antes del comienzo del hábito de fumar cigarrillos <input type="checkbox"/> Después del comienzo del hábito de fumar cigarrillos

6.2 Métodos

Para esta investigación hemos seleccionado como método, para la recolección de datos, la encuesta, utilizando un cuestionario como instrumento.

“Según Canales (1994), su costo es relativamente bajo, tiene capacidad para proporcionar información sobre un mayor número de personas en un periodo breve, brinda facilidad para obtener, cuantificar, analizar e interpretar los datos, presenta menores requerimientos de personal, pues no es necesario adiestrar encuestadores ó entrevistadores, otorga mayor posibilidad de mantener el anonimato de los encuestados, y elimina sesgos que se introducen en las encuestas.”

6.3 Recolección de la información

Los cuestionarios elaborados se entregaron a los adolescentes fumadores que concurrían al centro de estudio referido en el período comprendido entre el 22 y 26 de Octubre de 2001. En estos cinco días de recolección de datos, se utilizaron los dos primeros para la recolección en el turno matutino, los siguientes dos para el turno intermedio y el último día para el turno vespertino (turno en el cual se encuentra el menor número de unidades pertenecientes a nuestro universo).

Para dicha entrega primero se tomó conocimiento de los grupos que funcionan en la Institución y en los cuales se encuentra nuestra población en estudio. Dicha información fue brindada por los Profesores Adscriptos.

Luego me dirigí a los grupos y solicité al Docente que entregue los cuestionarios respetando las edades en estudio y la condición de fumadores de estos (dejando claro el criterio de inclusión tomado). A los adolescentes se les brindo información acerca del propósito de dicha investigación y se hizo una lectura previa del cuestionario evacuando dudas que surgieran del mismo (poniendo énfasis en el criterio de inclusión elegido para los fumadores).

Al finalizar, los cuestionarios fueron colocados en un buzón (permitió mantener la confidencialidad de los mismos). Posteriormente se retiraron del buzón y se prestó especial atención a que se encuentren completos.

El instrumento de recolección de datos fue un cuestionario cerrado que contenía los siguientes ítems: sexo, edad, consumo de otras sustancias psicoactivas, tipo de sustancia psicoactiva consumida y comienzo del consumo de otras sustancias psicoactivas en relación al hábito de fumar (Anexo 1).

6.4 Análisis de la información

Los datos fueron extrapolados de los formularios a unas planillas de sistematización de datos (Anexo 2).

Posteriormente los datos se presentaron en tablas, para lo cual se realizó cálculo de frecuencia relativa porcentual (Anexo 3).

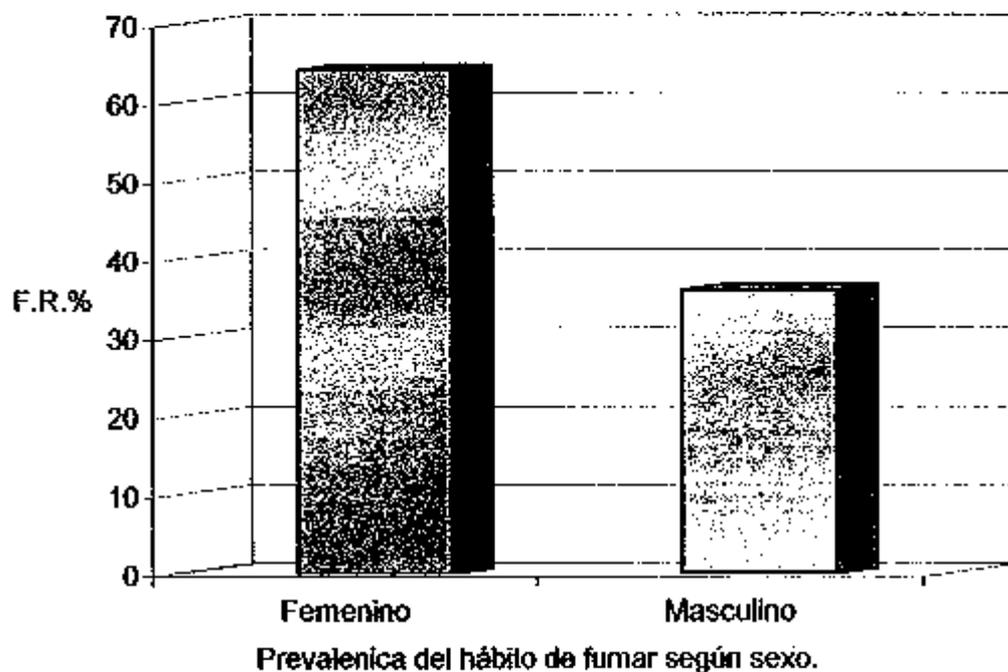
7. RESULTADOS.

Del total de adolescentes abordados en esta investigación (214) un 64 % de los fumadores pertenecían al sexo femenino. En todos los grupos etarios estudiados predominaron las fumadoras en relación a los fumadores.

Tabla 1. Prevalencia del hábito de fumar según sexo en adolescentes fumadores que concurren al I.A.V.A. en el período comprendido entre el 22 y 26 de Octubre de 2001.

	F.A.	F.R: %
Femenino	137	64,00
Masculino	77	36,00
Total	214	100,00

Grafico1. Prevalencia del hábito de fumar según sexo en adolescentes fumadores que concurren al I.A.V.A. en el período comprendido entre el 22 y 26 de Octubre de 2001.

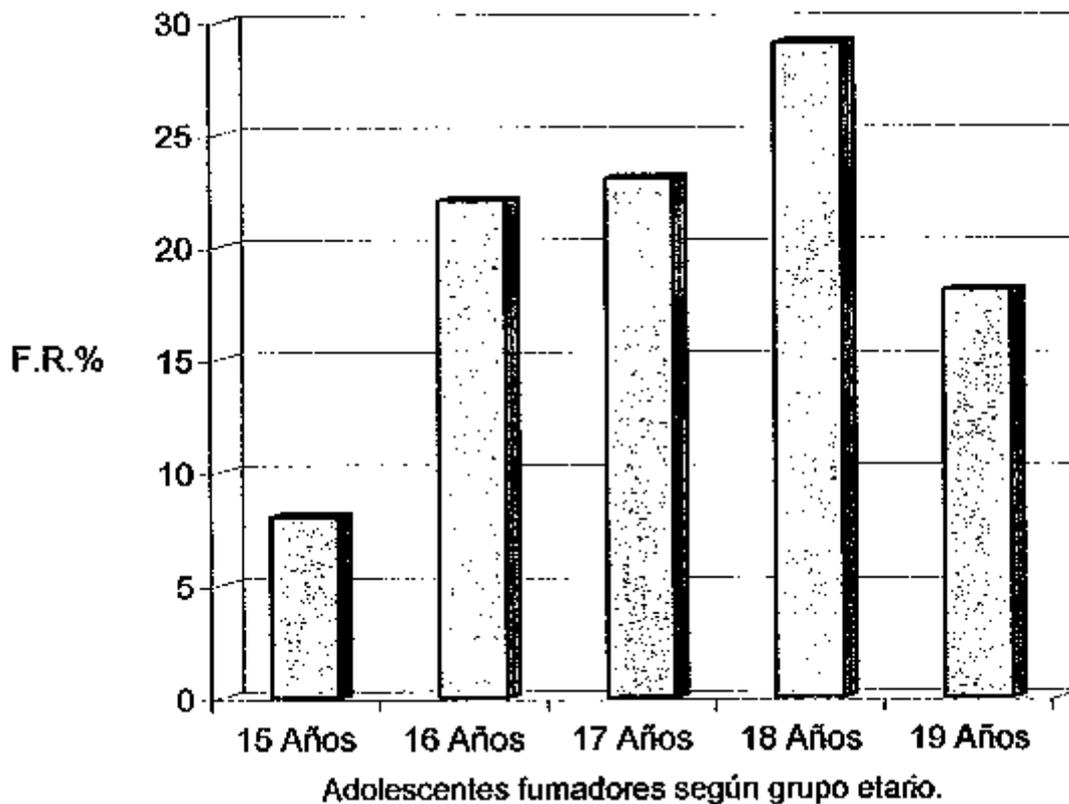


La edad cronológica de los estudiantes incluidos en esta investigación se distribuye en un 8 % para los adolescentes de 15 años, 22 % para los de 16 años, 23% para los de 17 años, 29 % para los de 18 años y 18 % para los de 19 años.

Tabla 2. Distribución de los adolescentes fumadores que concurren al I.A.V.A. en el período comprendido entre el 22 y 26 de Octubre de 2001, según grupo etario y sexo.

Grupo etario	Femenino		Masculino		Total	F.R.%
	F.A.	F.R.%	F.A.	F.R.%		
15 años	10	7,30	7	9,00	17	8,00
16 años	34	24,80	12	15,60	46	22,00
17 años	32	23,40	17	22,10	49	23,00
18 años	38	21,70	25	32,50	63	29,00
19 años	23	16,80	16	20,80	39	18,00
Total	137	100,00	77	100,00	214	100,00

Grafico 2. Distribución de los adolescentes fumadores que concurren al I.A.V.A. en el período comprendido entre el 22 y 26 de Octubre de 2001, según grupo etario.

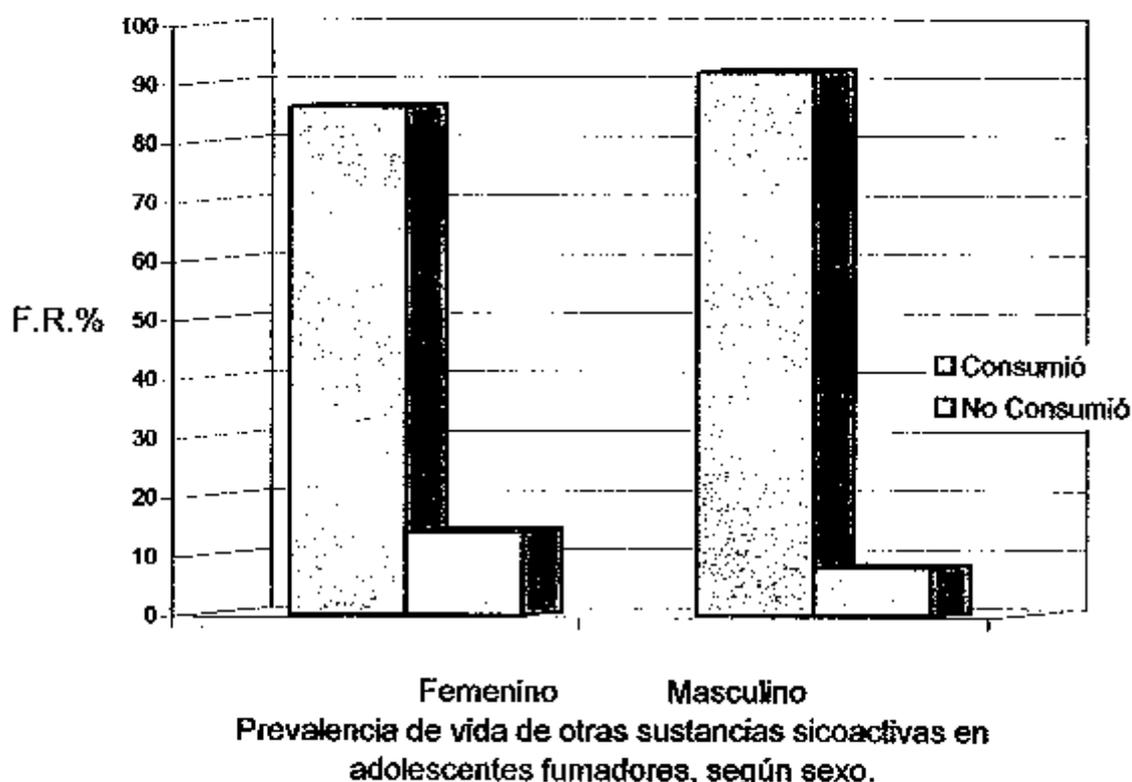


La prevalencia de vida de otras sustancias psicoactivas en fumadores es de 89 % del total de la población en estudio. Al discriminar por sexo, del total de fumadoras del sexo femenino el 86 % de las mujeres fumaban y consumían otra sustancia psicoactiva en forma voluntaria, mientras que del total de los fumadores del sexo masculino el 92 % reunían estas dos características.

Tabla 3. Distribución de la Prevalencia de vida de otras sustancias psicoactivas en adolescentes fumadores que concurren al I.A.V.A. en el período comprendido entre el 21 y el 26 de Octubre de 2001, según sexo.

	Femenino		Masculino		Total	F.R.%
	F.A.	F.R.%	F.A.	F.R.%		
Consumió	118	86,00	71	92,00	189	89,00
No Consumió	19	14,00	6	8,00	25	11,00
Total	137	100,00	77	100,00	214	100,00

Grafico 3. Distribución de la Prevalencia de vida de otras sustancias psicoactivas en adolescentes fumadores que concurren al I.A.V.A. en el período comprendido entre el 21 y el 26 de Octubre de 2001, según sexo.



Las tres sustancias psicoactivas consumidas por fumadores que prevalecieron fueron alcohol (44.25 %), marihuana (22.85 %) y cocaína (9.95 %). Seguidas por LSD (5.55 %), psicofármacos (5.5 %), hongos alucinógenos (4.8 %), inhalantes (3.1 %), anfetaminas (1.65 %), heroína (1 %), morfina (0.95 %), codeína y meperidina (0.2 % respectivamente).

En el sexo femenino las tres sustancias que con mayor frecuencia eran consumidas por las fumadoras fueron las mismas que para el total, alcohol (48 %), marihuana (21.9 %) y cocaína (9.2 %); estas tres sustancias se mantuvieron en ese mismo orden en las diferentes edades estudiadas. Seguidas por psicofármacos (5 %), LSD (4.60 %), inhalantes (3.8 %), hongos alucinógenos (2.5 %), anfetaminas (2.1 %), morfina (1.3 %), heroína (0.8 %), codeína y meperidina (0.4 % respectivamente).

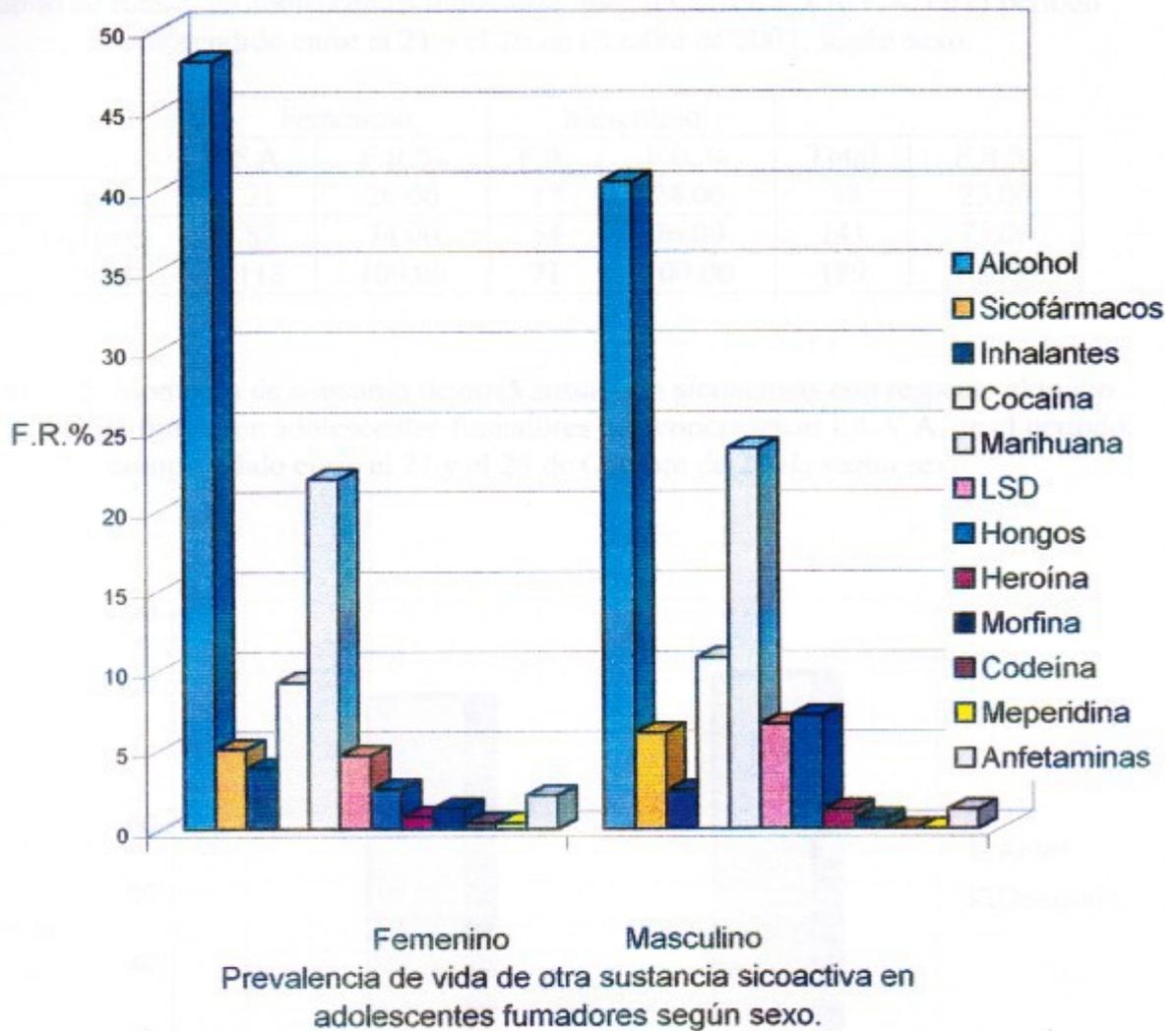
En el sexo masculino las tres sustancias que se destacaron fueron las mismas que en el total, alcohol (40.5 %), marihuana (23.8 %) y cocaína (10.7 %).

