



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL



INFLUENCIA DEL GRUPO DE PARES EN EL INICIO DEL CONSUMO DE PASTA BASE DE COCAÍNA EN ADOLESCENTES

AUTORES:

Br. Acevedo, Paola
Br. Balint, Natalia
Br. Belles, Dinamar
Br. Bianchi, Karina
Br. Lotti, Verónica

TUTORES:

Lic. Enf. Díaz, Álvaro
Lic. Enf. Otarola, Araceli

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

Montevideo, 2006

Los Autores Deseamos Agradecer a:

Lic. Psic. Víctor Giorgi, Dra. V. Pinelli, Dr. Jorge Venegas y a la
Cátedra de Salud Mental por su apoyo en nuestra labor.
Y a nuestros familiares por el apoyo incondicional durante toda la carrera.

TEMA DE INVESTIGACIÓN

Influencia del grupo de pares en el inicio del consumo de Pasta Base de Cocaína (PBC) en adolescentes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cómo es la influencia del grupo de pares en el inicio del consumo de PBC en usuarios de ambos sexos, de 13 a 19 años de edad, que asisten a tratamiento por consumo de PBC en forma ambulatoria en una Institución Pública de Niños y Adolescentes, en el período del 23 al 25 de octubre del año 2006?

RESUMEN

El problema de consumo de la PBC se ha convertido en un problema social y específicamente de la salud pública, de una gravedad que penetra a los diferentes sectores de nuestra sociedad, propósito por el cual nos llevó a estudiar la influencia del grupo de pares como antecedente en el consumo de PBC, en adolescentes de 13 a 19 años de edad, que concurren a una Institución Pública*.

La persona consumidora de PBC adquiere una conducta violenta, es cotidiano que el consumidor genere conflictos tanto a nivel familiar como social, desvinculándose así de su entorno familiar.

Es considerado un factor importante la influencia del grupo de pares en el debut del consumo de drogas por parte del adolescente¹. Siendo el grupo uno de los principales espacios de pertenencia en esa etapa, el adolescente busca construir su identidad. Es relevante entender la actitud y los comportamientos de los adolescentes, ya que el grupo de pares va sustituyendo progresivamente a la familia como referencia, y las relaciones más importantes del adolescente serán aquellas que vinculen a los compañeros de similar edad e intereses. La aceptación por parte del grupo se convierte en una necesidad prioritaria condicionando las relaciones interpersonales del adolescente, así como su comportamiento.

Nuestro método fue estudiar una población en el periodo del 23 al 25 de octubre del año 2006, a través de un estudio descriptivo de corte transversal mediante la selección de una muestra no probabilística por conveniencia de 32 usuarios, en Montevideo, Uruguay, en una Institución Pública.

Los resultados obtenidos mediante la aplicación de una encuesta estructurada no codificada fueron que el 58% de los usuarios en el primer consumo fue abastecido por el grupo de pares. De este porcentaje mencionado cabe destacar que el intervalo modal se encuentra ubicado entre 11 y 13 años, con un 32.5 % relacionado al primer consumo abastecido por su grupo de pares.

El 71.8% realizó su primer consumo con su grupo de pares.

De acuerdo a los resultados obtenidos, éstos nos indican que el grupo de pares influye en el inicio del consumo de PBC en la población de adolescentes estudiada, elemento que relaciona y reafirma lo planteado por la literatura específica consultada.

Palabras Claves

Pasta Base Cocaína, adolescencia, grupo de pares.

* No se da conocimiento de la Institución por seguridad a los individuos participantes.

¹ Junta Nacional de Drogas. <http://www.infodrogas.org.uy>

INDICE

1. Introducción	6
2. Justificación	7
3. Objetivos Generales y Específicos	9
4. Marco Conceptual	10
4.1 Droga	10
4.2 Droga psicoactiva	10
4.3 Uso	10
4.4 Abuso	10
4.5 Dependencia	11
4.5.1 Dependencia Física	11
4.5.2 Dependencia Psiquiátrica	11
4.6 Drogas de abuso	11
4.6.1 Efecto Depresor del Sistema Nervioso Central	12
4.6.2 Efecto Estimulante del Sistema Nervioso Central	12
4.6.3 Efecto Alucinógeno	13
5.7 Pasta Base Cocaína	14
4.7 Pasta Base de Cocaína	14
4.7.1 Reseña Histórica	14
4.7.2 Perfil del Usuario Asociado al Uso de Pasta Base	14
4.7.3 Elaboración de la Pasta Base Cocaína	15
4.7.4 Mecanismos de Acción	16
4.7.5 Efectos Clínicos	17
4.7.6 Complicaciones del Consumo	17
4.7.7 Características del Consumidor	18
4.7.8 Situación Social	19
4.8 La Adolescencia Hoy (Enfoque Psicológico)	20
4.8.1 Hacia una Conceptualización del Tiempo Libre	22
4.8.2 Tiempo Libre como Tiempo de Socialización	23
4.9 Factores de Riesgo	25
4.9.1 Relacionados al Grupo de Pares	25
4.9.2 Grupo de Pares, Factor de Riesgo Frente al Consumo de Drogas	26
4.9.2.1 Grupo de Pares o Grupo de Amigos	26
4.10 EL Grupo de Pares	27
5 Materiales y Métodos	30
6 Variables	31
7. Plan de Análisis	36
7 Resultados	37
8 Discusión	46
9 Conclusión	49

10 Bibliografía	51
11 Anexos	54
- Anexo N° 1: Entrevista al Asistente Social R. D del Centro de Referencia Nacional Red Drogas.	
- Anexo N° 2: Consentimiento Informado del Paciente e Instrumento Para Recolección de los Datos.	
- Anexo N° 3: Tabulación y Representación Grafica de Variables.	
- Anexo N° 4: Cronograma de Gantt.	
- Anexo N° 5: Entrevistas realizadas para el conocimiento y el abordaje de la investigación.	

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación fue realizado por un grupo de cinco estudiantes de la Facultad de Enfermería cursando el cuarto ciclo, segundo módulo. El propósito era conocer como influye el grupo de pares en el inicio del consumo de PBC, llevándose a cabo en la ciudad de Montevideo, en una institución pública, en adolescentes que se encuentran en tratamiento ambulatorio.

Es un estudio de tipo descriptivo de corte transversal, la muestra de la población de estudio fue seleccionada por el método no probabilístico, por conveniencia, en el cual se aplicó una encuesta estructurada no codificada con el fin de realizar caracterización. Logrando identificar los factores relacionados al grupo de pares que influyeron en el inicio de consumo de PBC.

La elección del tema fue basada en la reciente y brusca aparición del uso y abuso de PBC en nuestra sociedad, haciendo eclosión en el año 2002, existiendo investigaciones relacionadas a esta droga en diversos países de la región (Chile, Brasil, Argentina entre otros), constituye actualmente una de las principales preocupaciones en nuestra sociedad.

Su muy bajo costo y su gran poder adictivo la hacen tentadora, abarcando todos los estratos sociales.

Las repercusiones orgánicas y/o psiquiátricas en las personas consumidoras son también fuente de preocupación, el consumidor desarrolla una conducta agresiva, ansiosa y una actitud antisocial; el adicto rompe sus relaciones y las normas familiares de convivencia.

Esta droga produce graves trastornos conductuales, siendo los más frecuentes y alarmantes aquellos que van desde la venta de enseres personales o del hogar, hasta cometer delitos de diferente índole para conseguir la sustancia.

Por ser la adolescencia un período de crisis en la que el sujeto intenta encontrar su identidad, el grupo de pares proporciona al sujeto modelos, claves y puntos de referencia para organizar su vida. La aceptación por parte del grupo pasa a ser una necesidad prioritaria que condiciona las relaciones del adolescente con los demás, así como su comportamiento. El grupo de pares es un elemento indispensable para entender la actitud y los comportamientos de los adolescentes, ya que el mismo va sustituyendo progresivamente a la familia como referencia.

En la población estudiada en dicha institución se observa que el primer consumo de PBC se ve influenciado por el grupo de pares, reflejando como factor directo de influencia en el inicio del consumo de PBC en los adolescentes del universo estudiado.

JUSTIFICACIÓN

La elección del tema es fundamentada por la aparición brusca y rápidamente expansiva del uso y abuso de PBC, por ser de bajo costo y extremadamente adictiva en comparación con otras drogas, hacen que la oferta sea muy tentadora llegando a todos los estratos sociales.

Por ser de reciente aparición en la sociedad uruguaya (haciendo eclosión en el año 2002), existen investigaciones relacionadas a esta droga en diversos países de la región (Chile, Brasil, Argentina entre otros). El consumo de PBC es uno de los problemas que mayor interés ha despertado en nuestra sociedad, sobre todo por la creciente implicación de adolescentes con pérdida de normativas sociales (delitos, déficit de conductas vinculadas al autocuidado y deserción del sistema educativo) secundarias al consumo, llevando esta problemática a la apertura de un Centro de Referencia Nacional de la Red Droga del Ministerio de Salud Pública (MSP).

Según datos aportados por el Servicio de Orientación y Atención Telefónica de dicho Centro, en un mes desde su apertura se recibieron setecientos noventa y una llamadas, de las cuales el setenta y ocho por ciento fueron realizadas por consumidores de PBC; siendo la franja etaria predominante de dieciséis a veinticinco años de edad. (ANEXO N° 1)

Si bien la PBC no se encuentra en los primeros puestos de consumo en nuestra sociedad², son preocupantes los efectos que produce, tanto a nivel psicológico como físico³.

La persona consumidora de PBC adquiere una conducta violenta, es cotidiano que el consumidor genere conflictos tanto a nivel familiar como social, desvinculándose así de su entorno familiar.

Es considerado un factor importante la influencia del grupo de pares en el debut del consumo de drogas por parte del adolescente⁴. Siendo el grupo uno de los principales espacios de pertenencia en esa etapa, el adolescente busca construir su identidad.

Es relevante entender la actitud y los comportamientos de los adolescentes, ya que el grupo de pares va sustituyendo progresivamente a la familia como referencia, y las relaciones más importantes del adolescente serán aquellas que vinculen a los compañeros de similar edad e intereses. La aceptación por parte del grupo se convierte en una necesidad prioritaria condicionando las relaciones interpersonales del adolescente, así como su comportamiento.

Como profesionales de la salud, ¿nos encontramos preparados para enfrentar y atender a esta población en todos los niveles de atención?

² Junta Nacional de Drogas. <http://www.infodrogas.org.uy>

³ Cervantes M, Ciganda C, Di Vono R, Latorre I, Marachlian A, Scarlatto L, Vidal J. No te enganches con la lta. Montevideo: Grupo Editor: Instituto IDES, Intendencia Municipal de Montevideo, División Salud y Programas Sociales; 2004.p.1-59.

⁴ Junta Nacional de Drogas. <http://www.infodrogas.org.uy>

¿Qué sabemos acerca del consumidor de PBC y su entorno?
Se percibe el incremento de la PBC desde la eclosión de la misma, llevando a una problemática a nivel salud pública.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer la influencia del grupo de pares como antecedente en el consumo de pasta base de cocaína.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar la población de estudio con las siguientes variables; edad, sexo, procedencia, nivel de instrucción y ocupación al inicio del consumo de pasta base de cocaína en usuarios que concurren a una Institución Pública de niños y adolescentes.
- Identificar los factores relacionados al grupo de pares que influyeron en el inicio del consumo de Pasta Base de Cocaína en cada usuario, que concurren a una Institución Pública de niños y adolescentes.

MARCO CONCEPTUAL

DROGA⁵

“Droga es toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, puede modificar una o más de sus funciones corporales”

DROGA PSICOACTIVA⁶

“Aquellas sustancias que afectan, cuantitativa o cualitativamente, el Sistema Nervioso Central. Pueden ser empleadas, algunas de ellas, con fines terapéuticos dentro de la práctica médica, pero en otras ocasiones son autoprescriptas con objeto expreso de inducir cambios en el comportamiento sin una necesidad médica aparente. Para Kramer y Cameron (1975) serían aquellas sustancias que “por estimular o deprimir considerablemente el sistema nervioso central, o perturbar la percepción, el estado de ánimo, el pensamiento, la conducta o la función motriz, se consideran en general capaces de provocar en determinadas circunstancias de empleo, problemas sanitarios y sociales de carácter individual y público.”

USO⁷

“Es aquel tipo de consumo de drogas en el que, por su cantidad, por su frecuencia o por la propia situación física, psíquica, y social del sujeto, no se evidencian consecuencias en el consumidor ni en su entorno. Se trata por lo tanto de un uso no problemático.”

ABUSO⁸

“Es la forma de relación con las drogas en la que, por su cantidad, por su frecuencia y/o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, se producen consecuencias negativas para el consumidor y/o su entorno.”

⁵ Presidencia de la República, Junta Nacional de Drogas, Universidad de la República. Sustancias Psicoactivas y Factores Asociados en Estudiantes de Primer Año de la Universidad de la República Oriental del Uruguay. Montevideo- Uruguay: Editora Gráficos del Sur, 2001.p.22

⁶ Martí Tusquets JI., Murcia Grau M. Conceptos Fundamentales de Drogodependencia. Barcelona -España: Editorial Herder S. A; 1988.p.72

⁷ Nahas G, Trouvé R y Col. Manual de Toxicomanía. Edición primera Española. Barcelona: Masson S. A; 1992. p. 10-11.

⁸ Nahas G, Trouvé R y Col. Manual de Toxicomanía. Edición primera Española. Barcelona: Masson S. A; 1992. p. 10-11.

En cada caso se analizan los diversos elementos referentes a las sustancias, a las pautas de consumo y al contexto personal y social en el que el consumo tiene lugar, antes de decidir si nos encontramos en presencia de una situación de uso o de abuso.”

DEPENDENCIA ⁹

Dependencia Psiquiátrica:

“Es una condición en la cual la droga produce un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico que exige una administración periódica o continuada de la droga para producir placer o para evitar un estado depresivo.”

Dependencia Física:

“Estado de adaptación que se manifiesta por trastornos físicos intensos cuando se suspende la administración de la droga. Los síntomas de retirada configuran el Síndrome de abstinencia.”

DROGAS DE ABUSO⁸

Las drogas de abuso se subdividen de acuerdo a sus efectos sobre el sistema nervioso central en:

Sustancias de efecto predominantemente Depresor del Sistema Nervioso Central.

Benzodiazepinas.
Hipnóticos barbitúricos.
Alcohol etílico.
Hidrocarburos (solventes).
Opiáceos.
Nitritos.

Sustancias de efecto predominantemente Estimulante del Sistema Nervioso Central

Anfetaminas.
Cocaína.
Nicotina.
Xantinas.

⁹ Nahas G, Trouvé R y Col. Manual de Toxicomanía. Edición primera Española. Barcelona: Masson S. A; 1992. p. 10-11.

Sustancias de efecto predominantemente alucinógeno

Marihuana (Cannabis).
LSD (Diethylamina del ácido lisérgico).
Atropina y escopolamina (plantas y hongos).
Antiparkinsonianos.

Drogas Depresoras⁸

Las sustancias incluidas dentro de este grupo más utilizadas en Uruguay, además del alcohol son: benzodiazepinas e hidrocarburos, siendo de menor frecuencia las adicciones a analgésicos narcóticos.

Las benzodiazepinas son muy utilizadas en combinación con alcohol.

Se utilizan por lo general por vía oral.

Las Drogas depresoras generan tolerancia rápidamente. Provocan dependencia física, dando lugar a un síndrome de abstinencia cuando son suprimidos.

La aparición del síndrome abstinencia y su duración dependen de la sustancia empleada.