Las sustancias que continuaban al alcohol, marihuana y cocaína fueron las siguientes con estos porcentajes: hongos alucinógenos (7.1 %), LSD (6.5 %), psicofármacos (6 %), inhalantes (2.4 %), heroína y anfetaminas (1.2 % respectivamente) y morfina (0.6 %).

Tabla 4. Prevalencia de vida para cada tipo de otra sustancia psicoactiva en adolescentes fumadores que concurren al I.A.V.A. en el período comprendido entre el 21 y el 26 de Octubre de 2001, según sexo.

	Femenino		Masculino		Total	F.R.%
	F.A.	F.R.%	F.A.	F.R.%		
Alcohol	114	48,00	68	40,50	182	44,25
Psicofármacos	12	5,00	10	6,00	22	5,50
Inhalantes	9	3,80	4	2,40	13	3,10
Cocaína	22	9,20	18	10,70	40	9,95
Marihuana	52	21,90	40	23,80	92	22,85
LSD	11	4,60	11	6,50	22	5,55
Hongos	6	2,50	12	7,10	18	4,80
Heroína	2	0,80	2	1,20	4	1,00
Morfina	3	1,30	1	0,60	4	0,95
Codeína	1	0,40	0	0,00	1	0,20
Meperidina	1	0,40	0	0,00	1	0,20
Anfetaminas	5	2,10	2	1,20	7	1,65
Total	238	100,00	168	100,00	406	100,00

Grafico 4. Prevalencia de vida para cada tipo de otra sustancia psicoactiva en adolescentes fumadores que concurren al I.A.V.A. en el período comprendido entre el 21 y el 26 de Octubre de 2001, según sexo.



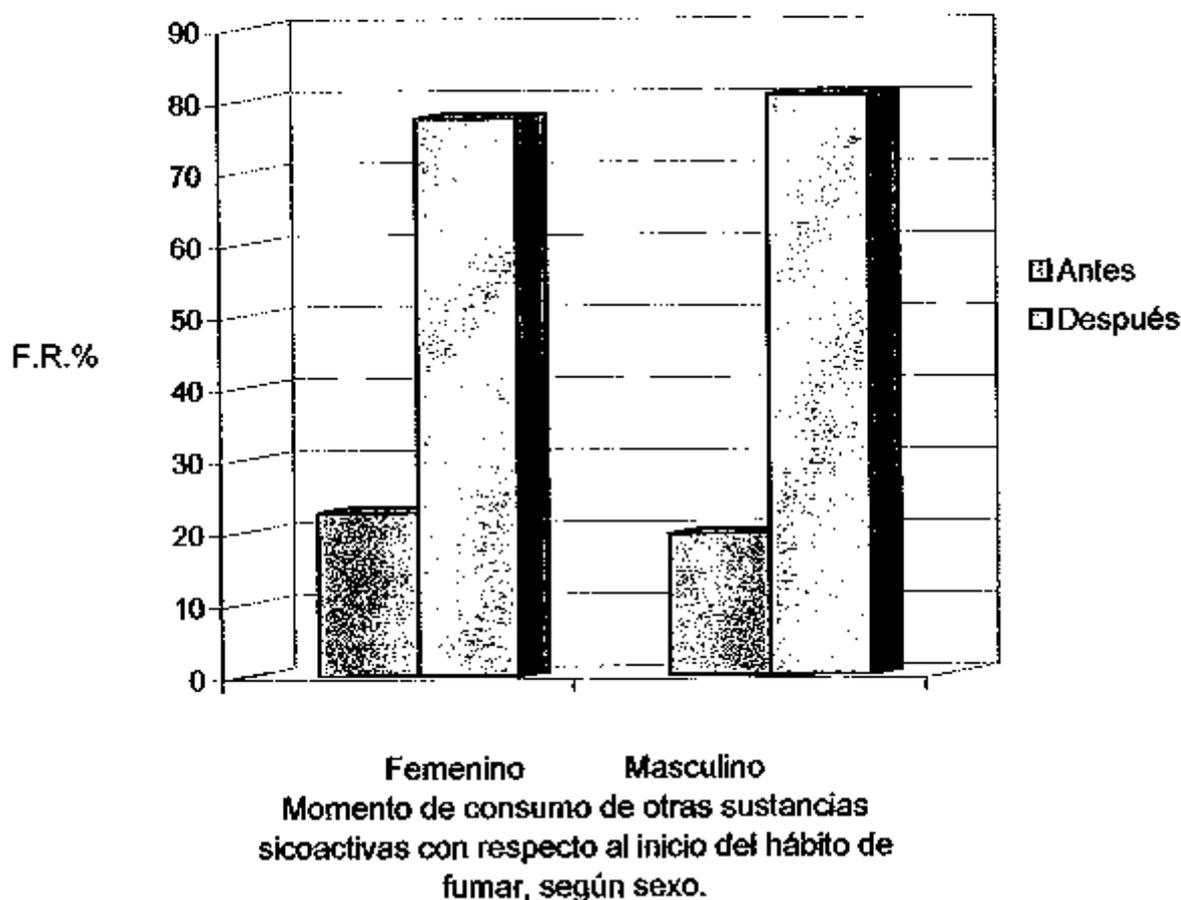
Al tener en cuenta el momento de consumo de otras sustancias psicoactivas, con respecto al inicio del hábito tabáquico vemos que:

El 75 % de los adolescentes de ambos sexos tuvieron contacto con otra u otras sustancias psicoactivas después de haber iniciado el hábito de fumar cigarrillos.

Tabla 5. Momento de consumo de otras sustancias psicoactivas con respecto al inicio del hábito de fumar, en adolescentes fumadores que concurren al I.A.V.A. en el período comprendido entre el 21 y el 26 de Octubre de 2001, según sexo.

	Femenino		Masculino		Total	F.R.%
	F.A.	F.R.%	F.A.	F.R.%		
Antes	31	26.00	17	24.00	48	25.00
Después	87	74.00	54	76.00	141	75.00
Total	118	100.00	71	100.00	189	100.00

Grafico 5. Momento de consumo de otras sustancias psicoactivas con respecto al inicio del hábito de fumar, en adolescentes fumadores que concurren al I.A.V.A. en el período comprendido entre el 21 y el 26 de Octubre de 2001, según sexo.



8. DISCUSION.

- En cuanto al hábito de fumar según género lideraron las mujeres fumadoras esto se equipara con la tendencia reflejada en los resultados expuestos para la JND (Encuesta Estudiantes de Enseñanza Media, 2001), donde las mujeres presentan porcentajes significativamente superiores a los hombres en la experimentación, confirmándose la feminización del consumo. Este último concepto planteado por la Psicóloga Amanda Sica (1999) donde se refiere a que la idea de igualar los derechos del género femenino pasa por igualar el consumo.
- De este estudio se desprende que la sustancia más consumida por los adolescentes fumadores abordados es el alcohol. Al comparar con la Tercera Encuesta Nacional de Prevalencia del Consumo de Drogas (2001) donde también es el alcohol la sustancia más consumida por los adolescentes de 13 a 17 años, con un 78.3 % que lo han probado alguna vez en su vida y el 50.9 % ha consumido en los últimos treinta días que precedieron al estudio.
- La segunda sustancia psicoactiva más consumida por los adolescentes abordados es la marihuana. En la Tercera Encuesta Nacional de Prevalencia del Consumo de Drogas (2001) el 11.9 % de los estudiantes consumieron marihuana alguna vez en su vida y 3.3 % en los últimos 30 días que precedieron al estudio. Es la droga ilegal que con mayor frecuencia se consume por todos los grupos etarios en nuestro país y en el mundo.
- La tercer sustancia psicoactiva más consumida por los adolescentes fumadores con los cuales se trabajo es la cocaína, en las estadísticas oficiales esta es la segunda droga ilegal más consumida 1.4 % de la población de entre 12 y 65 años la ha consumido alguna vez en su vida y en los adolescentes este porcentaje es de 2.4 %, mientras que 0.5 % la ha consumido en los últimos 30 días que precedieron al estudio.
- El momento de consumo de otras sustancias psicoactivas con respecto al inicio del hábito de fumar predominaron los adolescentes que consumían sustancias psicoactivas después de iniciado el hábito tabáquico. Reafirmando el concepto vertido por el M.S.P. órgano rector de la salud en nuestro país en su Manual de Prevención de Hábitos Tóxicos donde maneja al tabaquismo como el primer peldaño para el consumo de otras sustancias psicoactivas.

9. CONCLUSIONES.

De los datos analizados en el presente trabajo permite identificar que en la población de estudio existe un predominio de fumadores del sexo femenino.

En cuanto al consumo de otras sustancias psicoactivas en fumadores obtuvimos que el 89 % del total de la población de estudio fumaba, consumían o habían consumido otra sustancia psicoactiva en forma voluntaria alguna vez en su vida.

En cuanto a la diferencia por género de la variable fumadores que consumían o habían consumido otra sustancia psicoactiva, distinguimos un mayor porcentaje para los hombres fumadores que para las mujeres fumadoras siendo esta diferencia de un 6 %.

La otra sustancia psicoactiva más consumida por el total de los adolescentes incluidos en este estudio es el alcohol, seguido por la marihuana y la cocaína. No manifestándose diferencias de género en cuanto al orden en que se presentaron estas tres sustancias, si en cuanto al valor que adquirió el alcohol en cada sexo, donde debemos considerar que si bien es la otra sustancia psicoactiva más consumida por fumadores de ambos sexos las mujeres tienen una diferencia porcentual de 7.5 %.

En cuanto al momento de consumo de otras sustancias psicoactivas con respecto al inicio del hábito de fumar, encontramos que el mayor porcentaje de adolescentes comenzó a consumir otras sustancias psicoactivas después de iniciado el hábito de fumar.

10. RECOMENDACIONES.

Considero importante que este estudio sea tomado como base para una posterior investigación donde se profundice el estudio de las variables así como la inclusión de otras, tales como patrón de consumo de sustancias psicoactivas, características de la personalidad adictiva, características socioeconómicas del entorno del adolescente, factores que indujeron al comienzo del hábito tabáquico y al consumo de otras sustancias psicoactivas, factores que modifiquen el patrón de consumo.

Enfermería como disciplina científica deberá implementar estrategias que permitan mejorar la calidad de vida del adolescente consumidor de drogas así como evitar el comienzo de dicho consumo en aquellos que no lo han hecho hasta ese momento. Una de las estrategias sería el fortalecimiento de los factores de protección del adolescente:

- Desplegar alternativas que eviten la curiosidad del individuo en cuanto al uso indebido de sustancias psicoactivas perdiendo el interés en conductas y situaciones de Riesgo,, manteniendo la exploración y los desafíos del entorno.
- Transmitir una información adecuada (veraz, oportuna, en forma sencilla, seria) de los riesgos asociados al consumo de drogas.
- Crear campañas publicitarias que promuevan hábitos de vida saludables y consumo de drogas responsable, atrayentes para los adolescentes.
- Promover la educación en valores y actitudes de respeto y responsabilidad para con la salud propia y de la comunidad.

- Desarrollar habilidades sociales (de comunicación, negociación, rechazo, visualización de perspectivas de futuro, empatía, etc.) que les permitan comportarse con autonomía en relación a sus pares (así neutralizara positivamente las presiones del grupo y de la sociedad en relación al consumo de drogas).
- Desarrollar habilidades que permitan el control de las emociones: manejo de la ansiedad, de la ira y la tristeza, reconocimiento de conductas o comportamientos ante las diferentes situaciones que se plantean día a día (permite analizar consecuencias de sus acciones y actitudes), plantear la puesta en práctica de técnicas de relajación, control del estrés, etc.
- Reducir la presencia de las drogas y la publicidad de las mismas en los lugares donde los adolescentes interactúan.
- Promover actividades recreativas para evitar el ocio y permitir así el disfrute del tiempo libre, incorporando en estas a su núcleo familiar.
- Estimular a la puesta en práctica de instancias de discusión y reflexión sobre el consumo de drogas con la participación del adolescentes, su familia y personas que puedan ser identificadas por estos como agentes de salud del medio.
- Fortalecer el vínculo con su núcleo familiar.

En las actividades realizadas en el equipo de salud sería importante:

- Implementar la consulta de enfermería fuera del centro sanitario tales como lugares donde concurren con mayor frecuencia (centros de estudios, clubes deportivos, espacios públicos, etc.) creando un encuentro entre el profesional y el usuario, donde se conozcan las necesidades reales del mismo, actuando inmediatamente ya sea brindando información sobre las drogas o el uso responsable de las mismas o derivándolo a los profesionales o centros sanitarios que correspondan, además de permitir la continuidad de la atención y una posterior evaluación del impacto.
- Estimular a los integrantes del equipo de salud para mantenerse capacitados, actualizados y con visión crítica en cuanto a la problemática de las adicciones, así como a los modelos terapéuticos aplicados conociendo de estos últimos las posibilidades de aplicación en cada situación particular y de éxito de los mismos.
- Participar en las organizaciones que trabajan en el ámbito de las adicciones, ya sea en el planteamiento de políticas sanitarias, tratamiento de adictos, seguimiento de los mismos, reinserción en el medio de estos, aspectos legales del consumo de sustancias psicoactivas. Permitiendo el fortalecimiento de las redes sociales que contienen al adolescente adicto y su núcleo familiar o su entorno más próximo.
- Planificar instancias de capacitación en el Área de las Adicciones, orientadas a Docentes y otros profesionales que trabajen con adolescentes, permitiendo que sean herramientas del sistema tanto a la hora de desestimular el consumo, detectar precozmente el adolescente inmerso en el uso problemático de drogas y permitir la reinserción del adolescente con esta problemática.

II. Lista de abreviaturas.

C.C.A.P.	Conocimientos, Creencias, Actitudes y Practicas.
C.D.C.	Consejo Directivo Central.
C.H.L.C.C.	Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer.
C.I.E.	Clasificación Internacional de Enfermedades.
D.M.S.	Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales.
E.P.O.C.	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
I.A.V.A.	Instituto Alfredo Vásquez Acevedo.
J.N.D.	Junta Nacional de Drogas.
L.S.D.	Dietilamida de Ácido Lisérgico.
M.S.P.	Ministerio de Salud Pública.
M.T.O.P.	Ministerio de Transporte y Obras Públicas.
O.F.A.	Organización Estados Americanos.
O.M.S.	Organización Mundial de la Salud.
O.P.S.	Organización Panamericana de la Salud.
P.B.I.	Producto Bruto Interno.
S.I.D.A.	Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida.
S.N.C.	Sistema Nervioso Central.
S.N.D.	Secretaría Nacional de Drogas.