El cuadro clínico es muy característico: corrimiento nasal, malestar general, cólicos abdominales, náuseas, diarrea, calambres musculares, chuchos de frío, sudoración profusa, palpitaciones, cefaleas.

La inhalación de solventes ha surgido sobre todo en grupos de edades entre 9 y 14 años, siendo esporádico su uso en jóvenes de mayor edad.

El producto inhalado es siempre un hidrocarburo o mezclas, son de alta volatilidad y fácil adquisición.

La modalidad de consumo es por inhalación.

Los solventes generan una dependencia psíquica por lo cual no generan síndrome de abstinencia.

Drogas Estimulantes⁸

Nos referimos dentro de este grupo a las anfetaminas y cocaína.

Las Anfetaminas poseen efecto estimulante a nivel del SNC y periférico.

Se consumen inicialmente por vía oral, cuando el individuo se toma dependiente debe incrementar la dosis para lograr el mismo efecto o evitar la abstinencia y puede

⁸ Nahas G, Trouwé R y Col. Manual de Toxicomanía. Edición primera Española. Barcelona: Masson S. A; 1992. p. 10-11.

comenzar el consumo por vía endovenosa. Esto permite el aumento de la dosis provoca efectos rápidos e intensos.

La cocaína es un alcaloide natural, con efectos estimulantes a nivel del SNC, bloqueador de la conducción nerviosa, vasoconstrictor y simpaticomimético periférico.

La cocaína que se vende presenta gran variedad de adulterantes que varían el grado de pureza de la misma y abaratan su costo. La vía habitual de abuso del clorhidrato de cocaína es la inhalación de "líneas", hilceras de polvo blanco.

Otra forma de uso, que ha adquirido gran popularidad es el fumar la "base libre" de cocaína o crack.

La cocaína base al ser rápidamente absorbida por los pulmones produce en forma inmediata euforia y estimulación general, los cuales desaparecen rápidamente llevando a un síndrome de abstinencia más precoz, lo que determina un mayor consumo de la droga.

El consumidor suele experimentar euforia, aumento de la actividad física y capacidad mental y no siente necesidad de sueño ni apetito. El cuadro producido por drogas psicoestimulantes asocia alucinaciones visuales, auditivas y a veces táctiles. Se produce ideación paranoide, alteración afectiva, sin alteraciones de la conciencia.

Las complicaciones del uso prolongado de estas drogas es el posible desarrollo de la llamada psicosis paranoide.

Se caracteriza por ideación paranoide, disgregación de las asociaciones y cambios afectivos sin pérdida de la claridad del sensorio.

Drogas Alucinógenas⁸

Son llamadas drogas psicodélicas por la capacidad de alterar las percepciones sensoriales, los estados de conciencia y los procesos del pensamiento. Su efecto principal es la alucinación.

"Durante la experiencia psicodélica el individuo relata vivencias de despersonalización, separación del ambiente y distorsión de la imagen corporal."

Muchos describen intensificación de las percepciones sensoriales: colores más brillantes y sonidos más suaves. Alternativamente se presentan sinestesias es decir el desbordamiento de una modalidad sensitiva en otra ("los colores se escuchan y los sonidos se ven").

El usuario de estas drogas mantiene la capacidad de reconocer que la experiencia no es real y se encuentra despierto, alerta y bien orientado.

Dentro de este grupo se incluyen diversas sustancias, con diferente estructura química y origen, que poseen en común el efecto psicodélico.

⁸ Nahas G, Trouvé R y Col. Manual de Toxicomanía. Edición primera Española. Barcelona: Masson S. A; 1992. p. 10-11.

PASTA BASE DE COCAÍNA⁹

Reseña Histórica de la Pasta Base de Cocaína:⁹

“El consumo de Pasta Base de Cocaína en Uruguay se remonta antes del año 2000, según algunos consumidores, es recién en el 2002-2004 que la pasta base hace eclosión planteando un cambio radical en los patrones tanto del mercado como del consumo de sustancias psicoactivas ilegales, modificando sus consecuencias y el encare general de la problemática apareciendo en los barrios más pobres.

En el 2001 se registran los primeros “casos” de consumo masivo en el Uruguay y en el Río de La Plata siendo este último el nexo para el ingreso de Pasta Base de Cocaína. El consumo de pasta base en Uruguay comenzó a aumentar en el 2002 y encontró un terreno fértil en los sectores más pobres de la población, en especial entre los más jóvenes, dándose un nivel de alarma social provocada por la fuerte demanda en el año 2003.

Proveniente de Bolivia, donde los traficantes locales tienen dificultades para terminar de procesarla por los estrictos controles que hay sobre estos precursores con los que se trata la hoja de coca, la pasta base ingresa a Uruguay vía Argentina, donde el negocio es manejado por integrantes de la colonia de bolivianos.”

Perfil del usuario asociado al uso de Pasta Base de Cocaína:⁹

“Este perfil se consolidó en 2004. La gran mayoría de los consumidores de esta droga están entre 12 y 20 años de edad, en la gran mayoría de los casos presentan una problemática relacionada con su ciclo vital, dificultades de comunicación intergeneracional, problemática familiar (padres divorciados, ausencia de la figura paterna, dificultades económicas) y/o condiciones ambientales desfavorables (oportunidades de educación, recreación y/o empleo).

Son usuarios adolescentes y jóvenes, con grave compromiso físico, psicológico y social causado por el consumo en tan solo 3 a 6 meses. Cosa poco frecuente en otras drogas, son los propios usuarios los que piden ayuda para consolar el consumo de esta droga o directamente dejarla. Enflaquecidos en poco tiempo, con trastorno conductual, imposibilidad de controlar su agresividad y su necesidad de la droga, llevándoles a vender lo poco o lo mucho que tienen en sus casas.

Por las características de la pasta base de cocaína dada su composición y forma de administración los efectos negativos del consumo se hacen visibles en un tiempo muy breve.

⁹ Cervantes M, Ciganda C, Di Vono R, Laterre I, Marachlian A, Scarlatta L, Vidal J. No te engañes con la lata. Montevideo: Grupo Editor: Instituto IDES, Intendencia Municipal de Montevideo, División Salud y Programas Sociales; 2004.p.1-59.

Los enganches con la sustancia se hacen mas allá de los efectos físicos comportamentales y sociales adversos identificados por los propios consumidores.

En el 2004 un estudio realizado por IDES – MSP - Cátedra de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Medicina a usuarios de drogas inyectables evidenció que un 49% habían consumido pasta base en algún momento de su vida. El 14% la consumió en los últimos 3 meses y un 12% señalo que era una de las drogas que consumía más seguido.

Para los usuarios entrevistados en este estudio la pasta base es fundamentalmente fumada en un 99% de los consumidores.

Al indagarse que contiene el preparado surge que:

-La mayor parte de los consumidores incorporan cenizas a la pasta base y luego la calientan.

-Los restantes la prepara otra persona, no lo sabe.”

Elaboración de la Pasta Base de Cocaína.⁹

“La pasta base es elaborada como producto colateral del proceso de fabricación de clorhidrato de cocaína y tiene por ello sulfatos y otras impurezas que la suponen de mayor riesgo que la cocaína como sustancia en sí.”

En el proceso de elaboración intervienen varias etapas con el fin de poder separar el alcaloide natural benzoilmetilecgonina o cocaína del resto de los alcaloides de la planta que carecen de efectos estimulantes.

La producción de la cocaína como tal se realiza mediante la transformación de las hojas de coca en pasta de cocaína. A partir de allí se obtienen varios derivados diferentes en sus propiedades químicas y físicas, como la proporción del alcaloide lo que condiciona su modo y va de consumo y comienzo de los efectos. Según el proceso y las sustancias empleadas se obtienen: pasta base, pasta de coca, base de coca. Es el producto del primer paso en la obtención de cocaína. Se comienza con un homogeneizado de hojas de coca sometidas a desecación y maceración con agua. Posteriormente se le agregan solventes orgánicos como queroseno y gasoil, desechando las hojas. En este primer paso se obtiene el extracto de coca o cocaína cruda siendo la pasta de color oscuro. Es un producto fácil de obtener a partir de la molienda de hojas de coca. Su punto de volatilización es bajo y por eso es posible fumarla a diferencia del clorhidrato. Todos los subproductos de cocaína pueden ser adulterados en su composición buscando aumentar su volumen y así la ganancia en su venta o incorporando sustitutos que puedan simular los efectos de la cocaína. Se encuentra desde: talco, maicena, azúcar impalpable, vidrio de tubo de luz picado, anestésicos, sedantes, sulfato de magnesio, bicarbonato de sodio, hidróxido de sodio, amoniaco, solventes, plomo, etc.”

⁹ Cervantes M, Ciganda C, Di Vono R, Latorre L, Marachian A, Scarlatta E, Vidal J. No te enganches con la Ista, Montevideo: Grupo Editor: Instituto IDES, Intendencia Municipal de Montevideo, División Salud y Programas Sociales; 2004.p.1-59.

Aspectos clínicos de la Pasta Base Cocaína:⁹

“El consumo de pasta base constituye un problema de Salud Pública, estudios epidemiológicos indican una mayor prevalencia del consumo en varones jóvenes. En la mayoría de los Países de América Latina el consumo de pasta o bazuco constituye el segundo lugar dentro de las sustancias ilegales después de la marihuana sobrepasando el consumo de clorhidrato de cocaína. El daño físico en los usuarios es mayor apareciendo al poco tiempo de inicio el consumo.

La cocaína es uno de por lo menos 14 alcaloides que contienen las hojas de por lo menos dos arbustos de América del sur: *Erythroxylum coca* (la mayor fuente de industria ilícita), y *erythroxylum novogranatense* (cultivo legal de uso médico e industrial). La hoja de coca es la única parte de la planta que contiene principio activo (cocaína). Se trata del estimulante natural más potente del Sistema nervioso central.

Siendo extremadamente tóxica debido a las impurezas y contaminantes que contiene a lo que se suman los productos secundarios de la combustión (alquitrán, benceno, monóxido de carbono entre otros).

No es apta para el consumo a pesar de lo cual se fuma con marihuana, tabaco, o pura en pipas latas o recipientes manufacturados, con casi cualquier material a los que se les coloca en el fondo tabaco quemado, teniendo la función de encender y mantener calor para la volatilización del polvo.”

Mecanismos de Acción de la Pasta Base de Cocaína:⁹

“La cocaína comparte los mecanismos de acción con otras sustancias psicoestimulantes al activar la senda de la gratificación o centro del placer ubicado en el mesencéfalo.

La dopamina es el neurotransmisor involucrado en las experiencias placenteras aumentando el contenido de éste en la sinapsis siendo responsable del efecto euforizante y de bienestar.

Este mecanismo está fuertemente ligado al desarrollo de dependencia al generarse adaptación a las concentraciones alteradas del neurotransmisor.

La cocaína bloquea las bombas de recaptación presináptica de las catecolaminas endógenas: noradrenalina dopamina y serotonina estimula el aumento de su síntesis como su liberación.

Los efectos clínicos se explican por la acción de los neurotransmisores destacándose un comportamiento Bifásico: potente estimulación inicial del Sistema Nervioso Central y Cardiovascular seguido de depresión.”

⁹ Cervantes M, Ciganda C, Di Vono R, Latorte L, Marzochian A, Scarlatta L, Vidal J. No te enganches con la lata. Montevideo: Grupo Editor: Instituto IDES, Intendencia Municipal de Montevideo, División Salud y Programas Sociales; 2004.p.1-59.

Efectos Clínicos de la Pasta Base de Cocaína:⁹

Se cuenta con escasa información disponible sobre la clínica del consumo de Pasta Base de Cocaína, los autores coinciden que a mayor abuso, mayor es la dependencia al consumo con severas consecuencias físicas.

Los estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud en niños de la calle, señalan que produce una fuerte sensación de euforia, similar a lo experimentado por pegamento pero con una mayor e intensa necesidad de seguir consumiendo, utilizando dosis mayores.

El consumo causa un intenso síndrome disfórico preconsumo, que incluye dolor abdominal, urgencia rectal, inquietud psicomotora, angustia y sudoración. Entre los síntomas neurovegetativos de la intoxicación aguda, se destacan los neuromusculares, como temblor de extremidades, hipertonia, estereotipias motoras como movimientos periorales, constante caminar sin finalidad, emisión de gemidos y frases sin sentido. Los síntomas psíquicos, las ideas paranoides y el estado de hiperalerta sobrepasan a la euforia, beligerancia, y grandiosidad, que si bien pueden presentarse al inicio disminuyen con el consumo crónico. Los síntomas disfóricos pos consumo más frecuentes son: desánimo (bajón), angustia e ideación suicida. Horas después la resaca se presenta con sequedad de mucosas, ardor e irritación de labios, cefaleas y pérdida de apetito. La pérdida de peso de hasta un 20% de los usuarios es casi una constante constituyéndose en un indicador del mantenimiento o no de la abstinencia.

Los estudios que comparan fumar Pasta Base de Cocaína versus esnifar Clorhidrato de Cocaína, confirman una mayor vulnerabilidad del aparato respiratorio al presentar bronco-constricción aguda, mediada probablemente por un mecanismo irritativo directo local. Esta mayor afectación pulmonar se podría explicar además por la exposición pulmonar a los productos de la combustión.

El uso habitual de Pasta Base produce injuria respiratoria, obstrucción crónica al flujo aéreo y anomalías en la difusión de gases a nivel alveolo capilar.

Los trastornos conductuales más frecuentes relacionados con el consumo son la venta de enseres personales o de la casa y el hurto para conseguir la sustancia.

Complicaciones del Consumo de Pasta Base de Cocaína:⁹

Las complicaciones del consumo de Pasta Base de Cocaína se vinculan a las prácticas de riesgo que conlleva el uso de drogas, la asociación con otras drogas como el alcohol, complicaciones orgánicas y por sobredosis. Los usuarios de cocaína tanto intravenosa como fumada tienen alto riesgo de infección de VIH, al mantener sexo con usuarios

⁹ Cervantes M, Ciganda C, Di Vono R, Latorre L, Marachlian A, Scarlatta L, Vidal J. No te enganches con la lata. Montevideo: Grupo Editor: Instituto IDES, Intendencia Municipal de Montevideo, División Salud y Programas Sociales; 2004.p.1-59.

inyectores, intercambiar sexo por droga o dinero, uso de drogas previo y durante el acto sexual y no utilizar protección durante la misma.

La asociación de cocaína y alcohol, produce la formación del metabolito cocaetileno, el cual si bien tiene una actividad farmacológica similar a la cocaína, tiene un efecto más euforizante, al reforzar la acción de la cocaína, con un efecto aditivo y sinérgico. Se lo asocia a muerte súbita y alteración funcional hepática.

Las complicaciones orgánicas, se presentan en la mayoría de los órganos y sistemas, destacándose a nivel cardiovascular (arritmias, infarto agudo de miocardio, endocarditis); respiratorias (infiltrados pulmonares, bronquitis, pulmón del crack, quemaduras, barotrauma, sinusitis), neurológicas (cefaleas, strokes, convulsiones, infartos, hemorragias), rabdomiólisis, falla renal, hipertermia, hepatitis.

Obstétricos (bajo peso al nacer, desprendimiento placentario, aborto). También presentan trastornos en el sueño y disfunciones sexuales graves (falta de deseo y dificultades en la erección). Como complicaciones psiquiátricas se presentan; euforia y disforia por cocaína, psicosis esquizofreniforme, psicosis tóxica confusional, agitación disfórica, psicosis aguda y depresión post consumo.

Los cuadros de sobredosis, responden a efectos estimulantes (convulsión, stroke, arritmias, infarto de miocardio) o depresores (coma, paro cardiorrespiratorio y muerte). Se incluyen además todos los accidentes de violencia vinculados al consumo de drogas.

Característica del consumidor de Pasta Base de Cocaína:⁹

La persona consumidora de pasta base de cocaína desarrolla una conducta agresiva, ansiosa y una actitud antisocial: el adicto rompe sus relaciones y las normas familiares de convivencia. Se hace cotidiano presenciar conflictos en dichas familias, conductas inusualmente violentas, delitos, agresiones llevando a crisis familiares. Es el común denominador casos de familias desesperadas por tener un integrante adicto. Historias que hablan de agresiones entre sus miembros, de padres que no pueden controlar a sus propios hijos, que incluso cuando ya no saben qué hacer los echan de la casa o derivan a la Policía. A veces, porque los consumidores de Pasta Base de Cocaína desvalijan sus propios hogares en búsqueda de cualquier artefacto para vender que les permita proveerse de droga. Para que los pacientes puedan salir de la adicción tiene que haber atrás una familia que los contine". No basta con acompañarlos hasta las emergencias o juzgados.

⁹ Cervantes M, Ciganda C, Di Vono R, Latorre I, Marachlian A, Scarlatta L, Vidali J. No te enganches con la lata. Montevideo: Grupo Editor: Instituto IDES, Intendencia Municipal de Montevideo, División Salud y Programas Sociales, 2004.p.1-59.

Situación social⁹

"Hoy es la droga más ruidosa", que en estos momentos está tendiendo una fuerte embestida. Su bajo costo y su poder de adicción hacen que la 'oferta' sea muy buena en todos los barrios de Montevideo. El medio gramo tiene un costo entre 25 y 50 pesos.

La mayoría de los consumidores afirma consumir para olvidar carencias económicas o afectivas, también están apareciendo casos de adolescentes y jóvenes pertenecientes a la clase media o hijos de profesionales. De todas maneras, aunque su uso crece en todos los sectores sociales, el bajo precio de la pasta base hace que sus usuarios sean mayoritariamente de sectores pobres.

Pero se puede afirmar que esta droga ha logrado ingresar en todos los estratos sociales y en todos los barrios.

Más barata y potente, la pasta base desplaza a la marihuana y relega a la cocaína a las clases de mayor poder adquisitivo en Uruguay.

⁹ Cervantes M, Ciganda C, Di Voco R, Latour J, Marachlian A, Scarlatta I, Vidal J. No te enganches con la lata. Montevideo: Grupo Editor: Instituto IDES, Intendencia Municipal de Montevideo, División Salud y Programas Sociales, 2004.p.1-59.

LA ADOLESCENCIA HOY (enfoque psicológico)¹⁰

“Si entendemos la adolescencia como una etapa de la vida del individuo (ser viviente indivisible) y partimos del concepto de que los seres humanos somos seres bio-psico-sociales, de estas consideraciones se desprende que: no es posible abordar la adolescencia desde un enfoque disciplinario aislado.

La adolescencia podría definirse como una etapa evolutiva particular del ser humano, en la que se conjugan una serie de aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales: “un complejo psicosocial asentado en una base biológica” como lo define el psicoanalista brasileño Luiz Carlos Osorio.

Él mismo hace hincapié en la adolescencia como un período de crisis, momento crucial de 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.

En síntesis, un período de vida en el cual se consolida la identidad personal.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) delimita la adolescencia entre los 10 y los 19 años de edad. Por consiguiente sitúa el límite inferior antes de la maduración germinal evidenciada por la menarca en la niña (11- 13 años aproximadamente) y la primer emisión seminal en el varón (13- 15 años aproximadamente).

La OMS entiende el período entre los 10 y 14 años como la adolescencia inicial, y de los 15 a los 19 años como la adolescencia propiamente dicha, o segunda fase (muchos autores han considerado el período de los 10 a los 12 años como pre- adolescencia).

En lo que refiere a cuándo puede darse por terminado este período del punto de vista psicológico, consideramos que su finalización está determinada por el logro de las siguientes adquisiciones, de acuerdo con la síntesis propuesta por Osorio:

- “Establecimiento de una identidad sexual y posibilidad de establecer relaciones afectivas estables.
- Capacidad de establecer compromisos profesionales y mantenerse (independencia económica).
- Adquisición de un sistema de valores personales (moral propia).
- Relación de reciprocidad con la generación precedente (sobre todo con los padres).”

La adquisición de los logros que determinan esta culminación está fuertemente condicionada por factores socioeconómicos y culturales, con sus respectivas connotaciones psicológicas. En sectores de la población donde se hace necesario salir a buscar trabajo desde edades tempranas, la adolescencia puede terminar abruptamente mucho antes. Este período de preparación para la vida adulta, constituye un lujo cuando

¹⁰ Portillo J, Martínez J, Barón M. La Adolescencia. Montevideo-Uruguay: Editorial: Ediciones de La Banda Oriental; 1993.p. 77-157.

está de por medio la lucha por la subsistencia, o hay que asumir un rol materno prematuro.

En otros casos la adolescencia podría prolongarse mucho más, cuando no es posible independizarse económicamente de los padres y se depende de ellos, ya sea porque no se puede acceder a una vivienda propia, porque el sueldo no alcanza, porque aún se es estudiante y las exigencias curriculares impiden disponer de un horario para trabajar.

La dependencia económica necesariamente determina dependencia psicológica.

Si se reflexiona acerca de cual sería la tarea específica del punto de vista psicológico durante la adolescencia, está vinculada en un extremo de desprenderse progresivamente de la infancia con las pérdidas que esto implica, y la consiguiente elaboración de los duelos respectivos: duelo por el cuerpo infantil perdido, duelo por el rol y la identidad infantiles, y duelo por los padres protectores e idealizados de la infancia. En el otro extremo se sitúa el acceso a la condición adulta, que implica compartir en forma responsable el mundo con los otros, como individuo autónomo capaz de procrear y aceptar la propia finitud. Entre ambos extremos por lo tanto, la tarea consiste en un proceso de desarrollo personal que acompaña al crecimiento físico, aunque no siempre en forma sincrónica.

Etimológicamente, adolescencia proviene de ad: a, hacia y olescere de oler: crecer. Significa condición y el proceso de crecimiento. Implica un proceso de crisis vital (del griego crisis: acto o facultad de distinguir, elegir, decidir y/ o resolver) a partir de cual se logrará la identidad personal. De allí que se afirme que la crisis evolutiva del proceso adolescente constituye una crisis de identidad.

Entendemos por identidad la capacidad del individuo de reconocerse a sí mismo en el tiempo y en el espacio, la consciencia de su "nismidad", 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.

En la medida que el proceso psicológico de la adolescencia acompaña al biológico, como parte de la identidad personal se irán consolidando la identidad sexual y la identidad de género, que no siempre se corresponde con el sexo al que pertenece al individuo.

Dado que la tarea de esta etapa consiste en un proceso de individuación que parte de la situación de dependencia del niño respecto a las figuras parentales para transitar hacia la autonomía del adulto, el conflicto predominante en la adolescencia es el de dependencia/independencia, y la rebeldía constituye un fenómeno imprescindible para separarse. "sin rebeldía y sin protesta no hay adolescencia normal... el adolescente siempre fue un contestatario, un buscador de nuevas éticas... esta es una etapa consternada como creativa" dirá Osorio.

Inicio, proceso y terminación de la adolescencia: entendida como un complejo proceso de desarrollo psicosocial vinculado al desarrollo biológico (no necesariamente sincrónicos), no es posible establecer criterios para una delimitación cronológica precisa."

Hacia una conceptualización del tiempo libre ¿Existe un único tiempo libre?¹⁰

Es importante conocer el tiempo libre del adolescente para conocer al mismo, porque a través del tiempo libre, ellos manifiestan sus inclinaciones o preferencias, y a su vez, los valores que consideran como prioritarios.

Mediante las prácticas del tiempo libre los adolescentes y jóvenes:

- desarrollan sus preferencias y escala de valores.
- cultivan distintas facetas de su vida (diversión, placer, creatividad, desarrollo personal).
- se adaptan en la transición para la edad adulta.
- se forman y preparan para la inserción social y laboral.

Este es, uno más de los tiempos de los adolescentes: productivo, reproductivo y libre, se desprende así la necesidad de su análisis y de crear políticas al respecto.

El tiempo libre en forma general se entiende como tiempo específico del adolescente y del joven, en el cual no sólo se incorporan las actividades de recreación y deporte, sino que se apunta también a todas aquellas actividades que atiendan a la formación y capacitación de manera no formal del individuo, teniendo en cuenta fundamentalmente la postura del adolescente frente a la actividad.

En este sentido el tiempo libre presenta diferentes manifestaciones, es así que se puede distinguir en:

- tiempo libre pasivo: es en el que predomina una actividad recreativa, de adaptación, acrítica, tendiente al consumo. Este produce diversión, es gratificante y relajante, presenta gran utilidad psicológica.

Priman los valores éticos y vitales, tales como pasarla bien, divertirse, etc. supone en los jóvenes mayor empleo de tiempo y menor costo económico. Se encuentran dentro del mismo: mirar televisión y escuchar radio.

- tiempo libre activo: es aquel en el que prima el esfuerzo, la creatividad, el dinamismo. el individuo es protagonista y sujeto de su acción. Supone en los jóvenes menos empleo de tiempo, pero mayor costo económico, y un superior esfuerzo, intelectual y de comunicación diferentes.

Dentro de la categoría se puede distinguir entre el:

- tiempo libre físico:
 - en el que priman los valores vitales, de fuerza, agilidad y seguridad, y los valores estéticos: belleza y alegría. Se encuentran dentro de él los deportes, los bailes y los juegos.
- tiempo libre intelectual: en el que predominan las destrezas, los saberes, la reflexión y el razonamiento, así como los valores lógicos.
- tiempo libre relacional: en el que prima la comunicación activa, el conocimiento, el enriquecimiento, etc. Aquí se van a desarrollar fundamentalmente los activos.

¹⁰ Portillo J, Martínez J, Banfi M. La Adolescencia. Montevideo-Uruguay: Editorial: Ediciones de La Banda Oriental: 1993.p. 77-157.

- tiempo libre espontáneo: es el que ocupa mayoritariamente el tiempo libre de los adolescentes, se incluye aquí: maquinitas, charlas telefónicas, visitas, medios de comunicación

El tiempo libre se encuentra regido por el principio del placer frente al de la realidad o del deber (lo que se tiene que hacer). El individuo desarrolla las actividades de acuerdo a la gratificación que las mismas le proporcionan.

En este sentido las actividades de tiempo libre presentan como una de sus principales características la funcionalidad, o sea permiten que el individuo en general, y el adolescente actúen de acuerdo a la situación en que se encuentran en un momento determinado. Una actividad libre en la medida que se pueda organizar, cumple la función de compensar vacíos y equilibrar las distintas dimensiones individuales, por lo tanto es un factor importantísimo para el desarrollo integral de la persona.

Todo tiempo libre es bueno o malo; dependerá no tanto de la actividad que desarrolle el individuo, sino de las circunstancias en que se encuentre y el equilibrio que guarde entre uno y otro tipo de tiempos.

Tiempo libre como tiempo de socialización del joven¹⁰

Leo Moulin en su obra "las socializaciones", señala por socialización "al proceso sociocultural mediante el cual la sociedad hace interiorizar, es decir, hace que los individuos asimilen las normas, sentimientos, creencias, valores, actitudes, estereotipos, comportamientos y lenguaje que le son propios".

La mayoría de los deseos, expectativas y necesidades del hombre no se forman en estado libre, siguiendo una especie de necesidad biológica o incluso psicológica, sino que se precisan o se canalizan en función de las gratificaciones que le son ofrecidas. La socialización, por tanto, es un aprendizaje en virtud del cual el individuo aprende a adaptarse a las normas, reglas sociales y pautas de conducta que rigen los grupos, las instituciones y el conjunto de la sociedad.

Indudablemente que el individuo se halla expuesto a procesos de socialización y resocialización durante todo su ciclo vital, siendo que los primeros son los más importantes pues aparecen durante la infancia y la adolescencia, cuando se conforman los rasgos que habrán de dominar la personalidad y el carácter.

El adolescente se halla condicionado por esas pautas sociales establecidas casi explícitamente por las instituciones (en lo macro y en lo micro social), y por otro lado, por el encuadre semiológico que actúa a nivel inconsciente, que determina la amplitud

¹⁰ Portillo J. Martínez J, Barri M. La adolescencia. Montevideo-Uruguay: Editorial Ediciones de La Banda Oriental. 1993 p. 77-157.

del universo simbólico en el cual se desenvuelve. De esta forma, la socialización como proceso de integración social, determina no solamente los comportamientos y las conductas exteriores, sino también las estructuras mentales, y se traduce en un condicionamiento de los imperativos de integración.

Concomitantemente con el proceso de socialización se desarrolla el de individuación, el cual tiene como tramo fundamental la adolescencia.

El adolescente, mediador entre el niño y el joven adulto, vive usualmente la crisis de los valores y pautas socio-culturales que le han sido impuestos, la cual en general derivaría en alguno de los siguientes estados: conformidad, consenso, desviación.

FACTORES DE RIESGO¹¹

Es una característica o circunstancia detectable en individuos o en grupos o en su medio, asociada con la probabilidad incrementada de experimentar un daño a la salud. Los factores de riesgo pueden ser tanto favorecedores como causas de daño a la salud.

FACTORES DE RIESGO¹²

“Los factores asociados al consumo pueden ordenarse primariamente en tres grandes grupos:

- Los vinculados a aspectos individuales de las personas, como la base genética o el perfil psicopatológico.
- Los referidos al microentorno en que se mueven las personas, como su familia, su trabajo o su grupo de amigos.
- Y los que conciernen a aspectos macro estructurales, como la accesibilidad a las drogas, la tolerancia social al consumo, el impacto de los medios de comunicación.”

Factores Relacionados al Grupo De Pares¹²

A partir de la teoría del aprendizaje social que considera al consumo de drogas como una conducta socialmente adquirida, iniciada y reforzada por otros, se afirma que es uno de los predictores más fuertes en el consumo de los adolescentes.

Caris y Col describen un aumento en la prevalencia del consumo de sustancias en jóvenes que presentan un mayor puntaje en una escala denominada “pares con problemas” (que incluye robo, daño a la propiedad privada, conflicto con la autoridad, reiteradas faltas a la escuela, etc.).

Patton plantea que la vinculación a grupos de consumidores se presenta como un factor de riesgo, sobre todo cuando es el único espacio de pertenencia que tiene el joven. La influencia en los grupos de pares es en el sentido de iniciar el consumo, de probar por primera vez; el desarrollo de un vínculo adictivo con la sustancias estaría relacionado sobre todo a factores referentes a la psicopatología.

En su búsqueda de identidad, reconocimiento y pertenencia, los jóvenes se integran a un grupo de pares desde el que construyen un estilo de vida. En términos de dependencia

¹¹ Kandel, D.B. (1996). The parental and peer context of adolescent deviance: An algebra of interpersonal influences. *Journal of Drug Issues* 26 (2) 289-315.

¹² Presidencia de la República, Junta Nacional de Drogas, Universidad de la República. *Sustancias Psicoactivas y Factores Asociados en Estudiantes de Primer Año de la Universidad de la República Oriental del Uruguay*. Montevideo- Uruguay: Editora Gráficos del Sur, 2001. p. 23-26

interpersonal propia de la adolescencia y adultos jóvenes, que se traduce en términos de necesidad de proximidad, interacción, de "contar con". Cuando la esperable dependencia interpersonal supera determinados umbrales, deviene en fuerte dependencia emocional, pérdida de confianza en sí mismo y disminución de la autonomía.