12. REFERENCIAS.

- Ander - Egg, F. 1987. "Técnicas de investigación social". Vigésima Primera Edición. Editorial Humanitas. Buenos Aires. Argentina.
- Benja, W. Contera, M. Delva, J. Echebeste, L. 2001. "Sustancias psicoactivas y factores asociados en estudiantes de primer año de la Universidad de la República". Primera Edición. Presidencia de la República. Junta Nacional de Drogas. Universidad de la República. Servicio Central de Bienestar Universitario. Comisión Interamericana para el control del Abuso de Drogas-O.E.A., Montevideo. Uruguay.
- Beers, M. Berkow, M (eds). 1999. El Manual Merck. Décima Edición Española. Ediciones Harcourt. Madrid. España.
- Censo Uruguayo. 1995.
- Cielo, Guillermo. 2001. Historia del I.A. V.A.. Primera Edición. Editorial Cardo. Montevideo. Uruguay.
- Clayton, T. 1997. "TABER'S Diccionario Médico Enciclopédico". Primera Edición. Editorial El Manual Moderno. México. México.
- Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer. Área de Educación Poblacional. 1992-1993. "La problemática del humo del tabaco". Encuesta - Tabaquismo, CCAP (Conocimientos, Creencias, Actitudes y Practicas). Montevideo. Uruguay.
- Eco, U. 1977. "Como se hace una Tesis". Primera Edición. Editorial Gedisa. Buenos Aires. Argentina.
- Forselledo, A. 1994. "Contexto Latinoamericano. Salud y riesgo de consumo de alcohol y drogas por los jóvenes". Publicación: Boletín Foro/ Resp. Inst.: Asociación uruguaya para la prevención del alcoholismo y la fármaco-dependencia. Vol.7 N° 19.
- Forselledo, A. 2000. "El esquema de roles y el yo del fármaco-dependiente" Publicación: Boletín Foro/ Resp. Inst.: Asociación uruguaya para la prevención del alcoholismo y la fármaco-dependencia. Vol.12 N° 33.

- Goja, B. 1999. "Primer taller para la formación de formadores en el Abandono del Hábito del Tabaquismo". Epidemiología del Tabaquismo en el Uruguay. Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer. Uruguay.
- Goja, B. 1999. "Tabaco y Tabaquismo -- Epidemiología". Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer. Montevideo. Uruguay.
- Goodman, A. Goodman, L. Gilman, A. 1980. Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica. Sexta Edición. Editorial Científico-Técnica. La Habana. Cuba.
- Hungler, B.P. Polit, D.F. 2000. "Investigación científica en ciencias de la salud". Sexta Edición. Editorial MacGraw-Hill Interamericana. México. México.
- Junta Nacional de Drogas. 2002. "Tabaquismo – Consumo en el ámbito de la enseñanza media" Informe de investigación. O.P.S./ O.M.S./ C.D.C./ S.N.D.. Presidencia de la República. Uruguay.
- Leddy, S. Mae Pepper, J. 1985. "Bases conceptuales de la enfermería profesional". Primera Edición. Publicación de la Organización Panamericana de la Salud- Organización Mundial de la Salud. Filadelfia. Estados Unidos de América.
- Marín y González. 1998. "Tabaquismo, bases para la investigación". Revista Rol de Enfermería N° 234; 5.
- MSP. 1994. "Datos estadísticos". Montevideo. Uruguay.
- MSP. "Manual de prevención de hábitos tóxicos". Montevideo. Uruguay.
- MSP. 1996. "El placer de no fumar" Publicación del Comité Latinoamericano Coordinador del Control del Tabaquismo. Montevideo. Uruguay.
- MSP. 1994. "Investigación socio laboral del tabaquismo en el Uruguay urbano". . Montevideo. Uruguay.
- MSP. 1994. "Investigación sobre tabaquismo en la adolescencia". Informe Preliminar. Montevideo. Uruguay.

- Pineda, E. de Alvarado, E.+ de Canales, F. 1994. "Metodología de la investigación". Segunda Edición. Publicación de la Organización Panamericana de la Salud. Washington. Estados Unidos de América.
- Portillo, J 1992. "La adolescencia salud - enfermedad". Primera Edición. Ediciones de la Banda Oriental. OPS/ OMS. Montevideo. Uruguay .
- Samaja, J. 1997. "Epistemología y metodología – Elementos para una teoría de la investigación científica". Segunda Edición. Editorial Universitaria de Buenos Aires. Buenos Aires. Argentina.
- Sica, A. 1999. "Primer taller para la formación de formadores en el Abandono del Hábito del Tabaquismo". Determinantes sicosociales en el Hábito de Fumar. Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer. Montevideo. Uruguay.
- Siegel, R. 1976. "Herbal Intoxication: Psychoactive Effects from Herbal Cigarettes, Tea and Capsules". Journal of the American Medical Association. 236: 5. 473.
- Tamayo y Tamayo, M. 1990. "Metodología formal de la investigación científica". Primera Edición. Editorial Limus. Bogotá. Colombia .
- Tapia, R. 1994. "Las adicciones, dimensión, impacto y perspectiva". Primera Edición. Editorial El Manual Moderno. México. México.
- Universidad Javariana. "Guía de redacción de informes de investigación".

13. ANEXOS

Anexo 1:	Instrumento de Recolección de Datos.	50
Anexo 2:	Planilla de Sistematización de Datos.	51
Anexo 3:	Tablas.	52
Anexo 4:	Protocolo de Investigación.	54

Consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes fumadores de 15 a 19 años.

SEXO:

- Femenino
- Masculino

EDAD:

..... Años.

¿Consumió alguna sustancia (aparte del cigarrillo) en forma voluntaria?

- Consumió
- No Consumió

¿Ha consumido alguna de estas sustancias (aparte del cigarrillo) en forma voluntaria alguna vez en su vida?

Alcohol		LSD	
Sicofármacos		Hongos Alucinógeno	
Inhalantes		Morfina	
Cocaína		Codeína	
Anfetaminas		Meperidina	
Marihuana		Heroina	

¿El consumo de estas sustancias se realizo ANTES o DESPUES de iniciado el hábito de fumar?

- ANTES
- DESPUES

Anexo 2.
Planilla de sistematización de datos

1. Edad	
---------	--

2. Sexo	
Femenino	
Masculino	
Total	

3. Distribución de la prevalencia de vida de otras sustancias psicoactivas, según sexo:

	Femenino	Masculino	Total
Consumió			
No consumió			
Total			

4. Prevalencia de vida para cada tipo de otra sustancia psicoactiva según sexo.

	Femenino	Masculino	Total
Alcohol			
Sicofármacos			
Inhalantes			
Cocaína			
Marihuana			
LSD			
Hongos			
Heroína			
Morfina			
Codeína			
Meperidina			
Anfetaminas			
Total			

5. Momento de consumo de otra sustancia psicoactiva con respecto al inicio del hábito de fumar según sexo.

	Femenino	Masculino	Total
Antes			
Después			
Total			

Tabla 1. Prevalencia del hábito de fumar según sexo en adolescentes fumadores que concurren al I.A.V.A. en el período comprendido entre el 22 y 26 de Octubre de 2001.

	F.A.	F.R: %
Femenino		
Masculino		
Total		

Tabla 2. Distribución de los adolescentes fumadores que concurren al I.A.V.A. en el período comprendido entre el 22 y 26 de Octubre de 2001, según grupo etario y sexo.

Grupo etario.	Femenino		Masculino		Total
	F.A.	F.R.%	F.A.	F.R.%	
15 años					
16 años					
17 años					
18 años					
19 años					
Total					

Tabla 3. Distribución de la Prevalencia de vida de otras sustancias psicoactivas en adolescentes fumadores que concurren al I.A.V.A. en el período comprendido entre el 21 y el 26 de Octubre de 2001, según sexo.

	Femenino		Masculino		Total	F.R. %
	F.A.	F.R. %	F.A.	F.R. %		
Consumió						
No Consumió						
Total						

Tabla 4. Prevalencia de vida para cada tipo de otra sustancia psicoactiva en adolescentes fumadores que concurren al I.A.V.A. en el período comprendido entre el 21 y el 26 de Octubre de 2001, según sexo.

	Femenino		Masculino		Total	F.R.%
	F.A.	F.R.%	F.A.	F.R.%		
Alcohol						
Sicofármacos						
Inhalantes						
Cocaína						
Marihuana						
LSD						
Hongos						
Heroína						
Morfina						
Codeína						
Meperidina						
Anfetaminas						
Total						

Tabla 5. Momento de consumo de otras sustancias psicoactivas con respecto al inicio del hábito de fumar, en adolescentes fumadores que concurren al I.A.V.A. en el período comprendido entre el 21 y el 26 de Octubre de 2001, según sexo.

	Femenino		Masculino		Total	F.R.%
	F.A.	F.R.%	F.A.	F.R.%		
Antes						
Después						
Total						

Anexo 4.

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Cátedra de la salud del Niño y el Adolescente

“Consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes fumadores de 15 a 19 años que concurren al Instituto Alfredo Vásquez Acevedo, del 22 al 26 de Octubre de 2001”.

Tutor:
Prof. Lic. Enf. Alicia Fajardo

Autor:
Liliana, DENIS. 95297

INDICE

1. Introducción.	3
2. Marco Teórico.	4
3. Marco Referencial.	27
4. Formulación del Problema y Justificación.	29
5. Objetivos.	30
6. Materiales y Métodos.	30
6.1 Diseño de Investigación.	30
6.1.1 Población de estudio.	30
6.1.2 Definición de variables.	32
6.2 Métodos.	33
6.3 Recolección de Información.	33
6.4 Análisis de información.	33
7. Resultados esperados.	33
8. Lista de Abreviaturas.	34
9. Referencias.	35
10. Anexos.	38

I. INTRODUCCIÓN

Este protocolo es realizado como primer paso para la tesis final de la carrera de Licenciatura en Enfermería.

El área de esta investigación será adolescencia, tabaquismo y consumo de otras sustancias psicoactivas y el problema será el siguiente: "Consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes fumadores de 15 a 19 años, que concurren al Instituto Alfredo Vásquez Acevedo (IAVA), del 22 al 26 de Octubre de 2001".

La adolescencia es considerada como la etapa de la vida, en la que más frecuentemente ocurre el inicio del consumo de drogas. El tabaquismo es contemplado por algunos organismos como el escalón primario para el consumo de otras drogas como alcohol, marihuana, cocaína, etc.

La primera causa de mortalidad prevenible vinculada al consumo de drogas en nuestro país es en relación a las enfermedades cardiovasculares producidas por el tabaco.

El personal de enfermería debe buscar permanentemente estrategias que le permitan hacer prevención de las enfermedades y promoción de la salud, es así que la investigación brinda una excelente oportunidad para acercar el conocimiento científico a la población.

El objetivo general será identificar si el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes fumadores entre 15 y 19 años que concurren al IAVA en el período comprendido entre el 22 y 26 de Octubre de 2001 comienza antes o después de iniciado el hábito tabáquico.

Los objetivos específicos plantearán caracterizar la población según sexo y edad, así como las otras sustancias psicoactivas que consumen y el momento en que se inician en dicho consumo en función del hábito tabáquico.

El estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo transversal.

El universo son todos los adolescentes fumadores entre 15 y 19 años que concurren al liceo IAVA en el período comprendido entre el 22 y el 26 de Octubre de 2001.

El instrumento que se utilizará será un cuestionario con preguntas cerradas.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 ADOLESCENCIA.

- a. Definición.
- b. Adolescencia y Tabaquismo.
- c. Adolescencia y Drogadicción.

a. Definición.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el período comprendido entre los 10 y 14 años corresponde a la adolescencia inicial; el período comprendido entre los 15 y 19 años corresponde a la adolescencia propiamente dicha o segunda fase.

La adolescencia podrá definirse como una etapa evolutiva particular del ser humano, en la que se conjuga una serie de aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales. "Es un complejo sicosocial asentado en una base biológica" como lo define el psicoanalista brasileño L.C. Osorio.

Antiguamente el fenómeno de la adolescencia era analizado poniéndole énfasis a los cambios corporales vinculados a la pubertad (andar desgarbado, aparición de los caracteres secundarios) y en algunas características conductuales que perturbaban a los adultos (cambios bruscos de temperamento, rebeldía, delincuencia juvenil.) En las últimas décadas en cambio muchos autores (entre ellos Ericson y el mismo Osorio) han hecho hincapié en la adolescencia como período de crisis, momento crucial del desarrollo del ser humano en el cual se logra un cuerpo adulto apto para la procreación, y se produce la estructuración definitiva de la personalidad.

Etimológicamente, adolescencia proviene de ad: A, hacia; y olescere de oler: Crecer. Significa la condición y el proceso de crecimiento. Implica un proceso de crisis vital a partir del cual se logrará la identidad personal. De allí que se afirme que la crisis evolutiva del proceso adolescente constituye una crisis de identidad. Entendemos como identidad la capacidad del individuo de reconocerse a sí mismo en el tiempo y en el espacio, la conciencia de su "mismidad" que implica poseer una imagen corporal, la posibilidad de recordarse en el pasado y proyectarse en el futuro, y el vínculo de integración social inicialmente con las figuras parentales y posteriormente con otros. Es Gimberg quien introduce el concepto operativo de identidad.

Según Osorio las características del adolescente se resumen en:

- Re-definición de la imagen corporal relacionada a la pérdida del cuerpo infantil y la consiguiente adquisición del cuerpo adulto.
- Culminación del proceso de separación/ individuación y sustitución del vínculo de independencia simbiótica con el padre de la infancia por relaciones objétales y autonomía plena.
- Elaboración de los duelos referentes a la pérdida de la condición infantil.

- Establecimiento de una escala de valores o código de ética propio.
- Búsqueda de pautas de identificación en el grupo de pares.
- Establecimiento de una relación de lucha - fuga en relación con la relación precedente.
- Aceptación tácita de los ritos de iniciación como condición de ingreso a status adulto.

b. Adolescencia y Tabaquismo.

El inicio de la carrera del fumador adolescente es motivado por una mezcla de curiosidad, conformismo y despecho. Es importante el número de personas que ya fuman en su medio porque éstas ejercen presión social al fumar.

En ésta etapa de crecimiento y desarrollo del individuo son fuertes las presiones que ejercen en grupo; éstas cobran vital relevancia para el individuo. El comienzo del hábito de fumar puede implicar un aumento de la autoestima, sobre todo cuando se entiende que el fumar es sinónimo de adultez o aventura. Los adolescentes que valoren y tengan en cuenta los logros académicos u otras metas, más que la gratificación social, estarán menos motivados a contraer el hábito. Existen trabajos que demuestran que los fumadores son más extrovertidos que los no fumadores. Estas influencias antes mencionadas generadas por las necesidades individuales y las condiciones sociales pueden crear motivaciones que contribuyan en el adolescente a adquirir éste hábito.

Existen dos factores que disminuyen el temor y aumentan el impacto de los avisos y consejos publicitarios, que son la presencia del modelo adulto que fuma y que las consecuencias del hábito son a largo plazo. En el adolescente la percepción de amenaza de las enfermedades es menor y el manejo del tiempo es el presente (no se visualizan el futuro).

c. Adolescencia y Drogadicción.

Osorio plantea que la problemática del uso de drogas por parte de los adolescentes de hoy se inserta en el contexto del conflicto generacional.

Existen dos grandes equívocos en cuanto al uso de tóxicos por parte de los adolescentes de hoy:

- Por una parte el adolescente con la ilusión de que las drogas liberan, cuando en realidad someten y esclavizan al ser humano a un patrón de consumo. Las utilizan para escapar del sometimiento de los padres. Los adolescentes se dejan dominar por los tóxicos y acaban manipulados por los intereses de los traficantes. La dependencia en los jóvenes se vincula a un patrón patológico de sumisión y rebeldía.

- Por parte de los padres: éstos creen en el engaño de que con las drogas sus hijos desafían la moral doméstica y protestan contra sus hábitos de vida, cuando de hecho están imitando patrones nocivos pero socialmente aceptados (alcoholismo, tabaquismo, consumo de psicofármacos). La diferencia es que en ésta imitación de la conducta drogo-adictiva de los adultos y la sociedad en general, es que se plantea el uso de drogas diferentes a las usadas por los adultos.

Según Osorio los jóvenes se drogan porque la humanidad siempre usó tóxicos para aliviar sus ansiedades o para proporcionarse una gratificación compensatoria en situación de frustración intensa.

2.2 TABAQUISMO

- 2.2.1 Características de la personalidad adictiva.
- 2.2.2 Historia del tabaquismo.
- 2.2.3 Definición de tabaquismo.
- 2.2.4 El tabaquismo como drogodependencia.
- 2.2.5 Factores sicosociales determinantes en el tabaquismo.
- 2.2.6 Componentes del humo de tabaco y su toxicidad.
- 2.2.7 Tabaquismo y salud.
- 2.2.8 Epidemiología del tabaquismo en el Uruguay y población en situación de riesgo.
- 2.2.9 Costos sanitarios del tabaquismo.
- 2.2.10 Normativas del consumo de tabaco.