GRUPO DE PARES; FACTOR DE RIESGO FRENTE AL CONSUMO DE DROGAS EN LA ADOLESCENCIA¹³

El consumo de drogas es uno de los problemas que mayor interés ha despertado en las últimas décadas debido a la creciente implicación de los adolescentes y jóvenes en estas conductas y dado el elevado costo no sólo personal, sino también el social y económico que lleva consigo esta conducta en cualquier sociedad.

El consumo de drogas, como conducta, es el resultado de la interacción de múltiples factores.

El grupo de pares o grupo de amigos¹³

Es un elemento imprescindible para comprender la actitud y los comportamientos de los jóvenes ya que el grupo de compañeros va sustituyendo progresivamente a la familia como referencia y las relaciones más importantes del adolescente se desplazan hacia los compañeros de similar edad e intereses.

Por ser la adolescencia una época en la que el sujeto intenta encontrar una identidad, el grupo proporciona al sujeto un modelo, unas claves y puntos de referencia para organizar su vida y organizarse a sí mismo, moldeando actitudes, adoptando hábitos, definiéndose por gustos, etc. Por otra parte, la aceptación por parte del grupo pasa a ser una necesidad prioritaria que condiciona las relaciones del joven con los demás, así como su comportamiento.

El grupo proporciona sensación de pertenencia, comprensión, reconocimiento, etc., por lo que se constituye como un foco de grandes influencias. Los compañeros proporcionan información directa o indirecta sobre aquellas conductas que son aceptadas y reconocidas en determinadas situaciones sociales, diferentes a las que el sujeto vive en su medio familiar. El grupo establece sus propias normas y el sujeto que pertenece al grupo debe adoptarlas para ser valorado. En este sentido, si el grupo muestra una actitud favorable al consumo, el adolescente adoptará también estas mismas reglas en su repertorio de conducta.

¹³ Kandel, D.B. (1996). The parental and peer context of adolescent deviance: An algebra of interpersonal

El grupo de amigos como factor de riesgo, se ha manifestado como una de las variables más influyentes a la hora de explicar el consumo de drogas, hasta tal punto que para algunos autores el consumo depende enteramente de la naturaleza social del grupo de amigos del sujeto.

En este marco de relación, aspectos como el poder adquisitivo, la dependencia del grupo, el ocio desarrollado en discotecas y bares y las salidas nocturnas de fin de semana, correlacionan con un mayor consumo de sustancias. A nivel social es significativo observar el resultado de algunos estudios que señalan que en una cultura como la nuestra, donde el consumo de alcohol es algo normal y aceptado, los jóvenes que consumen alcohol consiguen un nivel mayor de adaptación social frente a los abstemios.

EL GRUPO DE PARES ¹⁴

Al no identificarse con las normas y valores del mundo adulto, el adolescente busca en su propia generación compartir un código que le resulte afín con sus propias inquietudes. De aquí la necesidad de los jóvenes de integrarse a un grupo de referencia, que les ofrezca la posibilidad de establecer relaciones simétricas, y al mismo tiempo les proporcione protección.

La integración grupal requiere del acto recíproco de aceptar y ser aceptado, lo que implica, por un lado, la adopción del código de normas y valores del grupo, y por el otro, la admisión de un nuevo miembro en igualdad de condiciones.

Nos lleva a comprobar que los motivos de iniciación acompañan, casi unánimemente, la necesidad de integración grupal, sin que esto signifique negar los matices personales.

Iniciación en el Consumo de Drogas¹⁴

Surge en forma casi excluyente el deseo del joven de ser aceptado y de poder integrarse a un grupo de pares.

El adolescente comienza a afirmarse fuera del seno de su hogar y concibe a este proceso como constitutivo de su "crecer". Para iniciarse en el consumo deben estar en contacto con un grupo que lo hace, y sentirse de algún modo atraídos positivamente hacia sus miembros o hacia la experiencia del consumo mismo. El grupo se conecta en base al consumo aún cuando teóricamente no se presiona.

Sin embargo la presión del grupo existe. Puede ser implícita o explícita.

¹⁴ Mac Nally, M.; Rahetky, N.; Viale, C. *Etnografía de la droga*, capítulo 7 Pág. 73-80. Editorial Espacio Haberos Aires 1^o Edición año 1998.

Podemos ver así la interacción individuo-grupo, donde éste actúa como centro de atracción y aquel lo hace buscando su lugar en la sociedad a través de la integración grupal.

Ser el más chico

El deseo de aceptación e integración adquiere relieves más detallados y sutiles. Por ejemplo, e íntimamente vinculado al “crecer” que se anhela y al abandono efectivo de la niñez que eso supone, registramos como motivo el “ser el más chico”. Ser el más chico es descalificante; consumir droga habilita para ser miembro del grupo a pesar de la edad.

Por afinidad

Lo que ven en el grupo al que ingresan es un reflejo de sus propios valores y creencias. El consumo de drogas es una actividad que cohesiona a ese grupo, forma parte del estilo del mismo. Un grupo de consumidores ya constituido incorpora miembros que traen consigo hábitos de consumo, que se generalizan en el grupo gracias a una particular simpatía y afinidad.

Para no ser menos

El consumir drogas “para no ser menos” que los demás amigos y demostrar su hombría realizando una actividad peligrosa, aparece como otro de los motivos.

Trasgresión

El consumo de drogas ilegales es condenado. Los mayores lo anatomizan y las leyes lo penalizan. Automáticamente el consumo es un hecho clandestino. Peligroso. Pero también es una condición de pertenencia a un grupo. Se comparte con los pares, cuya aceptación se busca, y no debe delatarse a los adultos. Con el consumo de drogas, que es eminentemente grupal, se ratifica la condición de pertenencia. La clandestinidad le agrega sabor de aventura al hecho en sí. Esto se trata finalmente; saber qué se siente, saber para comprender a los demás, compartir sus “secretos” y comportamientos.

Aislamiento

Muchas veces está presente la percepción de soledad que produce el despegue del ámbito familiar para constituirse en adulto, sumada a la añoranza de las relaciones personales que establecen en un territorio que le es conocido y en el que se sintieron seguros durante su niñez.

Curiosidad

La curiosidad es una actitud básica del ser humano que implica necesidad de conocimiento y, de hecho, es la base de todo conocimiento.

Deseo de experimentar

Hay que hacer una distinción entre el deseo de experimentar y la curiosidad que tan a menudo expresan. Experimentar está relacionado con el hecho de "adquirir experiencia" que confiere prestigio y juega un papel importante en la dinámica de las relaciones personales en un grupo.

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

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en la ciudad de Montevideo, Uruguay, en una Institución Pública.

La unidad de análisis son usuarios de ambos sexos, entre 13 a 19 años de edad, que consuman o hayan consumido PBC, que asisten a dicha Institución. El universo está compuesto por 288 usuarios.

La muestra seleccionada fueron 32 usuarios, la misma fue seleccionada por conveniencia y bajo los criterios de inclusión.

La unidad de observación es el usuario.

La unidad de muestreo es no probabilística por conveniencia.

Participaron en el estudio adolescentes de ambos sexos, de 13 a 19 años de edad, consumidores y ex consumidores de PBC, que concurrieron a la Institución en el período del 23 al 25 de octubre del año 2006, en el horario comprendido entre las 8 y 30 a 18 horas, y aceptaron voluntariamente participar con previo consentimiento escrito informado.

Los criterios exclusión del estudio fueron aquellos usuarios menores de 13 años y mayores de 19 años de edad. A individuos consumidores de sustancias depresoras del sistema nervioso central, y/o alucinógenas, y/o otras drogas estimulantes exceptuando el consumo de PBC, y sin presentación del consentimiento informado.

El instrumento fue un cuestionario (ANEXO N° 2) de forma estructurada, conteniendo preguntas cerradas no codificadas. Cada encuesta contiene un instructivo que fue manejado por los entrevistadores con la finalidad de facilitar la tarea y precisar los criterios asumidos para el trabajo. La recolección de datos fue realizada dentro de la institución.

Los instrumentos fueron probados por los investigadores, a través de la prueba piloto, realizada la misma a cinco personas la cual permitió validar los instrumentos.

Los investigadores fueron las personas encargadas de recolectar los datos, con el fin de evaluar la efectividad de dicho instrumento y realizar posibles ajustes para su posterior impresión y aplicación. Previamente se solicitó autorización en dicha institución para comenzar el trabajo de investigación.

Dicha investigación fue supervisada por los tutores a cargo en el período desde el mes de enero al mes de noviembre del año 2006.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

- Edad:

Definición Conceptual: Tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento actual.

Definición Operacional: Cuantitativa discreta.

Categorías:

13 a 14

15 a 16

17 a 18

19

- Sexo

Definición Conceptual: Condición orgánica que distingue a los géneros femeninos y masculinos, manifestándose a través de los caracteres primarios y secundarios

Definición Operacional: Cualitativa nominal.

Categorías:

Femenino

Masculino

- Procedencia:

Definición Conceptual: Zona geográfica de donde procede el individuo.

Definición Operacional: Cualitativa nominal.

Categorías:

Montevideo

Interior

- **Ocupación al inicio del consumo:**

Definición Conceptual: Situación laboral en la que se encuentra el individuo en el período de tiempo en el que inicia el consumo de PBC.

Definición Operativa: Cualitativa nominal

Categorías:

Desempleado
Trabajador salariado
Trabajador zafra
Trabajador jornalero
Estudiante
Ninguno

- **Nivel de Instrucción al inicio del consumo:**

Definición Conceptual: Caudal de conocimientos adquiridos formalmente en el período de tiempo en el que inicia el consumo de PBC.

Definición Operativa: Cualitativa ordinal.

Categorías:

-Ninguno
-Primaria incompleta
-Primaria completa
-Secundaria incompleta
-Secundario completa
-UTU
-Terciario
-Otros

- Edad de inicio del consumo:

Definición Conceptual: Tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento del primer consumo.

Definición Operacional: Cuantitativa discreta

Categorías:

- 5 a 7 años
- 8 a 10 años
- 11 a 13 años
- 14 a 16 años
- 17 a 19 años

- Motivo de inicio del consumo dentro del grupo de pares:

Definición conceptual: Razón o causa del debut del consumo.

Definición operativa: Cualitativa nominal.

Categorías:

Causa explícita: Integración

Causa implícita:

- Deseo de aceptación
- Deseo de experimentar
- Deseo de pertenencia
- Soledad
- Curiosidad

- **Abastecimiento del primer consumo:**

Definición conceptual: Suministro de la sustancia para el primer consumo.

Definición operativa: Cualitativa Nominal.

Categorías:

- Grupo de pares
- Familiar
- Compañeros de clase
- Compañeros de Trabajo
- Pareja
- Desconocido
- Nadie

- **Modo del primer consumo:**

Definición conceptual: Forma de realización del primer consumo.

Definición operativa: Cualitativa nominal.

Categorías:

- Solo:
- Acompañado:
 - Grupo de pares
 - Familiar
 - Compañeros de clase
 - Compañeros de Trabajo
 - Pareja
 - Desconocido
 - Nadie

- **Aprobación del consumo de PBC por el grupo de pares en el primer consumo:**

Definición conceptual: Aceptación de la ingesta de la sustancia por el grupo de pares en el periodo de tiempo en el que inicia el consumo de PBC.

Definición operativa: Cualitativa nominal

Categorías:

- Aprueba
- No aprueba

- **Horas diarias de interacción con el grupo de pares antes del inicio del consumo:**

Definición conceptual: Momento transcurrido de las 24 partes en las que se divide el día, de acción o influencia mutua entre dos personas.

Definición operativa: Cuantitativa continúa

Categorías:

- 0.00 - 2.00 horas
- 3.00 - 5.00 horas
- 6.00 - 8.00 horas
- 9.00 - 11.00 horas
- 12.00- 14.00 horas
- Más de 15.00 horas

PLAN DE ANÁLISIS

Los resultados fueron tratados de la siguiente forma:

Se definieron las variables discretas y univariadas, en forma operacional y conceptual.

Se conformaron tablas y gráficas para su análisis a través del soporte informático (Windows Office - Excel), y las tablas bivariadas para ver su asociación.

Se realizó el cálculo de medidas de tendencia central (moda, mediana y media aritmética), y de dispersión (varianza y desviación estándar).

RESULTADOS

La recolección de los datos fue realizada en el centro de tratamiento de adolescentes, los días 23, 24, y 25 de octubre del año 2006, durante el horario de atención de 8.30 a 18 horas.

Población

Universo: 288 usuarios consumidores de Pasta Bases de Cocaína.

Muestra: 32 usuarios.

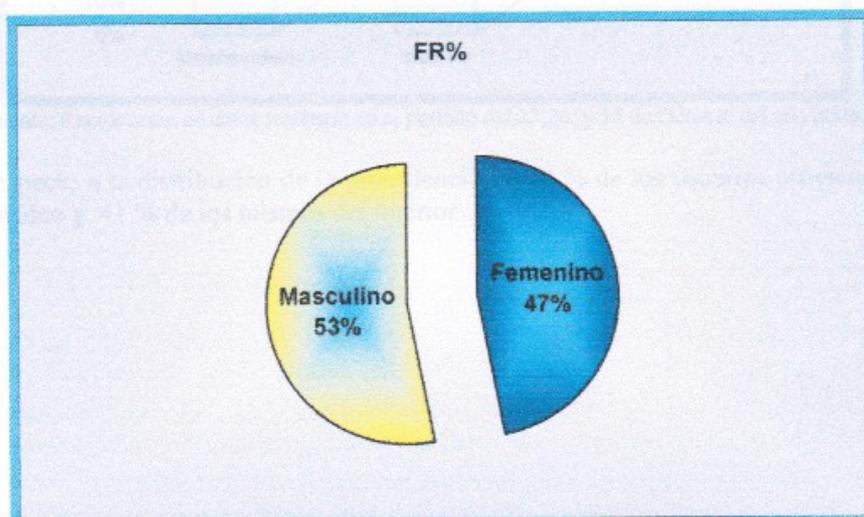
A continuación se presentarán los resultados de las variables priorizados en sus respectivas tablas y sus graficas, las restantes se encuentran en el anexo n° 3.

Tabla 2. Distribución del sexo según la población

Sexo	FA	FR%
Femenino	15	47%
Masculino	17	53%
Total	32	100%

Fuente: Recolección de datos realizada en el periodo del 23, 24, y 25 de Octubre del año 2006.

Grafica 2. Distribución del sexo según la población



Fuente: Recolección de datos realizada en el periodo del 23, 24, y 25 de Octubre del año 2006.

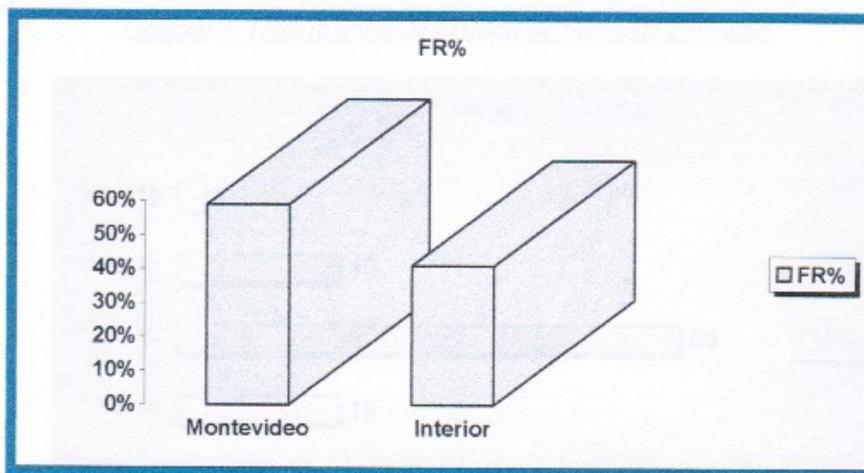
La distribución del sexo se encuentra un 53% de individuos de sexo masculino, y el restante del sexo femenino.

Tabla 3. Distribución de la procedencia la población

Procedencia	FA	FR%
Montevideo	19	59%
Interior	13	41%
Total	32	100%

Fuente: Recolección de datos realizada en el periodo del 23,24, y 25 de Octubre del año 2006.

Gráfica 3. Distribución de la procedencia la población



Fuente: Recolección de datos realizada en el periodo del 23,24, y 25 de Octubre del año 2006.

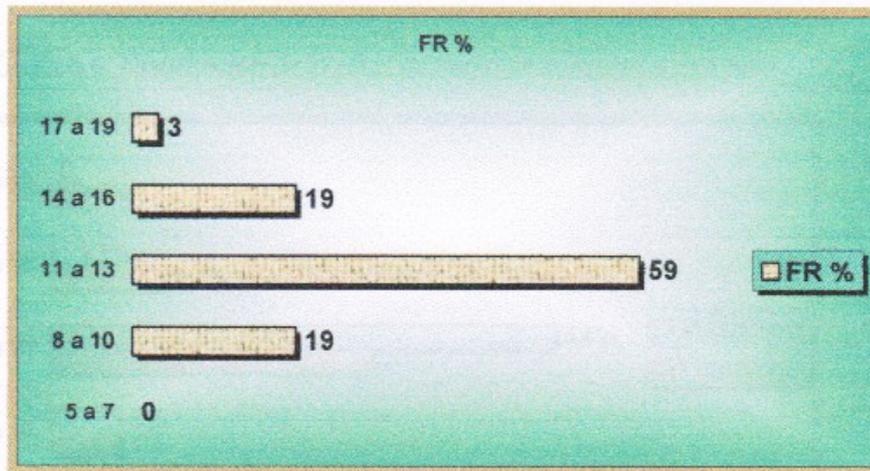
Con respecto a la distribución de la procedencia un 59 % de los usuarios provienen de Montevideo y 41 % de los mismos del interior.

Tabla 4. Distribución de la edad de inicio de consumo

Edad de inicio de consumo	FA	FR %
5 a 7	0	0%
8 a 10	6	18.8%
11 a 13	19	59.3%
14 a 16	6	18.8%
17 a 19	1	3.1%
Total	32	100%

Fuente: Recolección de datos realizada en el período del 23,24, y 25 de Octubre del año 2006.

Gráfica 4. Distribución de la edad de inicio de consumo



Fuente: Recolección de datos realizada en el período del 23,24, y 25 de Octubre del año 2006.

El 59.3 % se encuentra entre 11 y 13 años, de 8 a 10 y de 14 a 16 se encuentran en un 18.8 %, el porcentaje mas pequeño se haya entre 17 y 19 años con un 3.1 %.

Respecto a la edad de inicio de consumo en el grupo etario de 8 a 16 años un 6.2 % es de sexo femenino y masculino también.

De 11 a 13 años un 28.1% es de sexo femenino, y un 31.7 % de sexo masculino.

Entre 14 y 16 años un 3.4 % es de sexo femenino, y un 3.1 % de sexo masculino.

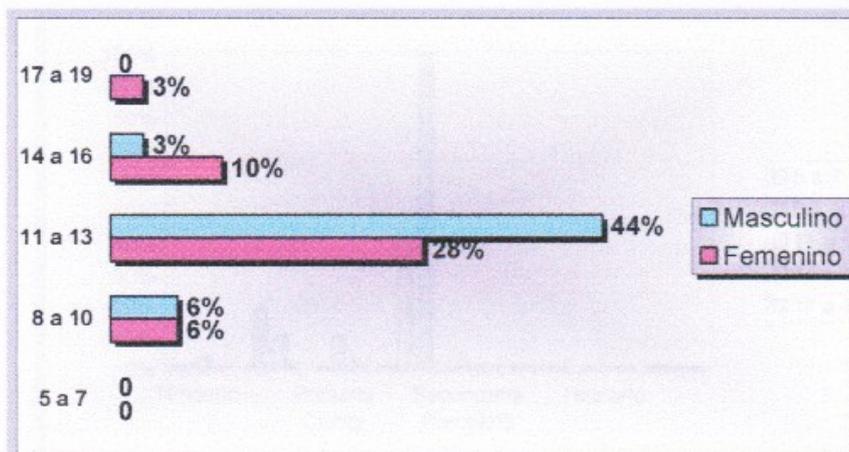
En el grupo de 17 a 19 años un 3.1 % es de sexo femenino.

Tabla 6. Distribución de la edad de inicio de consumo según sexo

Edad de Inicio del Consumo (años)	Femenino	Masculino	FA
5 a 7	0 (0%)	0 (0%)	0
8 a 10	2 (6.2 %)	2 (6.2 %)	4
11 a 13	9 (28.1 %)	14 (43.7 %)	23
14 a 16	3 (9.4 %)	1 (3.1 %)	4
17 a 19	1 (3.1 %)	0 (0%)	1
Total	15 (46.8%)	17 (52.2)	32

Fuente: Recolección de datos realizada en el periodo del 23, 24, y 25 de Octubre del año 2006.

Gráfica 6. Distribución de la edad de inicio de consumo según sexo



Fuente: Recolección de datos realizada en el periodo del 23, 24, y 25 de Octubre del año 2006.

Respecto a la edad de inicio de consumo en el grupo etario de 8 a 10 años un 6.2 % es de sexo femenino y masculino también.

De 11 a 13 años un 28.1 % es de sexo femenino, y un 43.7 % de sexo masculino.

Entre 14 y 16 años un 9.4 % es de sexo femenino, y un 3.1 % de sexo masculino.

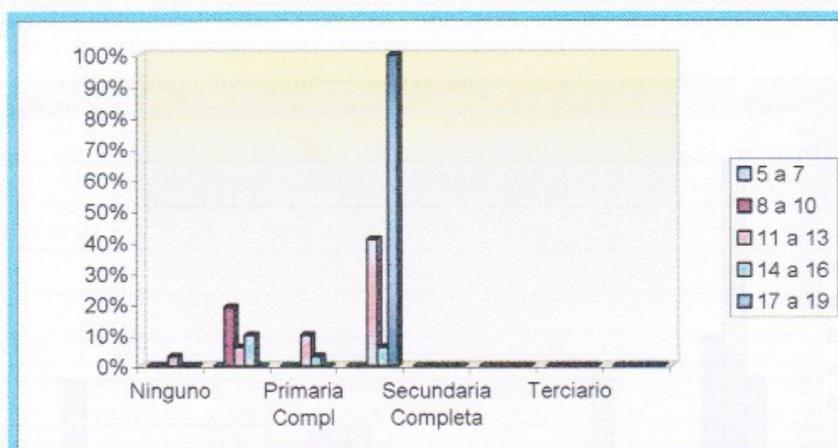
En el grupo de 17 a 19 años un 3.1 % es de sexo femenino.

Tabla 7. Distribución de la edad de inicio de consumo según nivel de instrucción

Edad de Inicio del Consumo (años)	Nivel de Instrucción al Inicio del Consumo								
	Ninguno	Primaria Incompleta	Primaria Comp.	Secundaria Incomp.	Secundaria Comp.	UTU	Terciario	Otros	FA
5 a 7	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0
8 a 10	0 (0%)	6 (18.7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	6
11 a 13	1 (3.1%)	2 (6.2%)	3 (9.4%)	13 (40.5%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	19
14 a 16	0 (0%)	3 (9.4%)	1 (3.1%)	2 (6.2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	6
17 a 19	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1
Total	1 (3.1%)	11 (36.7%)	4 (13.5%)	16 (46.7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	32

Fuente: Recolección de datos realizada en el periodo del 23,24, y 25 de Octubre del año 2006.

Gráfica 7. Distribución de la edad de inicio de consumo según nivel de instrucción:



Fuente: Recolección de datos realizada en el periodo del 23,24, y 25 de Octubre del año 2006.

La edad de inicio de consumo dentro del grupo etario de 8 a 10 años un 18.7 % posee primaria incompleta.

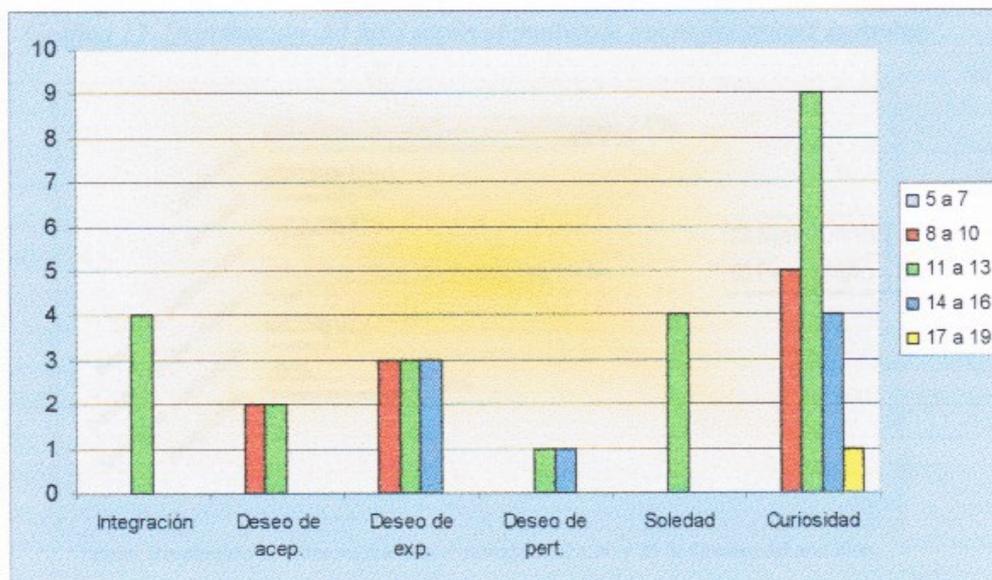
Entre 11 a 13 años un 3.1 % no posee nivel de instrucción, un 6.2 % posee primaria incompleta, 9.4 % posee primaria completa, y el 40.5 % posee secundaria incompleta. De 14 a 16 años un 9.4 % posee primaria incompleta, un 3.1 % primaria completa y 6.2 % secundaria incompleta.

Tabla 8. Distribución de la edad de inicio de consumo según el motivo de inicio de consumo

Edad de Inicio del Consumo (años)	Motivo del Inicio del Consumo						FR%
	Integración	Deseo de aceptación	Deseo de experimentar	Deseo de pertenencia	Soledad	Curiosidad	
5 a 7	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0 %
8 a 10	0%	4.7 %	7.1 %	0%	0%	11.9 %	23.7%
11 a 13	9.5 %	4.7 %	7.1 %	2.3 %	9.5 %	21.4 %	54.5%
14 a 16	0%	0%	7.1 %	2.3 %	0%	9.5 %	18.9%
17 a 19	0%	0%	0%	0%	0%	2.4 %	2.4%
Total	9.5%	9.4%	22%	4.6%	9.5%	45.2%	100%

Fuente: Recolección de datos realizada en el periodo del 23,24, y 25 de Octubre del año 2006.

Gráfica 8. Distribución de la edad de inicio de consumo según el motivo de inicio de consumo



Fuente: Recolección de datos realizada en el periodo del 23,24, y 25 de Octubre del año 2006.

El N no coincide con el total de entrevistados ya que algunos poseen más de un motivo de inicio del consumo.

Dentro del grupo etario de 8 a 10 años un 4.7 % refirió por deseo de aceptación, 7.1% deseo de experimentar, 11.9 % por curiosidad.

En el grupo de 11 a 13 años un 9.5 % refirió el motivo de integración, 4.7 % deseo de aceptación, 7.1 % deseo de experimentar, 2.3 % deseo de pertenencia, destacamos un 21.4 % por curiosidad, siendo uno de los porcentajes mas elevados, y un 9.5 % por soledad.

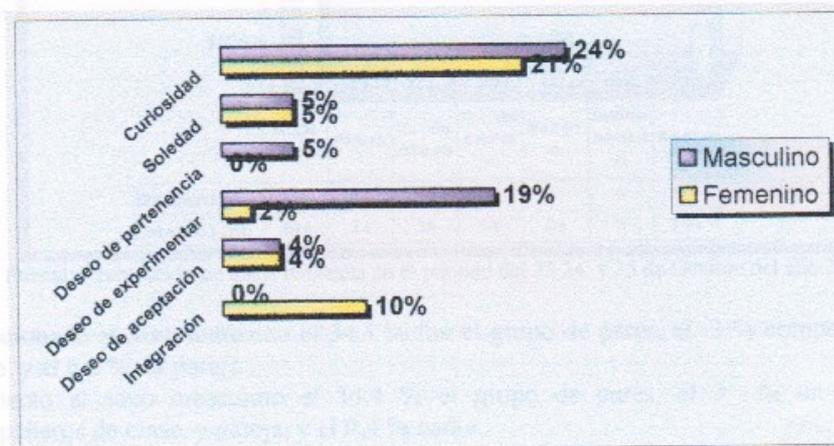
Dentro del grupo de 14 a 16 años un 7.1 % por deseo de experimentar, 2.3 % por deseo de pertenencia, y un 9.5 % por curiosidad, siendo nuevamente uno de los mas elevados. Finalmente dentro de 17 a 19 años un 2.4 % fue por curiosidad.

Tabla 12. Distribución del sexo según el motivo de inicio del primer consumo

Sexo	Integración	Deseo de aceptación	Deseo de experimentar	Deseo de pertenencia	Soledad	Curiosidad	FR%
Femenino	9.5%	4.5 %	2.4 %	0%	4.7 %	21 %	43.1%
Masculino	0%	4.5 %	19 %	4.7 %	4.7 %	24 %	57.9%
Total	9.5%	9%	21.4%	4.7%	9.4%	46%	100%

Fuente: Recolección de datos realizada en el periodo del 23,24, y 25 de Octubre del año 2006.

Gráfica 12. Distribución del sexo según el motivo de inicio del primer consumo



Fuente: Recolección de datos realizada en el periodo del 23,24, y 25 de Octubre del año 2006.

No da el mismo N porque se repiten el motivo de inicio

Respecto al sexo femenino el 9.5 % por integración, 4.5 % deseo de aceptación, 2.4 % deseo de experimentar, 4.7 % soledad, 21 % curiosidad.

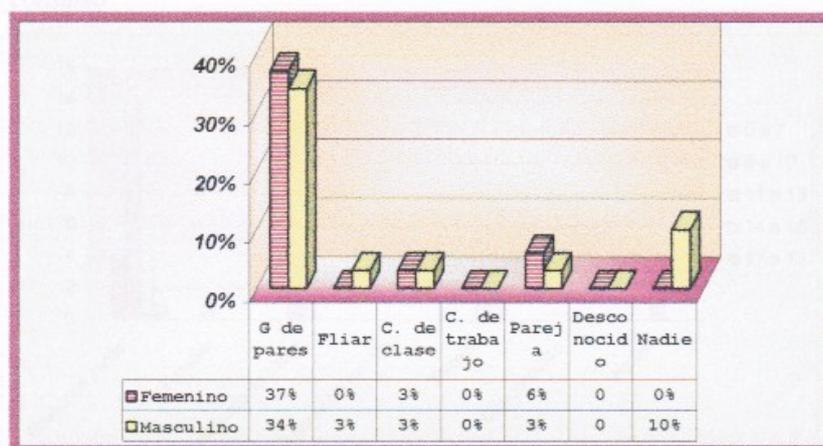
Relacionado al sexo masculino el 4.5 % deseo de aceptación, el 19 % deseos de experimentar, 4.7 % deseo de pertenencia y soledad, y el mayor porcentaje 24 % por curiosidad.