2.2.1 Características de la personalidad adictiva.

Decimos que hay una adicción cuando hay un empleo continuado de una droga cuya supresión provoca trastornos físicos y síquicos. Cualquier conducta contraproducente que una persona no puede detener pese a las consecuencias adversas. Existen algunas características personales que predisponen al individuo a la adquisición de una adicción:

- Excesiva necesidad de aprobación; una baja autoestima. Individuo se autocensura por temor a expresarse y no lograr la aceptación de los demás.
- Dificultad para controlar la ira. Ante una discusión o posibilidad de que la misma ocurra se enciende un cigarrillo, no expresa su disconformidad o enojo porque teme descontrolarse.
- Necesidades de dependencia ocultas. Los fumadores son personas que se presentan como personas muy independientes, cuando en realidad no lo son, el cigarrillo les da un refuerzo de apoyo y su imagen es la de una persona muy segura e independiente, aunque en el fondo haya una gran inseguridad.
- Dificultad de relacionamiento con las figuras de autoridad; los padres en un principio, luego los jefes, los superiores, etc.

- Tendencia a inculpar a otros; es decir que los otros (persona u objetos), son los culpables de los problemas. Cuando se culpa mucho a los demás y no se puede revisar a uno mismo, no puede corregirse; entonces colocar el error fuera de sí mismo evita encontrarse con conductas y actitudes que tal vez se debieran cambiar.

- No querer crecer nunca, no afrontar responsabilidades, tener la sensación de que la adultez implica demasiadas responsabilidades y no estar preparado para asumirlas. La necesidad de continuar con una fantasía de lo que se conoce como el estado nirvánico intrauterino, donde todo estaba resuelto y todo era perfecto.

- La falta de fronteras, es decir no saber decir que no, dejar que el otro avance sobre uno, permitir ser controlado; esto se relaciona con no poner límites a los demás para preservarse y cuidarse a uno mismo. Generalmente el adicto es una persona que se deja manipular fácilmente, que no puede plantarse en sus deseos, en sus necesidades.

2.2.2 Historia del tabaquismo.

Si bien el uso del tabaco comienza en la etapa precolombina, su difusión se inicia con el descubrimiento de América. Los aborígenes americanos ya utilizaban las hojas con fines curativos y religiosos, inhalaban su humo con una caña con orificios a la cual llamaban tabaco de lo que surge su denominación. Cuando los españoles llegan a América encuentran esa planta desconocida y la transportan a Europa. Introducen las semillas en España y Portugal y de allí las envían a sus colonias en otras regiones del mundo, difundiendo de esta forma su uso. El embajador de Francia en España, cuyo nombre era Nicot, y del cual surge el término nicotina, le envía tabaco a Catalina de Medicis para calmar su migraña y así su uso comienza a expandirse en la corte francesa y en otros países europeos. A partir de entonces, el tabaco pasa por etapas en las cuales se promueve su utilización y períodos en los cuales se critica, existiendo incluso bulas papales que castigan a aquellos que son fumadores.

A partir de fines del siglo XIX, comienza la fabricación industrial de cigarrillos en gran escala y en este siglo, se inicia esta gran epidemia de tabaquismo.

Durante la Primera Guerra Mundial, a fin de premiar y estimular a los soldados, la Cruz Roja obsequia cigarrillos y en esas circunstancias se produce el primer gran ascenso en el consumo de tabaco. El segundo aumento importante se produce luego de la Segunda Guerra Mundial, en que irrumpe la mujer en el mercado laboral y surgen movimientos liberalizadores femeninos, que consideran que fumar es otro elemento de igualdad entre ambos sexos, con lo cual se inicia la epidemia en la mujer.

2.2.3 Definición de Tabaquismo.

"Según la Encuesta CCAP (Conocimientos, Creencias, Actitudes y Practicas) Área de educación poblacional – CHLCC (Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer) 1992-1993, se entiende por tabaquismo al consumo diario y mantenido de las sustancias contenidas o derivadas de la combustión del tabaco".

La O.M.S. clasifica el tabaquismo como una adicción (síndrome de dependencia tabáquica): clasificación F-17.2 de la Clasificación Internacional de Enfermedades (C.I.E.) 10ª revisión.

La O.M.S. define la dependencia como un estado en el cual la autoadministración de la sustancia produce daños al individuo y a la sociedad, incluyendo los conceptos de dependencia física y psicológica.

El servicio de Toxicología del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela de la Universidad de la República clasifica al tabaco dentro de las sustancias psicoactivas de efecto predominantemente estimulante del sistema nervioso central (S.N.C.).

2.2.4 El tabaquismo como drogodependencia.

En definitiva, la interacción del poder adictivo del cigarrillo con sus 4000 sustancias tóxicas, de las cuales la más importante es la nicotina, junto con determinados factores condicionantes, *produce una conducta compleja que hace difícil el abandono.*

Cada vez que se está tratando a un fumador, hay que tener en cuenta que el temor de la persona adicta es que si admite sus sentimientos, le sucederá algo terrible; es decir el problema está radicado en el manejo de las emociones.

Considerar entonces el tabaquismo como una adicción nos coloca frente a una persona que no es carente de voluntad sino una persona *enferma.*

En un principio se creía que la conducta adictiva partía del componente nicotínico del cigarrillo, se creía que el fumador adquiría la adicción por acción de la nicotina. En una segunda instancia se pensó que el fumador usaba el cigarrillo como herramienta de afrontamiento; los fumadores usan el cigarro para concentrarse, para estar en situación de alerta, para manejarse, es usado como herramienta psicológica. Luego se pensó que esto tampoco podía ser el motivo de la conducta de fumar porque existen otras personas que no fuman e igual logran todos esos objetivos. Por consiguiente se concluyó que los factores eran múltiples: sociales, económicos, familiares, psicológicos, farmacológicos y publicitarios.

2.2.5 Factores sicosociales determinantes en el tabaquismo.

Procesos Farmacológicos y de Acondicionamiento.

En el tabaco el tabaquista tiene dos dependencias: la dependencia a la sustancia nicotínica (éste es el proceso farmacológico), y la dependencia psicológica. Son dependencias que corren paralelas y con la misma fuerza. Así pues una persona puede dejar de fumar por 10 o 15 días a causa de alguna enfermedad y luego reincide. A los diez días se supone que la nicotina que estaba presente en el organismo, deja de circular en la sangre, por lo que no sería necesario seguir fumando. Entonces, ¿por qué después de una enfermedad prolongada, un embarazo o una intervención, el fumador vuelve a encender un cigarrillo?. Es debido a la dependencia psicológica. La carencia de habilidades de afrontamiento se relaciona con la dependencia psicológica, se utiliza el cigarro como anestésico de las emociones, como herramienta de afrontamiento.

Procesos cognitivos y de toma de decisiones.

Se relaciona con la escala de valores de cada persona; la forma en que cada uno de nosotros procesa la información que recibe y la organiza en su cerebro. Estos procesos tienen suma importancia, porque los fumadores expresan a través de su

conducta de fumar parte de cierta escala de valores que es adquirida, dentro de la cual, está la idea de que fumar no es tan grave, de que todo el mundo fuma, de que no todas las personas que fuman enferman, etc. La forma en que esta información se recibe y se organiza es una parte muy importante de la formación de la conducta del fumador.

Factores Implicados en la adquisición de la conducta tabaquista.

- *Factores implicados*

El primer factor implicado es la PREDISPOSICIÓN. Como en todos los órdenes la familia a la que pertenece el fumador es uno de los puntos a tener en cuenta; la gran mayoría de los jóvenes fumadores proviene de familias de fumadores. Luego se puede agregar la influencia de los pares, aunque aquí se tiene que especificar que se encuentran asociadas a variables como sexo, grupo social, etc., por ejemplo para las chicas toma gran importancia "el compartir" como estímulo.

Dentro de los factores de índole personal, se observa como terreno fértil los jóvenes con inclinaciones a conductas problemáticas, bajo rendimiento escolar con marcada necesidad de anticipar la adultez. Dentro de las creencias, la asociación tabaco - salud - enfermedad, los fumadores tienden a infravalorar las consecuencias del tabaquismo.

Con referencia a los modelos a seguir, los padres constituyen el primer modelo y en segundo lugar maestros y profesores. El equipo de salud tiene un papel modélico muy importante también, para cualquier persona lo que digan y hagan los profesionales de la salud es muy importante.

Ingreso al campo laboral: cuando antes se ingresa al campo laboral, antes se comienza a fumar, pues el trabajo estresa y el estrés contribuye a la adquisición de la adicción, además de aumentar la capacidad adquisitiva. El tipo de ocupación también influye, en el hombre fumador predominan los trabajos manuales.

Otro factor es el efecto de los primeros cigarrillos. Está demostrado que la primer experiencia del fumador, como se mencionó anteriormente es alrededor de los 12 años y luego entre los 15 y 17 años vuelve a probar; sin embargo en la primer experiencia tuvo sensaciones nauseosas, mareos, etc., es más difícil que vuelva a hacer la prueba, es decir que lo que sintió por primera vez determina mucho la adquisición de su adicción.

Accesibilidad: el bajo costo económico de la cajilla, como también la posibilidad de adquirir los cigarrillos sueltos; la venta libre; la posibilidad de acceder fácilmente a los cigarrillos de los adultos fumadores que los rodean (padres, hermanos, etc.), hace más fácil la disponibilidad para el comienzo.

Publicidad: se da a conocer el producto, logrando que se asocie a las expectativas de los jóvenes y creando conciencia de que el hábito de fumar es normal. Se asocia todo lo que sea bueno, sano, placentero y bonito con el cigarrillo. Las mayores presiones de la propaganda van dirigidas a los jóvenes de entre 10 y 18 años de entre quienes se reclutan los clientes para toda la vida.

Percepción de la realidad: los jóvenes fumadores sobreestiman el número de personas que fuman a su alrededor. Minimizan su categoría adictiva, aduciendo que aún no tienen el hábito porque fuman sólo cuando quieren. Desvalorizan el mensaje en contra del hábito, de sus iguales.

Estrategias contra el aburrimiento y el control del peso: los fumadores se apoyen a veces en la creencia de que es posible la eliminación del aburrimiento al consumir tabaco, como así también la posibilidad de controlar el peso corporal.

2.2.6 Componentes del humo de tabaco y su toxicidad.

El humo del cigarrillo, es una mezcla compleja de más de 4000 compuestos químicos, de los cuales 401 son tóxicos y se sabe que 50 de ellos son cancerígenos. Dentro de estas sustancias se reconocen:

- a) Hidrocarburos poli aromáticos
- b) Hidrocarburos heterocíclicos
- c) N-nitrosaminas
- d) Aminas aromáticas.

Estos compuestos determinan efectos irritativos agudos y en forma prolongada, enfermedades cardiovasculares y cáncer. El humo del tabaco, a nivel ambiental, puede dividirse en dos grupos:

I. Humo de corriente principal: es el humo que inhala y exhala el fumador.

II. Humo de corriente colateral: es el humo que sale de la punta del cigarrillo entre cada aspiración, aunado a los componentes de fase de vapor, que se difunden a través del papel del cigarrillo hacia el ambiente.

El humo del tabaco ambiental, está constituido principalmente, por humo de corriente colateral, estableciéndose que aproximadamente el 85% de la exposición involuntaria al humo del cigarrillo, proviene del humo de corriente colateral y el 15% al humo de corriente principal.

¿Por qué es importante esta diferenciación?

La composición físico-química del humo de corriente principal y colateral, es similar desde el punto de vista cualitativo, o sea que presentan el mismo tipo de componentes. La diferencia es de tipo cuantitativo, es decir que por ejemplo, la concentración de monóxido de carbono es 2,5 veces mayor en el humo de corriente colateral que en el humo de corriente principal. Es importante señalar que aproximadamente el 80% de la vida de un cigarrillo se consume en forma de humo de corriente colateral.

Las diferentes sustancias que componen el humo del tabaco, son responsables de los efectos tóxicos que éste provoca, tanto en fumadores como en no fumadores.

El humo está formado por gases y partículas, observándose diversas sustancias:

1. FASE GASEOSA: *monóxido de carbono*

Benceno

Acroleína

Formaldehído

Amoniaco

Nitrosaminas

2. FASE PARTICULADA: *nicotina*

Alquitrán

Fenol

Benzo(a)pireno

Cadmio

Níquel.

Los ingredientes del tabaco responsables del mayor número de enfermedades son la nicotina, el alquitrán y el monóxido de carbono.

Nicotina.

La nicotina es el principal componente adictivo del tabaco. Se concentra especialmente en las hojas de la planta y forma parte de un grupo de sustancias denominadas alcaloides, las que también se usan por sus propiedades medicinales y psicoactivas.

La nicotina es una sustancia química muy tóxica y sumamente adictiva, incluso más que la cocaína y la heroína. Actúa en dos formas diferentes: cuando se inhala breve y superficialmente tiene un efecto estimulante, y cuando se inhala prolongada y profundamente, un efecto depresor.

Una vez que los productos se absorben a través de la mucosa bucal y los pulmones, estos se distribuyen en los principales órganos del organismo mediante el sistema circulatorio. La absorción por la sangre es muy rápida, y a través de ella llega al cerebro, donde sus efectos se manifiestan casi inmediatamente.

Entre los efectos que provoca la nicotina en el organismo se encuentran los siguientes:

- Aumenta la frecuencia cardíaca y el flujo coronario.
- Provoca constricción de los vasos sanguíneos, aumentando en consecuencia la presión sanguínea.
- Causa constricción de los tubos bronquiales.
- Incrementa el consumo de oxígeno y la frecuencia respiratoria.
- Disminuye la temperatura corporal.
- Aumenta la actividad del sistema gastrointestinal.

Farmacología de la nicotina.

La nicotina, (5)-3-(1-metil-2-pirrolidinil) purina), componente de la fase de partículas es una solución alcalina, de incolora a amarilla pálida, soluble en agua y solventes orgánicos. Es muy tóxica, habiéndose utilizado por muchos años como insecticida; es también higroscópica, y se vuelve pardusca cuando se la expone al aire o a la luz. En los seres humanos la dosis oral letal es de 40 Mg. El contenido de nicotina por cigarrillo es de 0.05 a 2.5 Mg

La nicotina es la responsable de la fijación del hábito, con su dependencia física y psíquica, siendo reconocida como una expresión de drogadicción.

La absorción de la nicotina contenida en el humo de cigarrillo es muy rápida intensa; alrededor del 90% se absorbe a nivel pulmonar, siendo relativamente poca la absorción a nivel de la boca.

La amplia variación de los niveles de nicotina en sangre es debida a la diferencias en el modo de fumar, por ejemplo, profundidad y duración de la inhalación número de inhalaciones por cigarrillo, presión de la bocanada, marca del cigarrillo. Otro factor importante a tener en cuenta es la cantidad que se fuma de un cigarrillo, dado que la última bocanada es la que contiene 2 a 3 veces más nicotina que la inicial. El que los cigarrillos tengan o no filtro también afectan los niveles de nicotina en sangre.

En cada inhalación de humo de tabaco se absorben entre 100 y 200 Ng de nicotina (con dosis de 1 a 2 Ng ya se producen efectos fisiológicos).

Distribución.

La nicotina es muy soluble en agua y lípidos, por lo que se distribuye rápidamente a todos los tejidos y fluidos corporales.

Inmediatamente después de su administración, las tres áreas de mayor concentración son: el cerebro, la hipófisis y las glándulas suprarrenales.

Es interesante destacar que la distribución tisular de la nicotina no está relacionada directamente con el flujo sanguíneo.

Durante el período inicial de circulación de la sangre, después de la administración de nicotina, alrededor del 25% de la misma pasa al cerebro alcanzando niveles 8 veces mayores que los plasmáticos. Tiene una afinidad relativamente elevada por la sustancia gris en comparación con la blanca, y las áreas cerebrales donde se produce una mayor concentración son: el hipocampo, el diencéfalo y la médula.

El 75% restante se distribuye en otras áreas del cuerpo, la distribución a las glándulas suprarrenales da lugar a la liberación de epinefrina que provoca el efecto de vasoconstrictor.

Metabolismo.

Se produce una rápida disminución de los niveles séricos de nicotina debido al metabolismo hepático y a su captación y concentración en diferentes tejidos.

El cerebro y las glándulas suprarrenales e hígado tienden a concentrar nicotina de modo que los niveles en los tejidos pueden ser varias veces superiores a los plasmáticos. El metabolismo tiene lugar principalmente en el hígado, aunque también en el riñón y en el pulmón, quedando excluido el cerebro.

Los metabolitos más importantes son: la cotinina; 1-N-óxido de nicotina; hidroxicotinina; la normicotina.