Tabla 13. Distribución del sexo según el modo del primer consumo

Sexo	Grupo de pares	Familiar	Compañeros de clase	Compañeros de trabajo	Pareja	Desconocido	Nadie	FA
Femenino	12 (37.5%)	0 (0%)	1 (3 %)	0 (0%)	2 (6.2 %)	0 (0%)	0 (0%)	15
Masculino	11 (34.4%)	1 (3 %)	1 (3 %)	0 (0%)	1 (3 %)	0 (0%)	3 (9.4 %)	17
Total	23 (72.4%)	1 (3%)	2 (6%)	0 (0%)	3 (9.2%)	0 (0%)	3 (9.4%)	32

Fuente: Recolección de datos realizada en el periodo del 23,24, y 25 de Octubre del año 2006.

Gráfica 13. Distribución del sexo según el modo del primer consumo



Fuente: Recolección de datos realizada en el periodo del 23,24, y 25 de Octubre del año 2006.

Relacionado al sexo femenino el 34.4 % fue el grupo de pares, el 3 % compañeros de clase, y el 6.2 % la pareja.

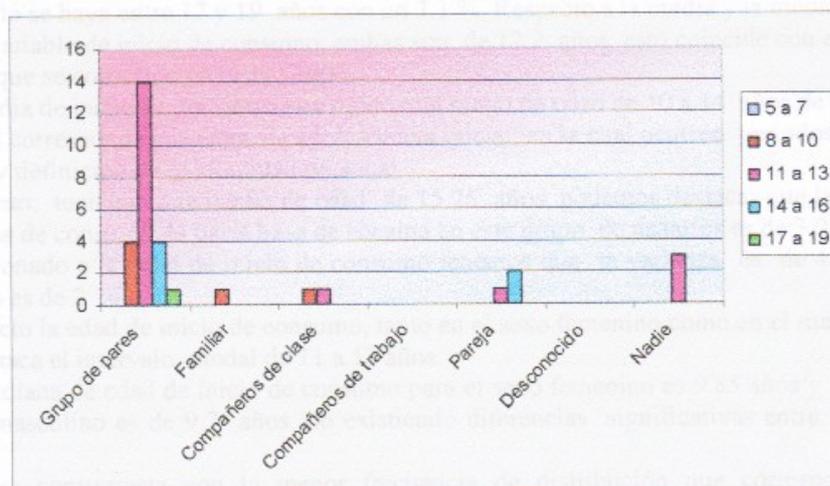
Respecto al sexo masculino el 34.4 % el grupo de pares, el 3 % un familiar, compañeros de clase, y pareja, y el 9.4 % nadie.

Tabla 14. Distribución de la edad de inicio del consumo según abastecimiento del primer consumo

Edad de Inicio del Consumo (años)	Grupo de pares	Familiar	Compañeros de clase	Compañeros de trabajo	Pareja	Desconocido	Nadie	FA
5 a 7	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0
8 a 10	4 (12.5 %)	1 (3 %)	1 (3 %)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	6
11 a 13	14 (43.7 %)	0 (0%)	1 (3 %)	0 (0%)	1 (3 %)	0 (0%)	3 (9.3 %)	19
14 a 16	4 (12.5 %)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (6.2 %)	0 (0%)	0 (0%)	6
17 a 19	1 (3 %)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1
Total	23 (72.2%)	1 (3%)	2 (6%)	0 (0%)	3 (9.2%)	0 (0%)	3 (9.3%)	32

Fuente: Recolección de datos realizada en el periodo del 23,24, y 25 de Octubre del año 2006.

Gráfica 14. Distribución de la edad de inicio del consumo según abastecimiento del primer consumo



Fuente: Recolección de datos realizada en el periodo del 23,24, y 25 de Octubre del año 2006.

La edad de inicio de consumo en el grupo de 8 a 10 años el 12.5 % se lo abasteció el grupo de pares, el 3 % un familiar y compañeros de clase. De 11 a 13 años un 43.75 % fue el grupo de pares, el 3 % compañeros de clase y pareja, y el 9.3 % por nadie. De 14 a 16 años un 12.5 % por el grupo de pares, y un 6.2 % por la pareja. Entre 17 y 19 años un 3 % por el grupo de pares.

DISCUSIÓN

A continuación se analizarán los datos obtenidos a partir de la aplicación de un instrumento a 32 usuarios adolescentes.

Podemos observar que un 53% de los usuarios pertenece al sexo masculino, y el 47 % restante al sexo femenino. Se destaca en esta variable el importante grado de significancia relacionado a la distribución equitativa en ambas categorías, esto se contrasta con el perfil del usuario consumidor de PBC que indica una mayor prevalencia en el consumo en varones jóvenes.

Referente a la procedencia un 59 % de los usuarios proviene de Montevideo y un 41 % de los mismos del interior de País, tomando en cuenta que la mayor parte de la población del país se concentra en la capital, estas cifras nos revelan que esta droga se encuentra en todo el país.

Dentro de la edad de inicio de consumo un 59.3 % se encuentra entre 11 y 13 años de edad, de 8 a 10 y de 14 a 16 años se encuentran en un 18.8 %, y el porcentaje más pequeño se haya entre 17 y 19 años con un 3.1 %. Respecto a la media y la mediana de la variable de inicio de consumo, ambas son de 12.2 años, esto coincide con el perfil que se consolidó en el año 2004.

La media de inicio de consumo está dentro del rango de edad de 10 a 14 años de edad, el cual corresponde a la etapa de adolescencia inicial; en la cual ocurren períodos de crisis y definición de la identidad personal.

En tanto, teniendo una media de edad de 15.25 años, podemos destacar que la media de años de consumo de pasta base de cocaína en este grupo de usuarios es de 3.05 años. Relacionado a la edad de inicio de consumo tenemos que la varianza es de 4.6 y el desvío es de 2.14.

Respecto a la edad de inicio de consumo, tanto en el sexo femenino como en el masculino se destaca el intervalo modal de 11 a 13 años.

La mediana de edad de inicio de consumo para el sexo femenino es 9.85 años y para el sexo masculino es de 9.7 años, no existiendo diferencias significativas entre ambos sexos.

Esto se contrarresta con la menor frecuencia de distribución que corresponde al intervalo de 17 a 19 años, destacándose con un 3.12 % correspondiente a un solo usuario.

Claramente vemos reflejada la incidencia del abandono de instituciones formales de adolescentes a nivel nacional, donde es a partir de los 12 años cuando comienza la deserción en los sistemas educativos.

Relacionado a la mediana de edad de inicio de consumo, dentro del sexo femenino es de 9.29 años y para el sexo masculino 9.7 años, por ende seguimos sin diferencias en cuanto al sexo.

Con respecto a la media de edad de inicio para ambos sexos tenemos que en el sexo femenino es de 12.6 y para el sexo masculino es de 11.82.

La varianza para el sexo femenino es de 5.4 y el desvío es de 2.3, y para el sexo masculino la varianza es de 5.1 y el desvío es de 2.2.

La edad de inicio de consumo dentro del grupo etario de 8 a 10 años vinculado al nivel de instrucción poseen primaria incompleta un 18.75 %.

Entre 11 a 13 años de edad el 40.5 % posee secundaria incompleta, el 9.4 % posee primaria completa, un 6.24 % posee primaria incompleta, el 3.12 % no posee nivel de instrucción formal.

Según las cifras nacionales del INE (Instituto Nacional de estadística y Censo)¹⁰, en Montevideo un 28.3 % de la población posee primaria completa y en el interior un 39.7 %. Por ende seguimos arraigados a las cifras nacionales nombradas anteriormente de abandono de instituciones formales.

Respecto al porcentaje de 40.5 % con secundaria incompleta, relacionado a las cifras nacionales vemos que el 13.6 % en Montevideo poseen secundaria incompleta y en el interior un 18.4 %. Claramente queda demostrado el descenso porcentual en nivel de instrucción, donde en las cifras del INE destacan que el descenso del nivel de instrucción a partir de los 12 años es de un 14 % hacia los veinte años, ya que ahí están por debajo del 40 % de la línea de concurrencia a dichas instituciones.

La mediana de la edad de inicio de consumo vinculada al nivel de instrucción es de 12.4 años de edad para usuarios sin ningún nivel de instrucción y la media es de 12 años de edad.

Dentro de los usuarios con primaria incompleta tenemos que la mediana es de 10.56 años de edad y la media 11.18, la varianza es de 7.35 y el desvío es de 2.71

Dentro de primaria completa destacamos una media de 12.86 y una mediana de 12.75 años. La varianza es de 2.24 y el desvío es de 1.49.

Los usuarios con secundaria incompleta tienen una mediana de 9.93 y una media de 12.75 años. La varianza es de 2.99 y el desvío de 1.73.

A raíz de esta información vemos la importancia de la intervención en cuanto a la prevención

A lo que refiere al motivo de inicio de consumo, dentro del grupo etario de 8 a 10 años un 4.7 % fue por deseo de aceptación, 7.1 % deseo de experimentar, 11.9 % por curiosidad.

En el grupo de 11 a 13 años destacamos un 21.4 % por curiosidad, siguiéndole el motivo de soledad y el de integración con un 9.5%, continuando el deseo de experimentar con 7.1%, el 4.7 % deseo de aceptación, y un 2.3 % deseo de pertenencia.

Dentro del grupo de 14 a 16 años un 9.5 % fue por curiosidad siendo nuevamente uno de los más elevados, siguiéndole un 7.1 % por deseo de experimentar, 2.3 % por deseo de pertenencia.

Finalmente dentro de 17 a 19 años un 2.4 % fue por curiosidad.

Con respecto al motivo de inicio de consumo por curiosidad, vemos que es el denominador común en cada grupo etario llevándose la mayoría porcentual en los mismos; ya que la curiosidad es una actitud básica del ser humano, y el adolescente se encuentra en una etapa de crisis por la cual esta estableciendo y descubriendo su identidad.

¹⁰ Instituto Nacional de Estadística y Censo (INE). Encuesta Nacional de Hogares, año 2005.

A su vez esto se contradice con respecto al marco teórico en el que se mencionan como motivo principal de inicio de consumo las carencias afectivas y económicas.

De la misma manera se comporta esta variable en relación al sexo, encontrándose en un primer lugar la curiosidad.

Para el adolescente la curiosidad es tratar de saber que se siente, saber para comprender a los demás, es una forma de compartir secretos y comportamientos con sus pares.

Es un período de crisis, un momento crucial del desarrollo del ser humano y se produce por tanto la estructuración definitiva de la personalidad. Por lo tanto en este momento el adolescente comienza a adquirir cada pieza que construye su personalidad, lo cual hace que este sea un período de elección y cuestionamiento para el mismo, en donde claramente queda enmarcada la curiosidad en cada situación que subestime el frágil esqueleto de personalidad que esta construyendo.

En segundo lugar tenemos que el mayor porcentaje se destaca en un 9.5 % por motivo de integración y por soledad en el grupo etario de 11 a 13 años. Se encuentra presente la percepción de soledad pudiendo deberse al despegue del ámbito familiar para constituirse en adulto.

La mediana de edad de inicio de consumo relacionado al motivo de inicio de consumo integración es 11.4 y la media es de 12 años.

En relación al deseo de aceptación tenemos que la mediana es 11 y la media es 10.5 años. Dentro de deseo de experimentar tenemos una mediana de 12.4 y una media de 12 años.

Relacionado al deseo de pertenencia tenemos una mediana de 14 años y una media de 13.5 años.

Respecto a soledad tenemos una mediana de 12.4 y una media de 12 años, y relacionado a curiosidad la mediana es de 11.9 y la media de 12.2 años.

En lo que refiere al sexo vinculado al modo de inicio de consumo vemos que dentro del femenino el 37.5 % fue con el grupo de pares, el 3.1 % compañeros de clase, y el 6.2 % la pareja.

Respecto al sexo masculino el 34.4 % fue con el grupo de pares, el 3.1 % un familiar, compañeros de clase, y pareja, y el 9.4 % nadie.

En lo que refiere a la edad de inicio de consumo relacionado con el abastecimiento del primer consumo a un 72 % de los usuarios le abasteció el grupo de pares, esto se reafirma con la bibliografía citada, la cual coincide con la influencia del grupo de pares en el inicio del consumo de PBC, el 9.3 % realizó el consumo solo, el 9.2 % fue abastecido por su pareja, y en menor proporción por sus compañeros de clase y familiares.

Cabe destacar el intervalo modal ubicado entre 11 y 13 años, con un 59.4 % relacionado al primer consumo abastecido por su grupo de pares.

Podemos ver así la interacción individuo-grupo, donde actúa como centro de atracción al individuo y éste lo hace buscando su lugar en la sociedad a través de la interacción grupal.

Reafirmando lo expresado, la adolescencia es una época en la que el individuo intenta encontrar su identidad, el grupo le proporciona modelos, claves y puntos de referencia para organizar su vida y organizarse a sí mismos, moldeando actitudes, adoptando hábitos.

Con el consumo que es eminentemente grupal se ratifica la condición de pertenencia. A lo que las horas de interacción con el grupo de pares refiere, tenemos que un 28.1 % pasa más de 15 horas con el grupo de pares, en segundo lugar tenemos de 6 a 8 horas y de 12 a 14 horas con 21.8 %, y finalmente un 12.4 % de 3 a 5 horas. Se destaca que el sexo masculino en un 37.5 % pasa más de 12 horas con su grupo de pares, superando las cifras del sexo femenino en donde el 12.4 % pasa más de 12 horas con el grupo de pares. Confirmando lo mencionado, es de esperar la actitud y el comportamiento de los adolescentes ya que el grupo de pares va sustituyendo progresivamente a la familia como referencia desplazando las relaciones más importantes hacia sus pares. El adolescente busca en su propia generación compartir códigos que le resulte a fin con sus propias inquietudes, de aquí la necesidad de integrarse a un grupo de referencia. La integración grupal requiere de un acto recíproco de aceptar y ser aceptado, lo que implica, la adopción del código de normas y valores del grupo.

CONCLUSIÓN

En la mayoría de la población estudiada se observó que el primer consumo de PBC fue abastecido por el grupo de pares, siendo los principales motivos del inicio del consumo la curiosidad e integración, conllevando horas de interacción de la población con su grupo de pares superiores a doce horas diarias. Esto refleja que el grupo de pares es un factor directo de influencia en el inicio del consumo de PBC en los adolescentes del universo estudiado.

Como integrantes del equipo de salud creemos necesaria la elaboración de metodologías de abordaje, por tanto se deben reconocer las necesidades de atención, discriminando a quienes más lo necesitan, diferenciando prioridades, logrando así una mejoría de la salud. Para esto, habrá que basarse en la medición de la probabilidad para estimar la necesidad de atención del individuo y su entorno; y así definir prácticos de educación para la salud tanto del personal como del usuario, permitiendo aumentar la consciencia hacia los problemas de la misma y programas de atención, facilitando así el control de los factores de riesgo. Creemos primordial, dada la media de la edad de inicio de consumo (12 años) enfatizar en la prevención desde la niñez; realizando trabajos de campo por parte de la Facultad de Enfermería, en las diferentes escuelas y liceos, en los diferentes estratos sociales, implementando proyectos a nivel comunitario desde el punto de vista de la promoción y protección.

El entorno inmediato de las personas puede favorecer el fortalecimiento de situaciones que eviten el consumo de drogas, es por ello que se considera a la familia como uno de los principales agentes preventivos, promoviendo diferentes prácticas a nivel intrafamiliar dirigidas a fomentar una imagen personal positiva, estableciendo límites y normas claras, siendo modelo de estilos de vida saludable y teniendo una clara postura de oposición frente al consumo de drogas las mismas son aplicables tanto al grupo de pares como su entorno.

Se plantea la identificación de potenciales factores de riesgo para el posterior abordaje dentro del núcleo familiar, grupo de pares, y entorno educacional. Creemos de real importancia por parte de la Enfermera profesional el incentivar el trabajo en los grupos de pares fomentando la inversión de sus tiempos libres pasivos en tareas saludables, con las cuales puede lograrse una devolución individual en donde se logra una elevación del autoestima y reafirmación de valores.

Se sugiere la realización de estudios de campo analíticos que proyecten datos específicos sobre el consumo de esta droga.

BIBLIOGRAFIA

Canales F., Pineda E., Alvarado E. Metodología de la Investigación. 2da. Ed. Washington: Panamericana, 1994

Cervantes M, Ciganda C, Di Vono R, Latorre L, Marachlian A, Scarlatta L, Vidal J. No te enganches con la lata. Montevideo: Grupo Editor: Instituto IDES, Intendencia Municipal de Montevideo, División Salud y Programas Sociales; 2004.p.1-59.

Hernández R, Fernández C. Metodología de la Investigación. México. Edición: McGRAW, HILL AMERICANA DE MÉXICO, S.A. de C.V. 1991

Kandel, D.B. (1996). The parental and peer context of adolescent deviance: An algebra of interpersonal influences. *Journal of Drug Issues* 26 (2) 289-315.

Ketzoian C y Col. Estadística Médica. Montevideo – Uruguay: Editorial Oficina del Libro FEFMUR; 2003.

Mac Nally. M/ Rabetzky. N/ Viale. C. Etnografía de la droga, Editorial Espacio Buenos Aires 1º Edición año 1998. Cap. 7 p. 73-80.

Martí Tusquets JL, Murcia Grau M. Conceptos Fundamentales de Drogodependencia. Barcelona - España: Editorial Herder S. A; 1988.p.72

Nahas G, Trouvé R y Col. Manual de Toxicomanía. Edición Primera Española. Barcelona: Masson S. A; 1992. p. 10-11.

Portillo J, Martínez J, Banfi M. La Adolescencia. Montevideo-Uruguay: Editorial: Ediciones de La Banda Oriental; 1993.p. 77-157.

Presidencia de la República Oriental del Uruguay, Junta Nacional de Drogas, Universidad de la República. Sustancias Psicoactivas y Factores Asociados en Estudiantes de Primer Año de la Universidad de la Republica Oriental del Uruguay. Montevideo- Uruguay: Editora Gráficos del Sur, 2001 p.22-26

Junta Nacional de Drogas, disponible en URL <http://www.infodrogas.org.uy>

Investigaciones Previas Consultadas:

Formato ISO.

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / Universidade de São Paulo, Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.12 no.spe Ribeirão Preto Mar./Apr. 2004

Formato Documento Electrónico:

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / Universidade de São Paulo, Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.12 no.spe Ribeirão Preto Mar./Apr. 2004-download article in PDF format- doi: 10.1590/S0104-11692004000700011.

Formato ISO

PEREZ, Juan. **Clínica de la adicción a pasta base de cocaína.** *Rev. chil. neuro-psiquiatr.*, enero. 2003, Vol. 41, no.1, p.55-63. ISSN 0717-9227.

Formato Documento Electrónico (ISO)

PEREZ, Juan. **Clínica de la adicción a pasta base de cocaína.** *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* [online]. Enero. 2003, Vol.41, no.1 [citado 27 Mayo 2006], p.55-63. Disponible na World Wide Web: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272003000100007&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0717-9227.

Formato ISO

PEREZ, Juan. **Clínica de la adicción a pasta base de cocaína.** *Rev. chil. neuro-psiquiatr.*, enero. 2004 vol.41, no.3. p. 5-60. ISSN 0717-9227.

Formato Documento Electrónico (ISO)

PEREZ, Juan. **Clínica de la adicción a pasta base de cocaína.** *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* [online]. jan. 2004, vol.41, no.3 [citado 27 Maio 2006], p.5-60. Disponible na World Wide Web: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272003000100007&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0717-9227.

Formato ISO

Ramón Florenzano U.¹, Patricia Sotomayor C.², Magdalena Otava T.uan. **Clínica de las adicciones.** *Rev. chil. pediatr.* v.72 n.3 Santiago mayo 2001. ISSN 0370-4106 *versión impresa.*

Formato Documento Electrónico (ISO)

Ramón Florenzano U.¹, Patricia Sotomayor C.², Magdalena Otava T.uan. **Clínica de las**

adiciones. Rev. chil. pediatr. v.72 n.3 Santiago mayo 2001. ISSN 0370-4106 *versión impresa*. [online]. Mayo 2001, vol.72, no.3 [citado 27 Mayo 2001] Disponible en World Wide Web: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272003000100007&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0370-0370-4106.

Formato Documento Electrónico (ISO)

RED-Comunicación en Doble Vía. No. 37. Septiembre 2000, publicado por el Proyecto ENLACE del Ministerio de Comunicaciones de la República de Colombia. <http://www.proyectoenlace.gov.co/>

ANEXOS

ANEXO N °1

Entrevista al Portal Amarillo. Asistente Social R. D.

- 1) A que se debió la apertura del Portal Amarillo.
- 2) Cual fue el proceso que llevó a tomar la decisión de la apertura del mismo.
- 3) En que consiste el tratamiento y que niveles abarca.
- 4) Que franja etaria de población atiende.
- 5) Que requisitos de inclusión requiere el paciente para ingresar en dicho centro.
- 6) Se manejan estadísticas sobre el consumo de PBC en el Uruguay.
- 7) Cual es la capacidad locativa.
- 8) Se toma en cuenta al grupo de pares en el tratamiento.
- 9) Al momento cuantos pacientes están siendo atendidos.
- 10) Que opina sobre la influencia del grupo de pares en la incidencia del consumo de PBC en adolescentes.
- 11) Existen datos en las historias clínicas que involucren al grupo de pares.

Entrevista a Asistente Social R. D.

1-Este proyecto es del año 2004, cuando de alguna manera hace erupción la PB. Si bien no tenía y no tiene como cometido atender a la problemática de las drogas en general. Primero estuvo pensado en aquel momento en SMR, donde antes estaba el hospital Musto, en el centro de rehabilitación, allí iba a haber un espacio y después por distintos motivos, hasta que vino el cambio de administración se decidió por este lugar que es el lugar físico en un principio eran viviendas que estaban pensadas como un espacio habitacional para personas de la 3era edad beneficiarios del BPS. Después en otro momento hubo aquí pacientes psiquiátricos. El año pasado la nueva administración la Junta Nacional de Drogas (MSP, INAU, MI, MRF) decide que este centro será para la atención del consumo de drogas.

-La dirección es así hay una política que está integrada por la parte del Ministerio por parte de la Directora Susana Grumbam, Dr. Pablo Porosqui por INAU, Psicólogo Néstor Romani Secretario de la JND.

-Respecto a el funcionamiento esta pensado como un centro que tiene un dispositivo ambulatorio, un sector de internación que todavía no esta habilitado y próximamente un centro de día y es marcado en la red asistencial total, esto es un Nodo de la Red, no es solo el Portal, sino el portal formando parte del resto de la red asistencial, tanto de nivel primario, como secundario o terciario. Se trabaja de forma Inter. y Multidisciplinaria (medicina, medico internista, toxicólogo, psiquiatras, psicólogos, educadores sociales, Licenciados en Enfermería, Auxiliares de Enfermería, Profesora de Educación Física, Técnica de la Facultad de Agronomía en huerta y Jardinería, Servicio Social, Soporte Administrativo, Personal de Mantenimiento). Todos tienen formación desde las diferentes disciplinas en la problemática de la droga, venimos de diferentes lugares pero todos con experiencias de trabajo en tratamiento de uso abusivo de las drogas.

-Tratamiento pasa por diferentes etapas.

La forma de ingreso al portal es una previa derivación que puede ser desde un hospital de 2do Nivel o Policlínicas Periféricas de la Intendencia Municipal, Policlínicas Comunitarias, Centros Educativos.

A esa persona se le da día y hora para el comité de recepción, es la 1er entrevista que tiene, allí se hace una primera evaluación y de ella se ve si la persona esta en condiciones de entrar al espacio ambulatorio, o a la parte residencial de internación.

Va a ser vista por Psicólogo, Psiquiatra, Toxicólogos, Internista.

Tenemos un grupo de trabajos con familias, grupos de trabajo con usuarios, por que si bien se hacen intervenciones individuales esta pensado para maximizar el recurso, intervenir desde lo grupal.

Hay grupos de prevención de recaídas, se sabe que la persona hace varios intentos por dejar de consumir pero recae.

Evaluaciones psiquiátricas para ver si hay co-morbilidad.

-Después del pasaje por diferentes técnicos algunos requieren mayor intervención de Servicio Social, otros de Psicología, se va viendo que es lo que mas precisa, tanto el usuario como su familia.

-La Edad va desde 12 a 30 años

-Requisitos de Inclusión, usuarios de Salud Publica, no tener un doble diagnostico, es decir una patología asociada donde pesara mas la patología psiquiátrica, bajo nivel intelectual el que no permitiera realizar trabajos, que fuera muy difícil el trabajo con esa persona.

Estos criterios no son rígidos, se prioriza mucho aquel joven que tiene una red social, familiar muy deficitaria que son los que están con una exposición y un riesgo alto desde lo social y desde lo vital también, estas personas tiene cabida en este lugar, a diferencia de otros lugares que sino aparece la familia no se los atiende.

-En la parte de internación hay 20 camas.

-El inicio del consumo, la mayoría es con el grupo de pares, coinciden en los relatos, la edad de inicio la mayoría 12 a 13 años, lo que se ve es la mayoría culminó primaria, salvo algún caso que no, y hizo primer año o abandonó 1er año de secundaria, eso es lo que mas se ve y si el inicio es con el grupo de pares generalmente, aunque con la PB el consumidor consume de forma solitaria, si bien puede iniciarse en el grupo de pares, luego se separa "Ellos dicen que se vuelven egoístas" por que el tema de la PB tiene un principio activo cocaína que es muy poco el resto son sustancias muy toxicas, el efecto es rápido, rápida la bajada, lo cual hace que tenga que consumir muchas veces, y conseguir la sustancia, conseguir el dinero, es todo un tema y cuando la tiene no la comparten.

Con respecto al consumo de PB, si bien el tema del consumo en nuestro país está instalado hace ya como 20 años básicamente antes eran inhalantes, cementos, la PB tapó algunos consumos que se siguen dando, cocaína, inhalantes, medicamentos, hongos, es lo que relatan hasta que aparece la PB, que algunos consumidores dicen que hace unos 4 o 5 años ya la conocían, pero hace erupción en forma masiva en el 2004.

-En los pacientes que concurren se da el poli consumo donde la droga que tiene peso mayor es la PB.

En este momento es muy difícil encontrar un usuario de los que están concurrendo al centro y de los que consultan que no consuma PB.

El consumo de PB se masificó por que en el mercado desapareció en 2003 - 2004 la marihuana y la cocaína, o accedía a ellas grupos muy limitados, y aparece esta droga que los que eran consumidores de cocaína o marihuana se `prendían de esto por que no había otra cosa, pero lo que se vio después en el tiempo, en los relatos que traen es que para algunos su droga de inicio no fue la marihuana ni el tabaco, ni el alcohol, sino que fue la PB.

-Todavía no hay datos.

-Ja JND esta registrando los consumos.

Se sabe por el informe que sigue estando el alcohol en primer lugar, con ese informe hay que ser cuidadoso de cierta manera por que fue un relevamiento que se hizo con los jóvenes que estaban insertos dentro del sistema educativo, no fueron relevado los jóvenes que están fuera del sistema educativo. Entonces eso hay que tomarlo con cuidado por que sabemos que hay un porcentaje muy alto de jóvenes y adolescente que están fuera del sistema educativo.

De todas maneras todos relatan el consumo de alcohol junto con la PB y la marihuana, por eso son Poli consumidores.

-¿Para usted el grupo de `pares incide en el inicio del consumo de PB?

Sí, por que el grupo de pares en el ciclo evolutivo de la vida de un joven, de un adolescente ocupa un lugar muy importante. Es el grupo con el cual se siente mas cómodo, con el cual procura juntarse, para afrontar los adultos.

Ejerce una presión muy importante este grupo, por eso se trabaja acá "Si los amigos del consumo son amigos" Por que cuando intentan dejar de consumir, para ellos es muy difícil mantenerse sin consumir, cuando el grupo consume. Generalmente tiene que romper con ese grupo y volver a otros amigos que no eran de consumo, o generarse una nueva red por que es muy difícil que puedan estar juntos sin que la persona que esta intentando dejar de consumir vuelva a consumir.

Decimos que si estas intentando dejar de consumir o tu amigo fuma PB frente a tí, va a ser muy difícil, y si te ofrece una vez decís que no, la segunda también, a la tercera lo tomas.

Entonces de la tarea nuestra es buscar cuales son las herramientas o los mecanismos, crear dispositivos que le permitan ir transitando por un lugar donde la sustancia va a estar muy próxima, sino que vuelvan a recaer y se si recaen que sepa que la recaída forma parte del proceso terapéutico, que vana recaer hay un aprendizaje, no es lo mismo una persona que nunca intentó dejar de consumir a la persona que hace el intento y recae, no es la misma persona, ya hizo un intento tiene la voluntad de dejar de consumir y para eso estamos.

Hay fuerte presión en el inicio del consumo del Grupo de Pares ojo no solo del grupo de pares, el grupo de pares es un elemento mas, nosotros discriminamos lo que es un uso de sustancias no problemático a un curso abusivo de la sustancia (hay gente que consume solo los fines de semana, y consume en la semana) decirnos que un consumo es problemático cuando empieza a afectar todos los ordenes de la vida de la persona, familia, estudio, trabajo y daño físico, y lo vinculado a los circuitos delictivos que es lo que pasa con la PB por que para obtenerla parece mas barato que otras, pero como es tan efimero el efecto y consumen muchas veces, el bajón es tan grande, y tan insoportable que rápidamente tiene que volver a consumir, cuando se les acaba su dinero venden su ropa, objetos personales, y después le roba al vecino y después terminan cometiendo alguna rapiña o algún delito.

El grupo de Pares es importante la historia familiar tiene mucho peso.

La familia nuclear tradicional hoy ya no es el modelo único familiar sino que hay diferentes formas de organizarse lo que se ve empíricamente es que generalmente hay una ausencia fuerte de la figura paterna. Incluso jóvenes que están desvinculados a de sus familias hace mucho tiempo y se fueron de sus casas por el consumo, o están en situación de calle.

El grupo de pares cumple un rol importante, pero no actúa igual en todos, tiene que haber otra serie de factores par que alguien se convierta en una persona con un consumo muy problemático de sustancias, Historia de vida, Historia de consumo en el núcleo familiar, características de la personalidad.