Los efectos farmacológicos del tabaco se deben más a la nicotina que a sus metabolitos.

Eliminación

La vida media es de 40 minutos aproximadamente, sin embargo se puede detectar nicotina en sangre varios días después de haber fumado.

La principal vía de eliminación de la nicotina y su metabolitos es la renal y la concentración de los mismos en orina está relacionada con la cantidad de cigarrillos fumados.

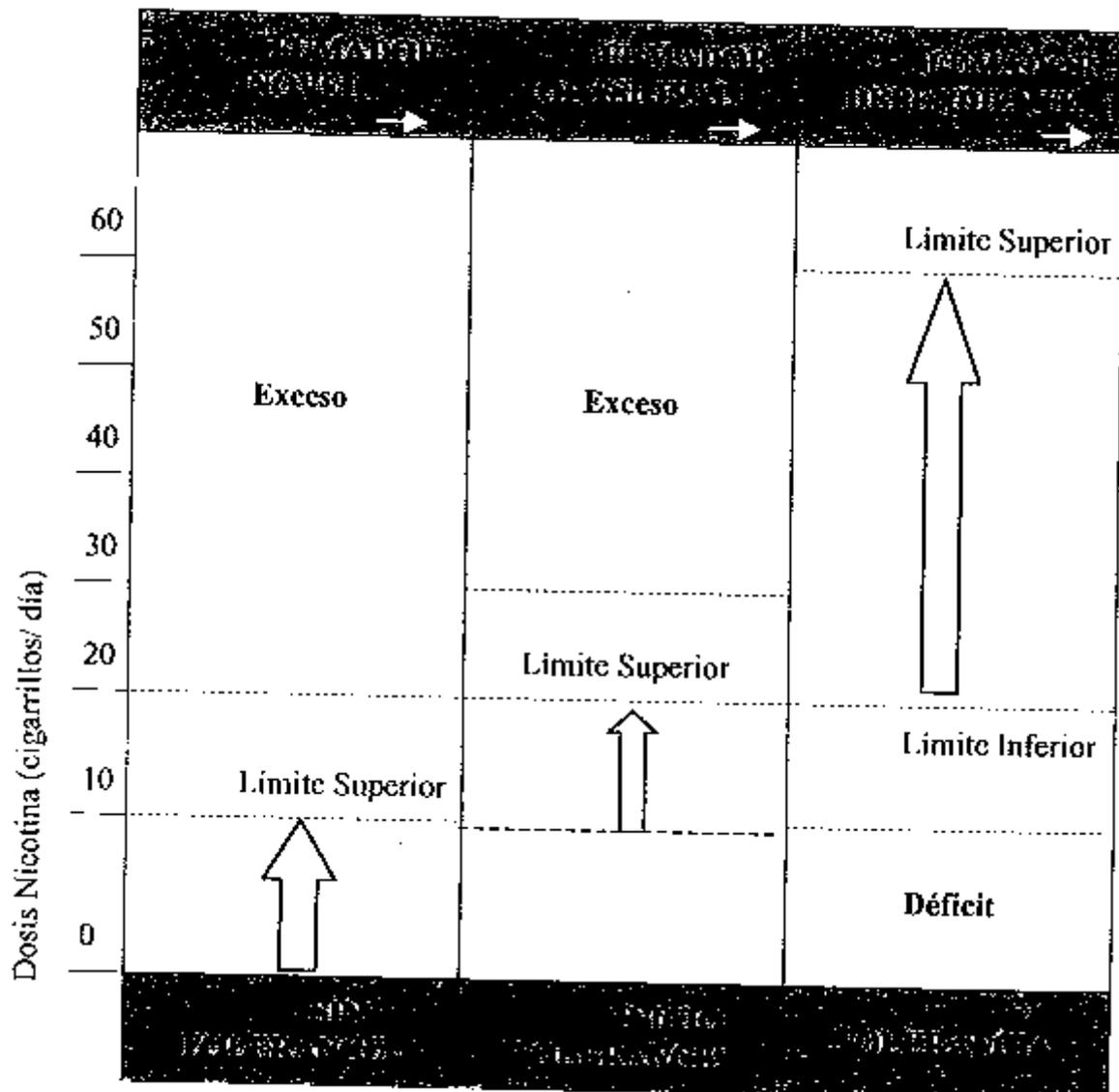
Tolerancia.

Se produce tolerancia a la nicotina que se pone de manifiesto en la disminución de los efectos adversos como náuseas y vómitos; hasta cierto punto esta tolerancia puede ser metabólica dado que los fumadores eliminan la nicotina más rápidamente que los no fumadores.

Desde el primer consumo experimental de tabaco, hasta el desarrollo de la tolerancia física (claro exponente de adicción a la nicotina), pueden pasar entre uno y tres años.

Cuando un fumador ha establecido la dependencia física, el límite superior de cigarrillos por día es más alto (ver Cuadro N° 1). Las características de la nicotina administrada por vía respiratoria, a través del cigarrillo, hacen que sea difícil hacer una sobredosis en el fumador dependiente. En cambio es fácil y frecuente que dicho fumador tenga los síntomas propios del síndrome de abstinencia cuando su consumo de cigarrillos por día está por debajo del límite inferior que ha ido estableciendo (cada vez más elevado) paralelamente a su tolerancia física a la nicotina.

Cuadro N° 1. Niveles de Tolerancia a la nicotina:



Fuente: Marín-González. 1998. Tabaquismo, Bases para la investigación. Revista Rol de Enfermería. 234:5.

Alquitrán

El humo del tabaco contiene millones de partículas pequeñísimas, que se unen con el calor provocado por el cigarro encendido, formando una sustancia gomosa conocida como alquitrán.

El alquitrán impregna la superficie respiratoria de los pulmones de los fumadores activos y pasivos, y paraliza las cilias de las células respiratorias. Normalmente las cilias actúan como un cepillo que elimina las sustancias extrañas, y cuando se paralizan dificultan la eliminación de las secreciones de las vías respiratorias. El alquitrán es cancerígeno, y se encuentra en distintas cantidades en los diferentes tipos y marcas de cigarrillos y productos del tabaco.

Monóxido de carbono.

El monóxido de carbono es un gas extremadamente tóxico que está presente tanto en el humo del cigarrillo como en los tubos de los automóviles. Afecta la salud al interferir con la capacidad de transporte de oxígeno por la sangre. Los fumadores, por lo tanto, reciben una cantidad insuficiente de oxígeno. Cuando se combina con la nicotina, el monóxido de carbono contribuye a un alto riesgo de enfermedades cardiovasculares tales como infartos y accidentes cerebro-vasculares.

2.2.7 Tabaquismo y salud.

Estudios realizados por la OMS, demuestran que el fumador tiene mayor riesgo de muerte prematura que el no fumador. De aquellos que fuman, el 50% morirán por enfermedades tabaco-dependientes, la mitad lo harán precozmente entre los 35 y 69 años perdiendo de 20 a 25 años de expectativa de vida, y el resto morirá a edad más avanzada también por enfermedades relacionadas al tabaquismo.

En Latinoamérica según la OMS, estadísticamente el 20% de los jóvenes serán fumadores, por lo que proyectadas dichas cifras 10.000.000 de jóvenes actuales morirán entre los 35 y 69 años, lo que en Uruguay equivale a 52.035, cifra no despreciable para la población de nuestro país.

Riesgo del tabaquismo.

Hoy es claro que el hábito de fumar está relacionado con el aumento de la mortalidad.

Se ha comprobado también una relación directa entre la dosis (número de cigarrillos/ día), años de fumador y el aumento de la mortalidad.

Las personas por lo general asocian el hábito de fumar solamente con las enfermedades cardiovasculares y con el cáncer de pulmón, no obstante, a pesar de que éstas son las principales causas de mortalidad y morbilidad causados por el humo de tabaco, también se encuentran afectados otros sistemas.

En nuestro país las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar como causa de mortalidad y el cáncer ocupa el segundo lugar, siendo el tabaco una de las causas de estos dos grupos de enfermedades. Los fumadores tienen tasas de defunción global por cáncer, dos veces mayores que quienes no fuman y tienen una mayor tasa de defunción por enfermedades cardiovasculares (infarto, hemiplejia, hipertensión.)

Tabaco y Enfermedades cardiovasculares.

El tabaco es un factor de riesgo para la arteriosclerosis coronaria independiente de otros factores y es además sinérgico.

La arteriosclerosis es más frecuente en los fumadores. Se ha demostrado también un aumento de la coagulabilidad de la sangre (aumenta la agregabilidad de las plaquetas), lo que aumenta el riesgo de infarto y de algunas arritmias graves.

El riesgo atribuible al tabaquismo es en la enfermedad isquemia e infarto de miocardio del 25% y en las enfermedades cerebro-vasculares del 20%.

En nuestro país, de las muertes producidas por enfermedades cardiovasculares, 2.200 corresponden a enfermedades tabaco-dependientes. El tabaquismo aumenta el riesgo de cardiopatía isquemia y multiplica por 10 el riesgo de muerte en el hombre. En aquellos fumadores que sufren un infarto de miocardio y continúan fumando, el riesgo de re-infarto y de mortalidad es mayor que en aquellos que abandonan. En aquellos sometidos a by-pass coronarios y angioplastias, si continúan fumando, el índice de obstrucción de los mismos es más elevado.

En los enfermos con patología arterial de miembros inferiores a los cuales se les realiza tratamiento quirúrgico y continúan fumando, la obstrucción de los by-pass y las tasas de amputación son mucho más elevadas que en aquellos que abandonan el tabaquismo.

Con relación al accidente vascular encefálico, el riesgo está aumentado tanto en el isquémico como en el hemorrágico.

Tabaco y cáncer.

En el Uruguay existe una mortalidad atribuible a cánceres tabaco-dependientes, de 2464 muertes por año.

Se ha demostrado una causa-efecto entre el tabaquismo y el riesgo de padecer cáncer de pulmón. Este riesgo es 10-15 veces mayor en los fumadores que en los no fumadores.

Si sabemos que el cáncer de pulmón es la principal causa de muerte por cáncer en el Uruguay y que mueren tres personas por día a causa de ello atribuyéndosele que el 85% de los cánceres pueden ser tabaco-dependientes, se podría decir que con el abandono de dicho hábito se evitaría la muerte de aproximadamente 1000 uruguayos cada año.

Otras patologías respiratorias tabaco-dependientes.

En el Uruguay se atribuyen al tabaquismo 848 muertes anuales por patologías respiratorias tabaco-dependientes.

El tabaco es la principal causa de las llamadas enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (EPOC), fundamentalmente bronquitis crónica, y enfisema pulmonar.

El riesgo de padecer estas enfermedades es 25 veces mayor en los fumadores. Alrededor de 70% de las muertes por insuficiencia respiratoria crónica se deben al tabaco.

Aunque el mecanismo íntimo de las EPOC no se conoce, se sabe que el tabaco produce una irritación bronquial crónica, hace que las secreciones mucosas sean más viscosas, más espesas, que se acumulen, a la vez que provoca que las defensas de los bronquios disminuyan y aumenten las infecciones pulmonares. Si bien estas patologías obstructivas pueden no tener alta mortalidad a corto plazo, producen invalidez importante en los años subsiguientes, con importantes costos sanitarios, gran ausentismo laboral, jubilación precoz, e importantes pérdidas económicas para el paciente, su familia y el sistema sanitario.

El humo del tabaco actúa adicionando y potenciando sus efectos a otros factores de riesgo de aterosclerosis, como el colesterol, la diabetes y la hipertensión arterial.

En el sexo femenino asociado a los anticonceptivos orales, aumenta el riesgo de infarto de miocardio y de patologías trombóticas.

Otros efectos menos conocidos.

A nivel óseo: El consumo de tabaco es inversamente proporcional a la densidad ósea, por lo tanto para que una persona tenga una buena masa ósea es importante que no fume.

Respuesta inflamatoria: Se ha demostrado una disminución de la reactivación del sistema inmunológico, lo que hace a los individuos fumadores más susceptibles a las infecciones.

Otros neoplasmas: Se ve acrecentada la frecuencia de padecer cáncer de laringe, faringe, boca, vejiga, cérvix, etc.

Efectos endocrinos: Se ha hallado un aumento en la frecuencia de ciertas enfermedades de la glándula tiroides (enfermedad de GRAVES).

Efecto en los hijos de padres y madres fumadores: *Cuando las mujeres fuman durante el embarazo y período de lactancia:*

Distintas sustancias tóxicas pasan a la placenta a través de la circulación materna y van directamente al feto.

Las madres tienen más riesgo de partos prematuros, abortos, muertes intrauterinas y muertes del recién nacido.

Los recién nacidos tienen más posibilidades de contraer infecciones respiratorias, neumonías, bronquitis y asma.

Los hijos tienen más riesgo de ser prematuros y de bajo peso al nacer.

Durante el amamantamiento, los hijos absorben la nicotina del cigarrillo a través de la leche.

Existe una relación directa entre el tabaquismo y la llamada "muerte blanca" (síndrome de muerte súbita) en los menores de un año.

Pueden afectar el desarrollo físico y emocional de sus hijos.

En caso de padres fumadores:

Aumenta la frecuencia de malformaciones y aparición de cáncer.

En nuestro país mueren aproximadamente 5.500 personas por año por enfermedades atribuibles al tabaquismo, sin incluir las producidas por complicaciones del embarazo. Constituyen el 17,5% de muertes anuales, cifra que evidencia la

magnitud del problema. Si se compara con otras causas de muerte, se observa que en 1996 por accidentes de tránsito murieron 427 personas, por suicidio 401 y por SIDA (síndrome de inmunodeficiencia humana adquirida) 127, números francamente menores a los de las enfermedades tabaco-dependientes.

2.2.8 Epidemiología del tabaquismo en el Uruguay y población en situación de riesgo.

En el inicio de este siglo se produce un aumento sostenido del hábito de fumar hasta la década de 1960, donde comienza a descender debido a los resultados de los primeros estudios mundiales, que vinculaban el tabaquismo al desarrollo de cáncer de pulmón.

Las gráficas de consumo de tabaco y mortalidad por cáncer de pulmón son directamente proporcionales con una diferencia de 20-30 años, que es el tiempo necesario para el proceso de carcinogénesis (proceso de desarrollo del cáncer.)

La mortalidad por cáncer de pulmón va en aumento, siendo éste mantenido y más evidente en las mujeres en los últimos años.

Uruguay ocupa el cuarto lugar en América por mortalidad de cáncer de pulmón (después de EE.UU., Canadá y Cuba.)

La mortalidad actual en el mundo relacionada con el hábito de fumar es de 2.5 millones de personas al año y se estima que llegará a 10 millones en el año 2050. Este aumento se hará a expensas de los países en vías de desarrollo. La propaganda actualmente está dirigida a los jóvenes y las mujeres.

En el año 2001 la Encuesta Nacional de Prevalencia de Consumo de Drogas realizada por la Secretaría Nacional de Drogas revela que un 52.2 % de los individuos de 12 hasta 65 años (aproximadamente un millón de personas) han probado alguna vez en su vida el tabaco y el 32.9 % lo ha hecho en los últimos 30 días. En esta Encuesta se destaca que 44.4 % de los individuos de 12 a 29 años habían probado tabaco alguna vez en su vida y 31.9 % en los últimos 30 días.

En el año 2001 la Secretaría Nacional de Drogas por una Encuesta a Estudiantes de Enseñanza Media, revela que el 55.7 % de los estudiantes ha experimentado con tabaco, incrementándose según el curso. Las mujeres presentan un porcentaje significativamente superior a los hombres en la experimentación. En cuanto a la condición de fumador actual (fumó en los últimos 30 días), alcanza el 32.3 % de la población estudiada. Tomando por curso se incrementa notoriamente entre los 13 y 15 años, pasando del 23.4 % al 42.8 % porcentaje que se estabiliza y mantiene para los alumnos de 17 años. Las mujeres presentan porcentajes significativamente superiores a los hombres, siendo esta una tendencia que aumenta por curso, confirmando la feminización del consumo. La edad de inicio del hábito de fumar promedio es de 13.2 años, aunque a los 12 años ya el 30 % de los experimentadores ya lo ha hecho. No se presentaron diferencias significativas por sexo pero si por curso, donde se obtiene que los alumnos de 13 años son más precoces que los de 15 años y estos últimos a los de 17 años.

El inicio del tabaquismo se produce en la juventud, cada día comienzan a fumar 15.000 jóvenes en el mundo y universalmente está demostrado que el 90% lo hacen en la adolescencia: 60% comienza a fumar entre los 14 y 19 años y el 90% de los que serán fumadores regulares, antes de los 19 años. En Uruguay también el inicio del

tabaquismo predomina en las edades juveniles, entre los 15 y 19 años lo hace el 70%, pero ya antes de los 15 años comienza el 15,3%.

2.2.9 Costos sanitarios del tabaquismo.

La OMS afirma que hay 3.000.000 de muertes prematuras al año en el mundo, y que los costos sanitarios son de 500.000 millones de dólares mayores que en los no fumadores, lo que implica aproximadamente 6.000 dólares más de costo por paciente fumador y por año. Estos gastos son costeados por toda la estructura sanitaria y en consecuencia por toda la sociedad.

En Uruguay, en un trabajo que evalúa costos de las enfermedades cardiovasculares, se comprobó que corresponderían a 230 millones de dólares por año, lo que constituye el 30% del gasto en salud y el 2% del PBI (Producto Bruto Interno), duplicando el presupuesto del Ministerio de Salud Pública. Según la OMS, en las enfermedades cardiovasculares, el riesgo atribuible al tabaquismo es de 20%, por lo tanto se podría estimar, que se gastan aproximadamente 50% millones de dólares por año sólo en patologías cardiovasculares tabaco-dependientes.

2.2.10 Normativas del consumo del Tabaco.

En cuanto a las normas ya dictadas, se encuentra la ley 15.361, que regula la publicidad de los cigarrillos, tabaco y otros productos de uso similar. La mencionada ley, se refiere a la publicidad escrita, televisiva y oral de los cigarrillos. El contenido de nicotina y alquitrán deben ser comunicados al Ministerio de Salud Pública (MSP) para que ejercite el contralor correspondiente.

En cuanto a las prohibiciones que establece esta ley: se prohíbe la venta a menores de 18 años y la venta unitaria de cigarrillos. En otro orden, no se permite bajo ningún concepto la promoción directa o indirecta de los productos en Escuelas, Colegios, Universidades, o cualquier tipo de centro docente y de asistencia público o privado.

En cuanto a la prohibición de fumar, un reciente decreto, establece que se prohíbe fumar en oficinas públicas y dentro de todo local destinado a la permanencia en común de personas, en especial donde se expanden o consuman alimentos, salvo en aquellas áreas determinadas y señalizadas adecuadamente como área de fumadores, las cuales deberán tener una ubicación que garanticen el derecho a los no fumadores. Aquí aparece consagrado el derecho a los no fumadores.

Determina además que dichas áreas deben contar con adecuada ventilación y que la violación a lo dispuesto dará lugar al ejercicio de las potestades de policía sanitaria por parte del MSP. Esta norma consagra un importante logro del país en esta materia; pero su eficacia deriva de su cumplimiento.

2.3 DROGAS, CONSUMO DE SUSTANCIAS SICOACTIVAS.

- 2.3.1 Definición de droga.**
- 2.3.2 Clasificación.**
- 2.3.3 Característica generales de los distintos tipos de Sustancias Sicoactivas.**
- 2.3.4 Factores condicionantes.**
- 2.3.5 Características demográficas.**
- 2.3.6 Normativa del consumo de sustancias sicoactivas.**

2.3.1 Definición.

La OMS define que Droga es: "toda sustancia que introducida en el organismo por cualquier vía de administración produce una alteración, de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso, y es además susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas. Es decir, que modifica el modo de ser "natural" de la persona, su conducta, sus percepciones y su modo de relacionarse con el entorno y consigo mismo."

Las drogas son sustancias sintéticas o naturales que provocan cambios físicos o psíquicos al ser consumidas. Provocan menor o mayor adicción, según el tipo de droga que sea. También existen individuos que presentan mayor o menor propensión a volverse adictos y situaciones sociales que pueden favorecer el consumo y la dependencia.

Drogas, del griego: *drogue*; embuste, mentira, engaño. Al principio transporta a un "paraíso artificial", pero con el transcurso del tiempo lleva a la esclavización, pérdida de libertad, con intoxicación crónica e infelicidad para el individuo.

Droga ilegal, es aquella cuya comercialización está penada por la ley, como por ejemplo la marihuana, clorhidrato de cocaína, heroína y alucinógenos.

2.3.2 Clasificación:

En Uruguay, en general, el alcohol y el tabaco son las drogas de más amplio uso. Son drogas legalizadas y denominadas drogas sociales, ya que su uso no solo es permitido sino que además es propiciado por la publicidad y la sociedad.

Según el servicio de Toxicología del Hospital de Clínicas de la Universidad de la República, las sustancias más consumidas por los jóvenes son: la marihuana, cocaína, anfetaminas y la mezcla de psicofármacos.

Este servicio clasifica a las sustancias psicoactivas por su efecto en el sistema nervioso central:

Sustancias de efecto predominantemente depresor del SNC (sistema nervioso central):

- Alcohol
- Hipnóticos y sedantes (barbitúricos y benzodiazepinas)
- Hidrocarburos (solventes)
- Opiáceos.

Sustancias de efecto predominantemente estimulante del SNC:

- Tabaco
- Cocaína
- Anfetaminas

Sustancias de efecto predominantemente alucinógeno:

- Marihuana
- LSD (Di etilamina de ácido lisérgico)
- Hongos alucinógenos.

Las sustancias capaces de producir fármaco-dependencia se han clasificado de acuerdo a su acción farmacológica predominante. Sin embargo conviene tener en cuenta que:

A menudo los efectos son de tipo mixto.

El título del grupo no expresa necesariamente, lo que es el determinante de las propiedades reforzadoras de los fármacos.

Salvo que se indique lo contrario, los diversos tipos de dependencia, aunque se incluyan en el mismo grupo (depresor, estimulante o sicotonimético), presentan características distintas, pudiendo ser consideradas como entidades independientes.

Es cada vez mas frecuente la poli-dependencia: el consumo simultáneo de varias sustancias capaces de crear fármaco-dependencia.

Se encuentran en la literatura distintos conceptos relacionados al factor de riesgo que implican las drogas: uso experiencial, uso ocasional, consumo habitual, adicción, dependencia, uso y abuso.

I.El uso *experiencial*: Es el consumo de una sustancia una o dos veces pero sin repetir.

II.Uso *ocasional*: Es la reiteración del consumo solo en las circunstancias en que llevaron al primer consumo, sin repetir entre ocasión y ocasión.

III.*Consumo habitual o hábito*: Es aquella costumbre adquirida por la repetición diaria de actos de la misma especie. Es, desde el punto de vista psicológico, una disposición subjetiva, producto y resultado de la costumbre.

En ninguna de estas tres modalidades anteriores existe adicción o dependencia.

IV. Adicción: Es la dependencia física o síquica que crea en el organismo al consumo repetido de sustancias psicoactivas. Por ello se habla de drogadicción para referirse al mismo fenómeno de drogodependencia.

V. Dependencia: Se define en función de la tolerancia y el síndrome de abstinencia. La tolerancia es la capacidad del organismo para adaptarse a la sustancia, de modo tal que se requiere más dosis para producir el mismo efecto. Cuando el individuo se ha transformado en dependiente, la falta de sustancia puede provocar el síndrome de abstinencia, caracterizado por un polifacético conjunto de síntomas físicos y síquicos desagradables y displacenteros, que el individuo conoce y que busca evitar, repitiendo el consumo.

El trastorno por dependencia se caracteriza por:

Deseo persistente de consumo, avidez o apetencia.

Esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo, con pérdida de libertad.

Tolerancia.

Abstinencia, aparición de ésta si no se consume.

Reducción de actividades sociales, laborales o recreativas.

Se continúa el consumo a pesar de los distintos riesgos.

Consumo: para la comprensión y operacionalización de variables, el DMS (Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales) – IV y la CIE - 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades), plantea una noción más amplia del “consumo de sustancias psicoactivas”, que engloba los conceptos antes mencionados, esto sin importar la modalidad de consumo.

2.3.3 Características generales de los distintos tipos de Sustancias Psicoactivas.

Alcohol

Es un depresor del S.N.C., adormece progresivamente el funcionamiento de los centros cerebrales superiores, produciendo desinhibición conductual y emocional. La euforia inicial que provoca se debe a la inhibición del autocontrol del consumidor.

Principales efectos: desinhibición, euforia, relajación, somnolencia, estado de apatía, aumento de la sociabilidad, dificultad para hablar y asociar ideas, descoordinación motriz, sobrevaloración facultades (hasta pérdida de control de facultades superiores), disminución reflejos, coma y muerte por parálisis de los centros respiratorio y vasomotor.

Estos efectos dependen de la cantidad presente en sangre de alcohol, la cual se mide por la tasa de alcoholemia, medida en gramos por litro de sangre.

Sicofármacos

Son fármacos predominantemente depresor del S.N.C., que tienen un efecto en la conducta psicomotora y en los estados emocionales, los barbitúricos (hipnóticos) y

sedantes o tranquilizantes menores (benzodiazepinas) para el tratamiento de la ansiedad son algunos de estos.

Las vías de administración más frecuentes de estos son vía oral y intravenosa.

Los barbitúricos producen depresión reversible de la actividad de todos los tejidos excitables. En el S.N.C. los efectos van desde la sedación leve hasta anestesia general, deprimen el impulso respiratorio y los mecanismos responsables de carácter rítmico de la respiración y en el sistema cardiovascular no producen efectos mayores excepto una ligera disminución de la frecuencia cardíaca y la presión arterial.

Las benzodiazepinas producen sedación, hipnosis, menor ansiedad, relajación muscular y actividad anticonvulsiva, administradas por vía intravenosa producen vasodilatación coronaria.

Solventes

Sustancias gaseosas o que desprenden a temperatura ambiente vapores que se difunden rápidamente. También llamados Inhalantes o Inhalables ya que su vía de administración es la inhalatoria.

Las más utilizadas en nuestro medio son los hidrocarburos derivados del petróleo (pegamento, nafta, pinturas, etc.).

Sustancia de efecto predominantemente depresor del S.N.C..

Producen distintos grados de depresión de la conciencia que va progresivamente desde la somnolencia, la confusión mental (disociación del medio ambiente, sensación de flotar, trastornos de la articulación de la palabra y visión borrosa), el estupor hasta el grado máximo que es el coma. Siempre precedido de una etapa de euforia, con frecuencia pueden presentarse alucinaciones. Se acompaña de elementos irritativos digestivos (nauseas, vómitos) y respiratorios (tos y broncoespasmo). A nivel cardiovascular existe riesgo de trastornos del ritmo cardíaco y paro.

Cocaína

Sustancia de efecto predominantemente estimulante del S.N.C..

Procede de un arbusto cuya denominación botánica es *Erythroxylon coca*, se cultiva principalmente en los países del altiplano andino.

Las hojas de coca tras ser sometidas a procesos de elaboración química dan lugar a distintos derivados: clorhidrato de cocaína, sulfato de cocaína y cocaína base.

El clorhidrato de cocaína es la forma principal de consumo de la misma en Uruguay, se consume fundamentalmente por inhalación, también puede ser inyectado.

Efectos: euforia, locuacidad, aumento de la sociabilidad, aceleración mental, hiperactividad, deseo sexual aumentado, disminución de la fatiga, reducción del sueño, inhibición del apetito y aumento de la la presión arterial.

Anfetaminas

Sustancias de efecto predominantemente estimulante del S.N.C..

Se producen sintéticamente en laboratorios químicos. Su presentación habitual es en forma de comprimidos.

Efectos: agitación, euforia, sensación de autoestima aumentada, verborrea, alerta y vigilancia constantes, falta de apetito y adelgazamiento, taquicardia, insomnio, sequedad de boca, sudoración y contracción sostenida de la mandíbula.

Marihuana

Sustancia de efecto predominantemente alucinógeno.

Procede de una planta denominada *cannabis sativa* con cuya resina, flores y hojas se elaboran tanto la marihuana como el hachís.

Efectos: relajación, desinhibición, hilaridad, sensación de lentitud en el paso del tiempo, somnolencia, alteraciones sensoriales, dificultades en el ejercicio de funciones complejas (expresarse con claridad, memoria inmediata, capacidad de concentración y proceso de aprendizaje), aumento del apetito, sequedad de boca, ojos brillantes y enrojecidos, taquicardia, sudoración, somnolencia y descoordinación de movimientos. Se consume en forma de cigarrillos.

L.S.D.(Dictilamina de Ácido Lisérgico)

Sustancia de efecto predominantemente alucinógeno. Posee potente efecto a dosis mínimas.

Descubierto accidentalmente por un farmacéutico en una investigación con el cornezuelo de centeno.

Se consume por vía oral.

Efectos: alteración de la percepción, hipersensibilidad sensorial, deformación de la percepción del tiempo y el espacio, alucinaciones, ideas delirantes, euforia, confusión mental, verborrea, hiperactividad, experiencia mística, taquicardia, hipertermia, hipotensión, dilatación pupilas y descoordinación motora.

La experiencia alucinógena puede ocurrir sin que tenga lugar el consumo, este es el efecto negativo por el cual los consumidores lo abandonan.

Hongos Alucinógenos

Sustancias de efectos predominantemente alucinógenos, perturbadoras del S.N.C. provocan alteración de la percepción de la realidad.

Existen una gran diversidad de sustancias alucinógenas, como es el caso de los hongos como el Psilocibes (hongo de la bosta, cucumelo) y otras sustancias que se consumen en infusiones como el Floripón (Dotura Brumasia).

Efectos: alteración de la percepción, hipersensibilidad sensorial, deformación de la percepción del tiempo y el espacio, alucinaciones, ideas delirantes, euforia, confusión mental, verborrea, hiperactividad, experiencia mística, taquicardia, hipertermia, hipotensión, dilatación pupilas y descoordinación motora.

Morfina

Sustancia de efecto predominantemente depresor del S.N.C., es un analgésico mayor producido a partir del opio, actualmente se obtiene mayormente en forma sintética.

Efectos: analgesia (a dosis terapéuticas sin pérdida de conocimiento), somnolencia, alteración del estado de ánimo (euforia), depresión respiratoria, menor motilidad gastrointestinal, náuseas, vómitos y alteración de los sistemas endocrino y nervioso autónomo.

Puede ser administrado por todas las vías de administración, en general su administración es por vía parenteral.

Codeína

Es metilmorfina con sustitución metilica en el OH fenólico.

Efectos: analgesia (a dosis terapéuticas sin pérdida de conocimiento), somnolencia, alteración del estado de ánimo (euforia), depresión respiratoria, menor motilidad gastrointestinal, náuseas, vómitos y alteración de los sistemas endocrino y nervioso autónomo.

Puede ser administrada por todas las vías, pero manifiesta una ventaja considerable que es la alta potencia oral-parenteral.

Meperidina

Sustancia de efecto predominantemente depresor del S.N.C., es un analgésico sintético producido a partir del opio.

Efectos similares a la morfina pero se destacan principalmente los analgésicos.

Puede ser administrado por todas las vías de administración.

Heroína ó diacetilmorfina

Se prepara a partir de la morfina por acetilación de los grupos OH fenólico y alcohólico. Al ingresar al organismo se desacetila rápidamente a 6-monoacetil morfina y luego a morfina. En base a su peso la heroína es aproximadamente dos veces y media más potente que la morfina como analgésico pero por vía subcutánea no produce mayor euforia ni dependencia física.

Efectos: analgesia (a dosis terapéuticas sin pérdida de conocimiento), somnolencia, alteración del estado de ánimo (euforia), depresión respiratoria, menor motilidad gastrointestinal, náuseas, vómitos y alteración de los sistemas endocrino y nervioso autónomo.

2.3.4 Factores condicionantes

Existen múltiples factores que interactúan en el adolescente, determinando que no exista una única causa que condicione el consumo de sustancias psicoactivas, por lo que ninguna acción aislada será efectiva si esta no se adecua al medio donde se desenvuelve y si no se ajusta a su cultura.

Se identificaron 7 factores asociados al consumo de sustancias psicoactivas tales como: conducta agresiva, amigos con conductas transgresoras, dificultades en el rendimiento escolar, trastornos del humor inespecíficos, amigos consumidores, disfunciones familiares y familia no continente. Estos hallazgos concuerdan con estudios realizados en otros países.

Los factores vinculados al consumo de sustancias psicoactivas son variados. Según Larry Patton existe una base genética para la adicción, en especial del alcohol. El mismo autor señala factores familiares, tales como la convivencia con padres consumidores de alcohol u otras sustancias, como un riesgo mayor de adicción o dependencia. Otros aspectos familiares señalados vinculados al uso de dicha sustancia, son los rasgos de impulsividad, ausencia de límites, patrones de comunicación inadecuados, como críticas excesivas, culpabilizaciones, expectativas desmedidas y falta de elogios.

Según Meyer algunos tipos de consumo pueden estar relacionados con los patrones de consumo intra-familiar.

Pouy y Triaca señalan que se transmite a los hijos una tendencia a resolver los conflictos y las frustraciones mediante la incorporación de objetos externos.

De Souza Cardiam y col. encontraron en un grupo de consumidores de drogas ilícitas, trastornos psiquiátricos en el núcleo familiar. Lo más relevante corresponde al trastorno psiquiátrico en el uso de alcohol de padres y la presencia de neurosis en las madres.

Se encontró también escisión familiar, padre ausente o con débil presencia y una relación de influencia materna.

Esta comprobado además factores de predisposición por patologías psiquiátricas

individuales.

El grupo de pares tiene influencias, no es bien la causa sino la consecuencia dado que tener amigos que consumen no guarda relación directa con el hecho que consuman sustancias psicoactivas.

Se señala en otro orden, que factores macro sociales y económicos también influyen. Drogas como el tabaco y el alcohol tienen muy pocas restricciones, y algunos casos son promovidas socialmente.

Según Kandel y col., el abuso de drogas suele originarse en la adolescencia. Es vinculado con el proceso normal, aunque problemático, del crecimiento, experimentación con nuevas conductas, la autoafirmación, el desarrollo de relaciones íntimas (habitualmente heterosexuales) con gente ajena a la familia, y el abandono del hogar. Se sugieren tres etapas en el uso adolescente de drogas. La primera es el uso de drogas legales, como el alcohol, y es principalmente un fenómeno social. La segunda implica el uso de marihuana, donde el adolescente se ve influido por su grupo de pares. La tercera etapa, es el uso frecuente de otras drogas ilegales, esta parece depender más de la calidad de las relaciones padres-adolescentes que de otros factores. Este autor concluye que el abuso de drogas más serio es predominantemente un fenómeno familiar, la influencia del grupo de pares es nula o escasa mientras la familia permanezca fuerte.

2.3.5 Características demográficas:

Los datos que se expondrán a continuación son extraídos de la Encuesta Nacional de Prevalencia de Consumo de Drogas y de la Encuesta Estudiantes de Enseñanza Media (estudiantes de 13 a 17 años) realizados por la Secretaría Nacional de Drogas en el año 2001.

El 81.2 % de las personas mayores de 12 años ha probado alcohol alguna vez en su vida, constituyéndose en la droga más consumida por los uruguayos.

Casi 16 de cada 100 uruguayos declara episodio de abuso de alcohol (episodio de abuso se define al haber ingerido en alguna oportunidad en los últimos 30 días, dos litros de cerveza o más, un litro de vino o más o cuatro medidas de whisky, grapa, caña o espinillar), siendo sensiblemente mayor el porcentaje en hombres (26 %) frente a las mujeres (6.5 %). En cuanto a la población de Estudiantes de Enseñanza Media la edad de inicio resultó ser de 12.7 años, ya a los 13 años siete de cada diez estudiantes había experimentado con alcohol y a los 17 años el 92.8 % ya lo había realizado. En el total de los estudiantes de 13 a 17 años 78.3 % han consumido alcohol alguna vez en su vida.

La Marihuana es la droga ilegal más consumida, 5.1 % de la población urbana de 12 a 65 años ha experimentado con esta droga, duplicándose el porcentaje en la población de 12 a 29 años (9 de cada mil). Hay un incremento en la experimentación con marihuana y también un leve descenso en cuanto al consumo habitual. Tanto el consumo experiencial como habitual es predominantemente masculino. En los estudiantes de Enseñanza Media se registra un 12 % de experimentación con la misma alguna vez en su vida y 3.3 % en los últimos 30 días antes del estudio. La edad promedio de inicio es de 14.7 años no existiendo diferencias significativas por sexo en el comportamiento de esta variable.

La Cocaína es la segunda droga ilegal más consumida, el 1.4 % de la población entre 12 a 65 años ha consumido en alguna oportunidad la misma. El consumo se manifiesta principalmente en las personas menores de 30 años, 1 de cada mil uruguayos

menores de 30 años manifiesta haber consumido cocaína en los 30 días último realizars el estudio. En los estudiantes de Enseñanza Media este consumo es de 2.4 %, porcentaj que alcanza a 3.9 % en los alumnos de 17 años. Al medir el consumo actual en el tota se detecta que este es marginal de 0.5 % de la muestra. Los hombres tienen un consum superior a las mujeres. La edad promedio de inicio con la cocaína es de 15.05 años.

El consumo de anfetaminas sin prescripción médica ha disminuido desde 1994. El consumo declarado por los uruguayos alcanza un 0.3 % de la población. A diferenciar al consumidor vemos que el consumo es mayor en las mujeres y en lo mayores de 29 años. En los estudiantes de Enseñanza Media 4 de cada mil declarar haber consumido anfetaminas sin prescripción médica alguna vez en la vida, e porcentaje máximo se da en los estudiantes de 17 años con un 0.9 %. No se presentar diferencias significativas por sexo.

11000 uruguayos de entre 12 y 65 años (0.6 % de la población estudiada) declararon haber probado al menos una vez en la vida alucinógenos, en la población entre 12 y 29 años este porcentaje se eleva a 1.5 %. La tendencia de consumo se mantiene estable desde 1994. En los estudiantes de Enseñanza Media 1.4 % había consumido alguna vez en la vida, no hay diferencias significativas según sexo. La edad de inicio del consumo promedio es 15 años.

El consumo de solventes alguna vez en la vida es declarado por el 0.1 % de la población objeto de estudio. En todos los casos corresponden a varones menores de 29 años. La tendencia del consumo presenta una disminución con respecto a los estudios realizados en el año 1994 y 1998. El mayor porcentaje de consumo se presenta en los alumnos de 13 y 14 años. La edad de inicio promedio es de 13 años.

2.3.6 Normativa del consumo de sustancias psicoactivas.

En el año 1974, en Uruguay surgen las primeras disposiciones legales relacionado a la drogodependencia, (Decreto de Ley N° 14.294 de 31/10/74). Este instrumento legal permite el control de las sustancias, consumo, tráfico, y promueve la educación, prevención y atención de los fármaco-dependientes.

En 1986 se crea en el MSP, el Programa Nacional de Salud Mental. En 1988, se crea la Junta Nacional de Prevención y Represión del Tráfico ilícito y uso abusivo de drogas; las acciones en el ámbito Nacional son coordinadas a través de la Secretaría Nacional de Drogas y por la JND (Junta Nacional de Drogas).

La competencia de la JND, con base en el Decreto de Ley 14.294, con las modificaciones dadas por la reciente Ley antidrogas N° 17.016, de octubre de 1999, fue definida y reglamentada por el Decreto Legal 342/99 de octubre/ 99, expedido por el Presidente de la República actuando en Consejo de Ministros.

En 1990 el MSP, destacó el problema como de prioridad Nacional, creando el Programa Prioritario de Hábitos Tóxicos y Adicciones, cuyo cometido es promover, organizar y asesorar las acciones de educación preventiva socio-sanitaria en todo el territorio nacional.

En 1994 se aprueba la Ley 16.579 confirma la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Drogas (Convención de Viena de 1988). La Convención de Viena de 1988, es la base de la legislación internacional en materia de drogas, obliga a los países parte, a castigar como delitos la producción y la comercialización de la marihuana, cocaína, heroína y otros opiáceos y las drogas de síntesis.

3. MARCO REFERENCIAL.

- 3.1 Historia del I.A.V.A.**
- 3.2 Aspectos generales de su arquitectura.**
- 3.3 Ubicación Geográfica.**
- 3.4 Matrícula del I.A.V.A. (año 2001) en los turnos matutino, intermedio y vespertino.**

3.1 Historia del Instituto Alfredo Vásquez Acevedo (I.A.V.A.).

En el año 1881 el rector Alfredo Vásquez Acevedo inicia las gestiones para dotar de edificios adecuados a la sección de Enseñanza Secundaria y a la Universidad.

En Diciembre de 1904 el presidente José Batlle y Ordóñez por la Ley 2921 de Edificios Universitarios asigna el terreno donde se construirá la Facultad de Enseñanza Secundaria, por esta misma ley se asignan 500.000 pesos oro para las obras y se creaba un impuesto con idéntico propósito.

En Setiembre de 1905 se coloca la piedra fundamental.

El 22 de Enero de 1911 el presidente Williman inaugura oficialmente los edificios de la Sección de Enseñanza Secundaria y Preparatorios (hoy en día I.A.V.A.) y de la Universidad (Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, Oficinas Centrales y Facultad de Medicina), calificándose estos edificios como "obras que honran al país".

La Sección de Enseñanza Secundaria y Preparatorios comienza a funcionar inmediatamente.

El proyecto de Vásquez Acevedo de dotar a la Educación Pública de locales apropiados era una realidad.

La foto oficial de la Sección de Enseñanza Secundaria y Preparatorios tomada en 1911, fue enviada a todas nuestras legaciones. Mostraba al mundo un país pujante y próspero.

En 1923 fallece Alfredo Vásquez Acevedo, tres años después de su muerte la Sección de Enseñanza Secundaria y Preparatorios recibe su nombre.

Para el año 1936 esta institución va consolidando su excelencia académica, los docentes de este eran los principales intelectuales del momento.

3.2 Aspectos generales de su arquitectura.

Alfredo Jones Brown es el arquitecto que en 1909 proyectó el edificio que hoy ocupa el I.A.V.A., pertenecía a la corriente de la Ecole de Beaux Arts.

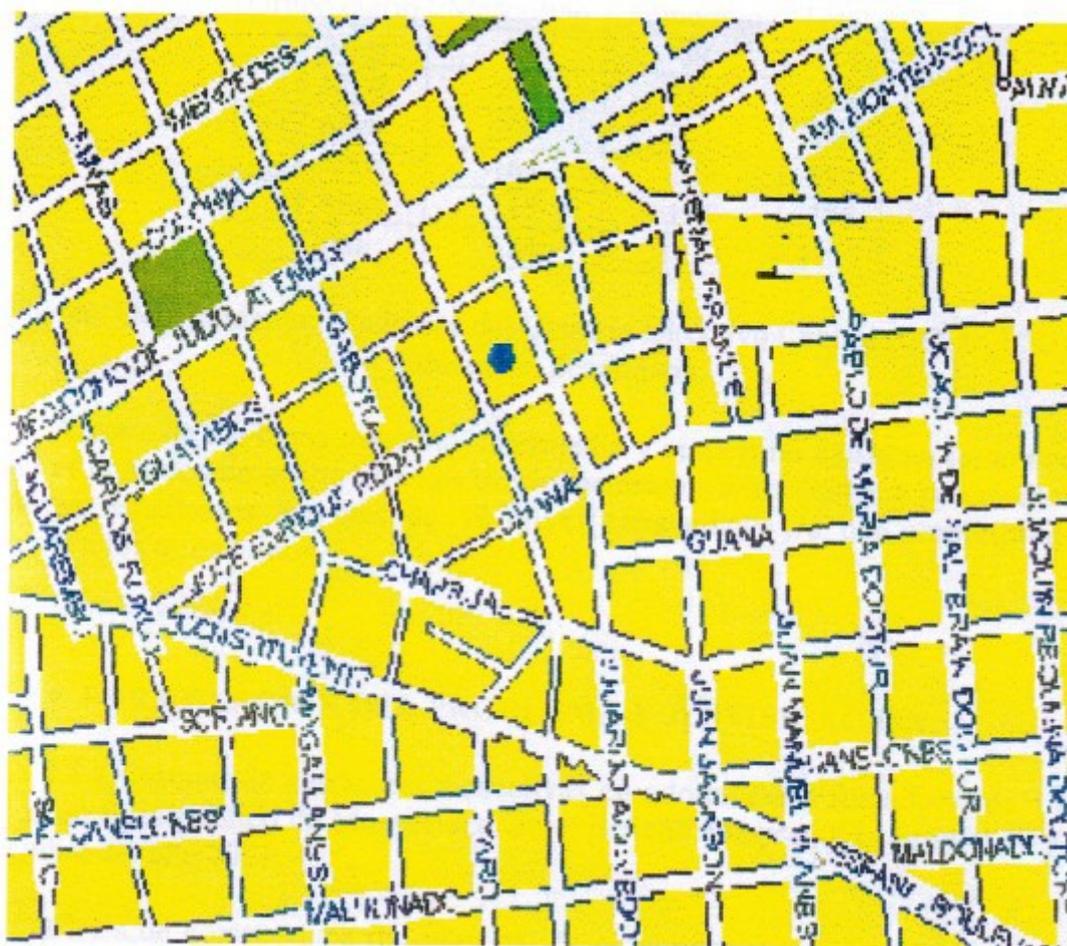
De la majestuosidad de su construcción es pertinente destacar que en su fachada están escritos en relieve temas de prohombres de la Humanidad, 48 nombres en total correspondientes a filósofos, naturistas, escritores, físicos, etc. de todos los tiempos, todos europeos y hombres.

El edificio cuenta con observatorio astronómico, biblioteca, cantina, laboratorio Física, laboratorio Química, Museo Histórico Natural, salón de actos públicos, aulas, oficinas, salas de adscriptos y profesores y servicios sanitarios. En el mismo edificio se encuentra la Biblioteca Central de Educación Secundaria.

3.3 Ubicación Geográfica.

El I.A.V.A. se encuentra ubicado en la calle Eduardo Acevedo N° 1419, entre las calles Guayabo, Emilio Furgoni y José Enrique Rodó (Ver Mapa 1.).

MAPA 1.



Fuente: Guía Digital de Montevideo 1.1, Ministerio de Transporte y Obras Públicas (M.T.O.P).

3.4 Matrícula del I.A.V.A. (año 2001) en los turnos matutino, intermedio y vespertino.

Cuadro N° 2. Distribución de los adolescentes que concurren al I.A.V.A. (año 2001) en los turnos matutino, intermedio y vespertino.

Grupo etario	Masculino	Femenino	Total
15 Años	45	89	134
16 Años	154	269	423
17 Años	207	291	498
18 Años	163	229	392
19 Años	115	155	270
Total	684	1033	1717

Fuente: Departamento Estadística del Consejo Directivo Central (CODICEN) de Educación Secundaria.

A parte de los turnos matutino, intermedio y vespertino existe un turno nocturno el cual es considerado aparte de estos tres mencionados anteriormente porque al mismo concurren estudiantes mayores de 19 años (extra edad) y/o con imposibilidad de concurrir a los otros turnos.

4. FORMULACION DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN.

4.1 Consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes fumadores de 15 a 19 años de un liceo público de Montevideo, en el periodo comprendido entre el 22 y el 26 de Octubre del año 2001.

4.2 Es de competencia del personal de enfermería como integrante del equipo de salud, desarrollar actividades que eleven la calidad de vida de la población.

La investigación en enfermería surge ante la necesidad de establecer una base científica orientada a la prevención de enfermedades y promoción de la salud.

La instrumentación de programas dirigidos a los problemas de una población solo puede realizarse bajo el conocimiento certero de las necesidades, problemas, intereses y potenciales de dicha población.

"La OMS establece que el tabaquismo constituye la gran pandemia del siglo XX, y que hay 3 millones de muertes prematuras por año en el mundo por dicha causa. El inicio del tabaquismo se produce en la juventud; cada día comienzan a fumar 15.000 jóvenes en el mundo y universalmente está demostrado que el 90 % lo hacen en la adolescencia, el 60 % comienzan a fumar entre los 14 a 19 años. En Uruguay también el inicio del tabaquismo predomina en las edades juveniles, entre los 25 y 19 años lo hacen el 70 %, pero ya antes de los 15 años comienza el 15,3%, según CHLCC, Tabaco y Tabaquismo, Epidemiología; Dra. Beatriz Goja".

"La JND plantea que los más graves problemas de salud pública asociados al consumo de drogas, no son atribuibles a las sustancias generalmente percibidas como tales (drogas ilegales), sino a las que se consideran sustancias de consumo y comercialización libre (alcohol y tabaco). Resulta elocuente resaltar que la primera causa de muerte prevenible vinculada al consumo de drogas en el Uruguay tiene que ver

con las enfermedades cardiovasculares producidas por el consumo de tabaco”.

También la JND pone en consideración a la etapa de la adolescencia como una de las etapas claves en el momento en el que puede tener lugar el inicio en el consumo de drogas. La adolescencia es un tiempo de descubrimiento, de exploración. Un tiempo en el que la infancia va quedando atrás y se abre un horizonte aparentemente ilimitado de posibilidades.

“Según el Manual de Prevención de Hábitos Tóxicos de la CHLCC, el tabaquismo puede ser el primer paso para el comienzo del consumo de otro tipo de drogas: alcohol, marihuana, cocaína, inhalantes, alucinógenos, etc.”

5. OBJETIVOS.

5.1 Objetivo general:

Identificar si el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes fumadores entre 15 y 19 años, que concurren al liceo Instituto Alfredo Vázquez Acevedo (IAVA) en el período comprendido entre el 22 y 26 de Octubre de 2001, comienza antes o después de iniciado el hábito de fumar.

5.2 Objetivos específicos:

- A. Caracterizar a la población fumadora según sexo y edad cronológica.
- B. Identificar la prevalencia de vida de otras sustancias psicoactivas que consumen o consumieron alguna vez en su vida los adolescentes fumadores de 15 a 19 años que concurren al liceo IAVA, y distinguir cuales son estas, discriminadas por sexo.
- C. Identificar el momento de inicio en el consumo de otras sustancias psicoactivas en relación al comienzo del hábito tabáquico en adolescentes fumadores de 15 a 19 años que concurren al liceo IAVA, discriminados por sexo.

6. MATERIALES Y METODOS.

6.1 Diseño de investigación.

Descriptivo transversal.

6.1.1 Población de estudio.

La investigación fue realizada en el liceo público "IAVA", ubicado en Montevideo, en la calle Eduardo Acevedo N° 1419, dicha institución cuenta con una matrícula de 1717 alumnos.

La selección de esta institución fue por conveniencia de la investigadora. Los motivos por los cuales se seleccionó este centro de estudios son: accesibilidad geográfica del centro de estudios, pertenencia de los estudiantes al grupo etario en estudio y concurrencia de todos los grupos etarios en estudio en todos los turnos en los que se dictaban clases.

La población de estudio son todos los adolescentes fumadores de 15 a 19 años que concurren al liceo IAVA en el período comprendido entre el 22 y 26 de Octubre de 2001.

Los criterios de inclusión que se utilizaron fueron:

- o Individuos fumadores (entendiéndose por fumadores a los individuos que consumen por lo menos un cigarrillo al día) de 15 a 19 años que concurren al I.A.V.A. en el período comprendido entre el 22 y 26 de Octubre de 2001.

Esta población de estudio esta conforma por 214 adolescentes fumadores de 15 a 19 años que concurren al IAVA en el período antes mencionado(Ver Cuadro N° 3).

No se trabajo con muestra ya que se desconocía la magnitud del universo (cuantificación del mismo) lo cual no permitia reconocer si la muestra es estadísticamente representativa o no, cuestionando esto la relevancia de los resultados obtenidos.

Cuadro N° 3. Distribución de los Adolescentes que concurren al IAVA (año 2001) y de la Población de Estudio por grupo etario y sexo.

Grupo etario	Total de adolescentes que concurren al IAVA.			Población de Estudio		
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total
15 Años	45	89	134	7	10	17
16 Años	154	269	423	12	34	46
17 Años	207	291	498	17	32	49
18 Años	163	229	392	25	38	63
19 Años	115	155	270	16	23	39
Total	684	1033	1717	77	137	214

Fuente: Departamento Estadística CODICEN de Educación Secundaria.

6.1.2 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	NIVEL DE MEDICION	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	CATEGORIZACION
1. Sexo.	Cualitativo Nominal	Condición biológica que distingue al hombre de la mujer	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
2. Edad.	Cuantitativa Continua	Tiempo en años cumplidos al momento de la investigación.	<ul style="list-style-type: none"> • 15. • 16. • 17. • 18. • 19.
3. Consume otras sustancias psicoactivas.	Cualitativa Nominal	Según la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud es el consumo de sustancias psicoactivas independientemente de la modalidad. Tomaremos en cuenta la PREVALENCIA DE VIDA: se refiere a la proporción de entrevistados que consumieron la droga, en estudio, alguna vez en la vida.	<input type="checkbox"/> Consumió <input type="checkbox"/> No Consumió
4. Tipo de sustancia psicoactiva.	Cualitativa Nominal	Sustancia que tiene efectos sobre el SNC ya sean deprimiendo, estimulando, ó como alucinógeno. Se excluye la nicotina.	<input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Sicofarmacos <input type="checkbox"/> Inhalantes <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Anfetaminas <input type="checkbox"/> Marihuana <input type="checkbox"/> LSD <input type="checkbox"/> Hongos alucinógenos <input type="checkbox"/> Morfina <input type="checkbox"/> Codeína <input type="checkbox"/> Meperidina <input type="checkbox"/> Heroína
5. Comienzo del consumo de otras sustancias psicoactivas.	Cualitativa Nominal	Momento del consumo de otras sustancias psicoactivas (independientemente de la modalidad), relacionado al comienzo del hábito de fumar cigarrillos	<input type="checkbox"/> Antes del comienzo del hábito de fumar cigarrillos <input type="checkbox"/> Después del comienzo del hábito de fumar cigarrillos

6.2 Métodos

Para esta investigación se seleccionara como método, para la recolección de datos, la encuesta, utilizando un cuestionario como instrumento.

“Según Canales (1994), su costo es relativamente bajo, tiene capacidad para proporcionar información sobre un mayor número de personas en un período breve, brinda facilidad para obtener, cuantificar, analizar e interpretar los datos, presenta menores requerimientos de personal, pues no es necesario adiestrar encuestadores ó entrevistadores, otorga mayor posibilidad de mantener el anonimato de los encuestados, y elimina sesgos que se introducen en las encuestas.”

6.3 Recolección de la información

Los cuestionarios elaborados se entregaran a los adolescentes fumadores que concurrirán al centro de estudio referido en el período comprendido entre el 22 y 26 de Octubre de 2001. En estos cinco días de recolección de datos, se utilizaran los dos primeros para la recolección en el turno matutino, los siguientes dos para el turno intermedio y el último día para el turno vespertino (turno en el cual se encuentra el menor número de unidades pertenecientes a nuestro universo).

Para dicha entrega primero se tomara conocimiento de los grupos que funcionan en la institución y en los cuales se encuentra nuestra población en estudio. Dicha información fue brindada por los Profesores Adscriptos.

Luego me dirigiré a los grupos y solicitaré al Docente que entregue los cuestionarios respetando las edades en estudio y la condición de fumadores de estos (aclarando el criterio de inclusión). A los adolescentes se les brindará información acerca del propósito de dicha investigación y se les realizará una lectura previa del cuestionario evacuando dudas que surgieran del mismo y planteando el criterio de inclusión para los fumadores.

Al finalizar, los cuestionarios serán colocados en un buzón (permitió mantener la confidencialidad de los mismos). Posteriormente se retiraran del buzón y se prestara especial atención a que se encuentren completos.

El instrumento de recolección de datos será un cuestionario cerrado que contendrá los siguientes ítems: sexo, edad, consumo de otras sustancias psicoactivas, tipo de sustancia psicoactiva consumida y comienzo del consumo de otras sustancias psicoactivas en relación al hábito de fumar (Anexo 1).

6.4 Análisis de la información

Los datos serán extrapolados de los formularios a unas planillas de sistematización de datos (Anexo 2).

Posteriormente los datos se presentaran en tablas, para lo cual se realizará calculo de frecuencia relativa porcentual (Anexo 3).

7. Resultados esperados

Los resultados esperados serán tablas, representaciones gráficas y la descripción del comportamiento de cada variable en la población en estudio.

8. Lista de Abreviaturas.

CCAP	Conocimientos, Creencias, Actitudes y Practicas.
CHLCC	Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer.
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades.
CODICEN	Consejo Directivo Central.
DIBA	Dirección Básico.
DMS	Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales.
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
IAVA	Instituto Alfredo Vázquez Acevedo.
JND	Junta Nacional de Drogas.
LSD	Dietilamida de Ácido Lisérgico.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
PBI	Producto Bruto Interno.
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida.

9. Referencias.

- Ander – Egg, E. 1987. "Técnicas de investigación social". Vigésima Primera Edición. Editorial Humanitas. Buenos Aires. Argentina.
- Benia, W. Contera, M. Deíva, J. Echebeste, L. 2001. "Sustancias psicoactivas y factores asociados en estudiantes de primer año de la Universidad de la República". Primera Edición. Presidencia de la República. Junta Nacional de Drogas. Universidad de la República. Servicio Central de Bienestar Universitario. Comisión Interamericana para el control del Abuso de Drogas-O.E.A., Montevideo. Uruguay.
- Beers, M. Berkow, M (eds). 1999. El Manual Merck. Décima Edición Española. Ediciones Harcourt. Madrid. España.
- Censo Uruguayo. 1995.
- Cielo, Guillermo. 2001. Historia del I.A.V.A.. Primera Edición. Editorial Cardo. Montevideo. Uruguay.
- Clayton, T. 1997. "TABER'S Diccionario Médico Enciclopédico". Primera Edición. Editorial El Manual Moderno. México.México.
- Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer. Área de Educación Poblacional. 1992-1993. "La problemática del humo del tabaco". Encuesta - Tabaquismo, CCAP (Conocimientos, Creencias, Actitudes y Practicas). Montevideo. Uruguay.
- Eco, U. 1977. "Como se hace una Tesis". Primera Edición. Editorial Gedisa. Buenos Aires. Argentina.
- Forselledo, A. 1994. "Contexto Latinoamericano. Salud y riesgo de consumo de alcohol y drogas por los jóvenes". Publicación: Boletín Foro/ Resp. Inst.: Asociación uruguaya para la prevención del alcoholismo y la fármaco-dependencia. Vol.7 N° 19.
- Forselledo, A. 2000. "El esquema de roles y el yo del fármaco-dependiente" Publicación: Boletín Foro/ Resp. Inst.: Asociación uruguaya para la prevención del alcoholismo y la fármaco-dependencia. Vol.12 N° 33.

- Goja, B. 1999. "Primer taller para la formación de formadores en el Abandono del Hábito del Tabaquismo". Epidemiología del Tabaquismo en el Uruguay. Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer. Uruguay.
- Goja, B. 1999. "Tabaco y Tabaquismo – Epidemiología". Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer. Montevideo. Uruguay.
- Goodman, A. Goodman, L. Gilman, A. 1980. Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica. Sexta Edición. Editorial Científico-Técnica. La Habana. Cuba.
- Hungler, B.P. Polit, D.F. 2000. "Investigación científica en ciencias de la salud". Sexta Edición. Editorial MacGraw-Hill Interamericana. México. México.
- Junta Nacional de Drogas. 2002. "Tabaquismo – Consumo en el ámbito de la enseñanza media" Informe de investigación. OPS/ OMS/ CDC/ SND. Presidencia de la República. Uruguay.
- Leddy, S. Mae Pepper, J. 1985. "Bases conceptuales de la enfermería profesional". Primera Edición. Publicación de la Organización Panamericana de la Salud- Organización Mundial de la Salud. Filadelfia. Estados Unidos de América.
- Marín y González. 1998. "Tabaquismo, bases para la investigación". Revista Rol de Enfermería N° 234: 5.
- MSP. 1994. "Datos estadísticos". Montevideo. Uruguay.
- MSP. "Manual de prevención de hábitos tóxicos". Montevideo. Uruguay.
- MSP. 1996. "El placer de no fumar" Publicación del Comité Latinoamericano Coordinador del Control del Tabaquismo. Montevideo. Uruguay.
- MSP. 1994. "Investigación socio laboral del tabaquismo en el Uruguay urbano". Montevideo. Uruguay.
- MSP. 1994. "Investigación sobre tabaquismo en la adolescencia". Informe Preliminar. Montevideo. Uruguay.

- Pineda, E. de Alvarado, E.+ de Canales, F. 1994. "Metodología de la investigación". Segunda Edición. Publicación de la Organización Panamericana de la Salud. Washington. Estados Unidos de América.
- Portillo, J. 1992. "La adolescencia salud - enfermedad". Primera Edición. Ediciones de la Banda Oriental. OPS/ OMS. Montevideo. Uruguay.
- Samaja, J. 1997. "Epistemología y metodología – Elementos para una teoría de la investigación científica". Segunda Edición. Editorial Universitaria de Buenos Aires. Buenos Aires. Argentina.
- Sica, A. 1999. "Primer taller para la formación de formadores en el Abandono del Hábito del Tabaquismo". Determinantes sicosociales en el Hábito de Fumar. Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer. Montevideo. Uruguay.
- Siegel, R.1976. "Herbal Intoxication: Psychoactive Effects from Herbal Cigarettes, Tea and Capsules". Journal of the American Medical Association. 236: 5. 473.
- Tamayo y Tamayo, M. 1990. "Metodología formal de la investigación científica". Primera Edición. Editorial Limus. Bogotá. Colombia .
- Tapia, R. 1994. "Las adicciones, dimensión, impacto y perspectiva". Primera Edición. Editorial El Manual Moderno. México. México.

10. Anexos.

Anexo 1.: Instrumento de Recolección de Datos.	39
Anexo 2.: Planilla de Sistematización de Datos.	40
Anexo 3.: Tablas.	41

Consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes fumadores de 15 a 19 años.

SEXO:

- Femenino
- Masculino

EDAD:

..... Años.

¿Consumió alguna sustancia (aparte del cigarrillo) en forma voluntaria?

- Consumió
- No Consumió

¿Ha consumido alguna de estas sustancias (aparte del cigarrillo) en forma voluntaria alguna vez en su vida?

Alcohol		LSD	
Sicofármacos		Hongos Alucinógeno	
Inhalantes		Morfina	
Cocaína		Codeína	
Anfetaminas		Meperidina	
Marihuana		Heroína	

¿El consumo de estas sustancias se realizó ANTES o DESPUES de iniciado el hábito de fumar?

- ANTES
- DESPUES

Anexo 2.

Planilla de sistematización de datos

1. Edad	
---------	--

2. Sexo	
Femenino	
Masculino	
Total	

3. Distribución de la prevalencia de vida de otras sustancias psicoactivas, según sexo:

	Femenino	Masculino	Total
Consumió			
No consumió			
Total			

4. Prevalencia de vida para cada tipo de otra sustancia psicoactiva según sexo.

	Femenino	Masculino	Total
Alcohol			
Sicofármacos			
Inhalantes			
Cocaína			
Marihuana			
LSD			
Hongos			
Heroína			
Morfina			
Codeína			
Meperidina			
Anfetaminas			
Total			

5. Momento de consumo de otra sustancia psicoactiva con respecto al inicio del hábito de fumar según sexo.

	Femenino	Masculino	Total
Antes			
Después			
Total			

Anexo 3.
Tablas

Tabla 1. Prevalencia del hábito de fumar según sexo en adolescentes fumadores que concurren al I.A.V.A. en el periodo comprendido entre el 22 y 26 de Octubre de 2001.

	F.A.	F.R. %
Femenino		
Masculino		
Total		

Tabla 2. Distribución de los adolescentes fumadores que concurren al I.A.V.A. en el periodo comprendido entre el 22 y 26 de Octubre de 2001, según grupo etario y sexo.

Grupo etario.	Femenino		Masculino		Total
	F.A.	F.R.%	F.A.	F.R.%	
15 años					
16 años					
17 años					
18 años					
19 años					
Total					

Tabla 3. Distribución de la Prevalencia de vida de otras sustancias psicoactivas en adolescentes fumadores que concurren al I.A.V.A. en el periodo comprendido entre el 21 y el 26 de Octubre de 2001, según sexo.

	Femenino		Masculino		Total	F.R.%
	F.A.	F.R.%	F.A.	F.R.%		
Consumió						
No Consumió						
Total						

Tabla 4. Prevalencia de vida para cada tipo de otra sustancia psicoactiva en adolescentes fumadores que concurren al I.A.V.A. en el período comprendido entre el 21 y el 26 de Octubre de 2001, según sexo.

	Femenino		Masculino		Total	F.R.%
	F.A.	F.R.%	F.A.	F.R.%		
Alcohol						
Sicofármacos						
Inhalantes						
Cocaína						
Marihuana						
LSD						
Hongos						
Heroína						
Morfina						
Codeína						
Meperidina						
Anfetaminas						
Total						

Tabla 5. Momento de consumo de otras sustancias psicoactivas con respecto al inicio del hábito de fumar, en adolescentes fumadores que concurren al I.A.V.A. en el período comprendido entre el 21 y el 26 de Octubre de 2001, según sexo.

	Femenino		Masculino		Total	F.R.%
	F.A.	F.R.%	F.A.	F.R.%		
Antes						
Después						
Total						