ANEXO N° 2

INSTRUCTIVO:

El presente instructivo tiene el fin de proporcionar una guía para el llenado del instrumento de recolección de datos: encuesta para ejecutar la investigación, llevada a cabo por cinco estudiantes de Enfermería, referente a la Influencia del grupo de pares como factor de riesgo en el inicio del consumo de Pasta Base de Cocaína en adolescentes, que se realizará en usuarios que concurren al Centro de Tratamiento Ambulatorio, en el período de tiempo del 23 al 25 de octubre del año 2006.

La misma es de carácter anónimo, y será utilizada únicamente con fines científicos.

El instrumento es llenado por las autoras de la investigación, previo al mismo se le explica el propósito del trabajo, con el fin de informar al participante, el cual deberá firmar de forma incluyente un consentimiento previo informado para poder ser partícipe de la misma.

Posteriormente se lee el cuestionario, ofreciéndole las diferentes opciones planteadas como respuestas en dicho instrumento.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

Título de la Investigación: "Influencia del grupo de pares en el inicio del consumo de Pasta Base de Cocaína en adolescentes".

Dejo constancia que he sido informado acerca de la finalidad de la investigación realizada por un grupo de estudiantes de la Facultad de Enfermería, y que los datos proporcionados serán utilizados únicamente con fines científicos y posterior publicación. Los mismos serán contestados en forma personal y a entera satisfacción, siendo manejados en forma confidencial, manteniendo el carácter anónimo.

Otorgo mi consentimiento para la participación en la investigación con la firma de este documento.

El grupo de estudiantes de la Facultad de Enfermería ha contestado personalmente, a mi entera complacencia, todas las preguntas respecto a esta investigación.

Basándome en esta información acepto voluntaria y libremente mi participación en ésta investigación.

Firma:.....

Centro de Tratamiento
Montevideo, 23 al 25 de octubre, del año 2006.

ENCUESTA

El presente instrumento será utilizado con el fin de recabar datos para ejecutar la investigación, llevada a cabo por cinco estudiantes de Enfermería, referente a la Influencia del grupo de pares como factor de riesgo en el inicio del consumo de Pasta Base de Cocaína en adolescentes, que se realizará en usuarios que concurren al Centro de Tratamiento Ambulatorio, en el período de tiempo del 23 al 25 de octubre del año 2006. La misma es de carácter anónimo, y será utilizada únicamente con fines científicos.

Datos personales:

Edad:

13 a 14 años
15 a 16 años
17 a 18 años
19. años

Sexo: F..... M.....

Ocupación al inicio del consumo:

Desempleado:
Trabajador salariado:
Trabajador zafral:.....
Trabajador jornalero:.....
Estudiante:.....
Ninguno.....

Procedencia:

Montevideo:.....
Interior:.....

Nivel de Instrucción al inicio del consumo:

Ninguno:.....
Primaria incompleta:.....
Primaria completa:.....
Secundaria incompleta:.....
Secundario completa:.....
UTU:.....
Terciario:.....
Otros:.....

Edad de inicio del consumo:

5 a 7 años:.....
8 a 10 años:
11 a 13 años:.....
14 a 16 años:.....
17 a 19 años:

¿Cuál fue el motivo por el cual iniciaste el consumo de PBC?

Para integrarte al grupo	SI	NO
Para integrarte al grupo	SI	NO
Para ser aceptado por tu grupo	SI	NO
Para experimentar o probar algo nuevo	SI	NO
Por querer formar parte del grupo	SI	NO
Por sentirte solo	SI	NO
Por curiosidad	SI	NO

Quién te ofreció el primer consumo:

Tu grupo de pares/ amigos:	SI	NO
Algún familiar:	SI	NO
Compañeros de clase (liceo, escuela, etc.):	SI	NO
Compañeros de Trabajo:	SI	NO
Tu Pareja:	SI	NO
Alguien que no conocías:	SI	NO

¿Con quién fue tu primer consumo?:

- Solo: SI NO

- Acompañado por:
 - Amigos: SI NO
 - Familiar: SI NO
 - Compañeros de clase: SI NO
 - Compañeros de Trabajo: SI NO
 - Pareja: SI NO
 - Desconocido: SI NO

En el caso en el no te hallan ofrecido el primer consumo:

A- Fue aceptado por tu grupo de pares; SI NO
B- Involucraste a tu grupo en el consumo de PBC SI NO

Cuántas horas pasas con tu grupo de amigos al inicio del consumo

0.00 - 2.00 horas
3.00 - 5.00 horas
6.00 - 8.00 horas
9.00 - 11.00 horas
12.00- 14.00 horas
Mas de 15.00 horas

ANEXO N° 3

TABULACION Y REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LOS DATOS:

La recolección de los datos fue realizada en el centro de tratamiento de adolescentes, los días 23, 24, y 25 de octubre del año 2006, durante el horario de atención de 8.30 a 18 hrs.

Población

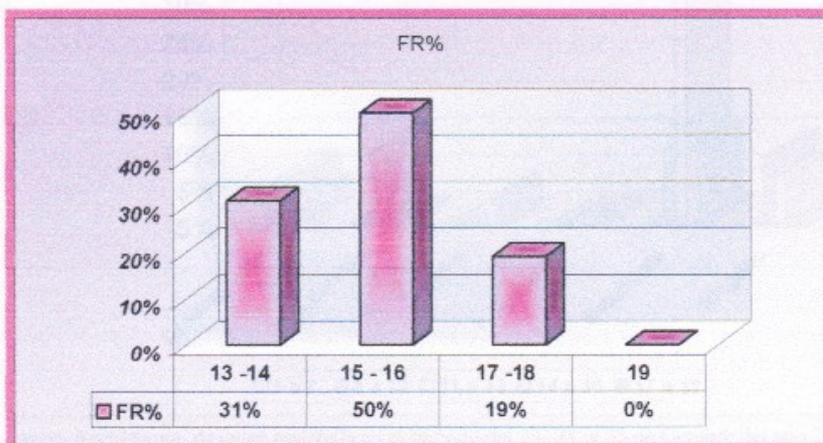
Universo: 288 usuarios consumidores de Pasta bases cocaína

Muestra: 32 usuarios.

Tabla 1. Distribución de la edad según la población

Edad (años)	FA	FR %
13 a 14	10	31%
15 a 16	16	50%
17 a 18	6	19%
19	0	0%
Total	32	100%

Fuente: Recolección de datos realizada en el periodo del 23, 24, y 25 de Octubre del año 2006.



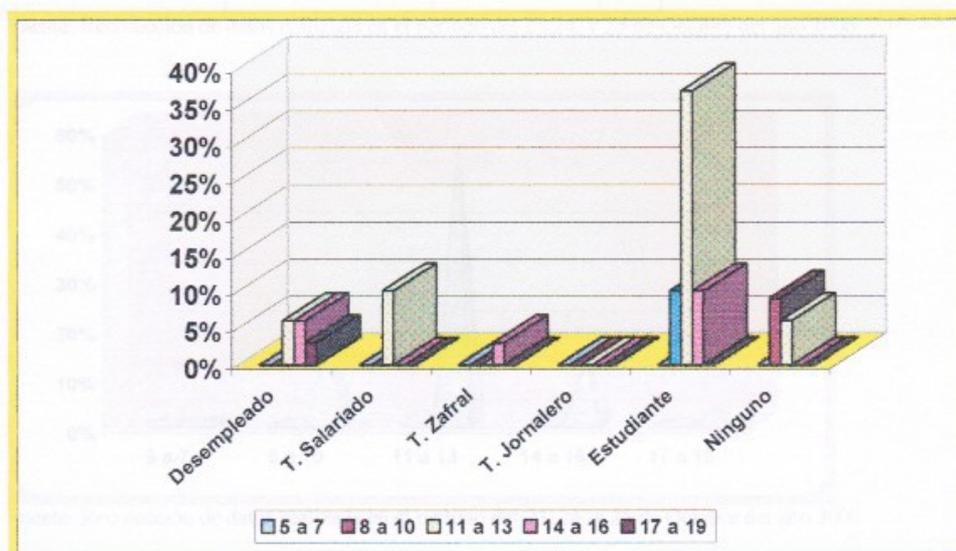
Fuente: Recolección de datos realizada en el periodo del 23, 24, y 25 de Octubre del año 2006.

El 50 % se encuentra entre 15 y 16 años. El segundo grupo predominante es entre 13 y 14 años con un 31 %, y finalmente la minoría se destaca entre 17 y 18 años con un 19 %. No se encuentra ningún usuario de 19 años debido a los límites de edad en la atención de dicha institución.

Tabla 5. Distribución de la edad de inicio de consumo según ocupación al inicio del consumo

Edad de Inicio del Consumo (años)	Ocupación al Inicio del Consumo						
	Desempleado	T. Salarizado	T. Zafraal	T. Jornalero	Estudiante	Ninguno	FA
5 a 7	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0
8 a 10	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (9.4%)	3 (9.4%)	6
11 a 13	2 (6.2%)	3 (9.4%)	0 (0%)	0 (0%)	12 (37.%)	2 (6.2%)	19
14 a 16	2 (6.2%)	0 (0%)	1 (3.1%)	0 (0%)	3 (9.4%)	0 (0%)	6
17 a 19	1 (3.1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1
Total	5 (15.5%)	3 (9.4%)	1 (3.1%)	0 (0%)	18 (55.8%)	5 (15.6%)	32

Fuente: Recolección de datos realizada en el periodo del 23, 24, y 25 de Octubre del año 2006.



Fuente: Recolección de datos realizada en el periodo del 23, 24, y 25 de Octubre del año 2006.

Relacionado a la edad de inicio de consumo, en el rango de 5 a 7 años no existen usuarios comprendidos.

En el rango de 8 a 10 años hay un 9.4 % de estudiantes y sin ninguna ocupación.

De 11 a 13 años un 6.2 % son desempleados, un 9.4 % con trabajo salariado, 37 % son estudiantes, 6.2 % con ninguna ocupación.

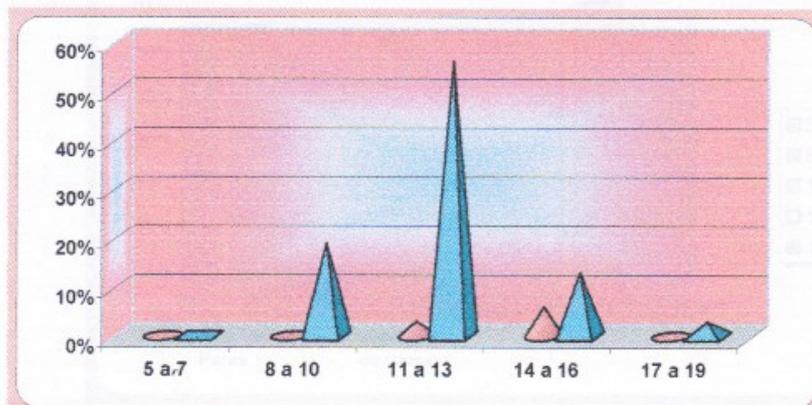
De 14 a 16 años un 6.2 % son desempleados, 3.1 % poseen trabajo salariado, 9.4 % son estudiantes.

De 17 a 19 años un 3.1 % son desempleados.

Tabla 9. Distribución de la edad de inicio de consumo según el Modo del Primer Consumo

Edad de Inicio del Consumo (años)	Modo del Primer Consumo		
	Solo	Acompañado	FA
5 a 7	0 (0%)	0 (0%)	0
8 a 10	0 (0%)	6 (18.7 %)	6
11 a 13	1 (3.1%)	18 (56 %)	19
14 a 16	2 (6.2 %)	4 (12.5 %)	6
17 a 19	0(0%)	1 (3 %)	1
Total	3 (9.3%)	29 (90.2)	32

Fuente: Recolección de datos realizada en el período del 23,24, y 25 de Octubre del año 2006.



Fuente: Recolección de datos realizada en el período del 23, 24, y 25 de Octubre del año 2006.

Respecto al grupo etario de inicio de consumo de 8 a 10 años un 18.7 % realizó su primer consumo acompañado.

De 11 a 13 años un 3.1 % lo realizó solo y un 56 % lo realizó acompañado.

Dentro del grupo de 14 a 16 años un 6.2 % lo realizó solo y un 12.5 % fue acompañado.

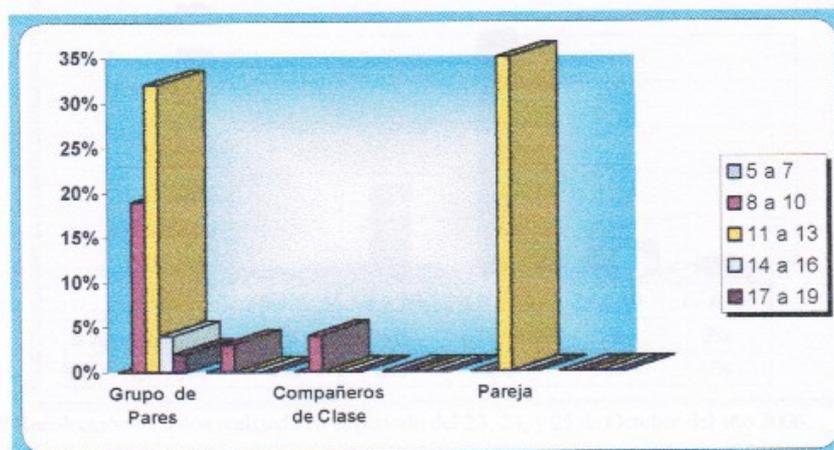
Entre 17 y 19 años un 3.1 % lo realizó acompañado.

Tabla 10. Distribución de la edad de inicio de consumo según Modo de consumo

Edad De Inicio del Consumo (años)	Modo de Consumo (acompañado por)						FR%
	Grupo de pares	Familiar	Compañeros De clase	Compañeros de trabajo	Pareja	Desconocido	
5 a 7	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0 %
8 a 10	18.5 %	2.3 %	4.5 %	0%	0%	0%	25.3%
11 a 13	32.7 %	0%	0%	0%	35 %	0%	67.7%
14 a 16	4.5%	0%	0%	0%	0%	0%	4.5%
17 a 19	2.5 %	0%	0%	0%	0%	0%	2.5%
Total	57.8	2.3	4.5%	0%	35%	0%	100%

Fuente: Recolección de datos realizada en el periodo del 23, 24, y 25 de Octubre del año 2006.

El total (N) no coincide con el de usuarios debido a que algunos consumieron acompañados por más de uno.



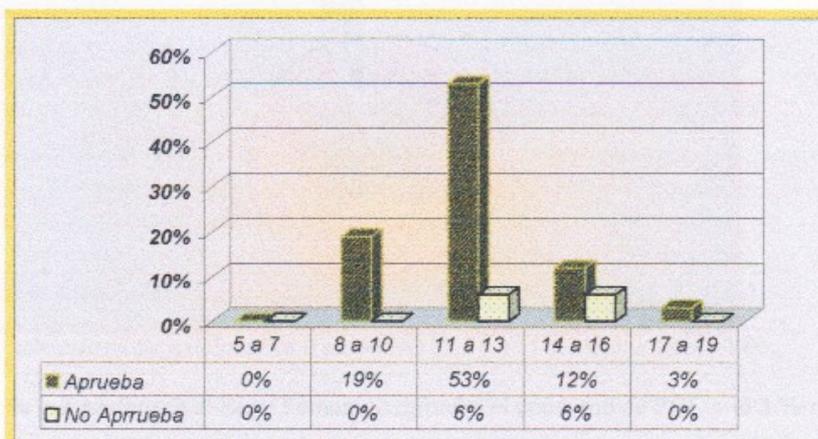
Fuente: Recolección de datos realizada en el periodo del 23, 24, y 25 de Octubre del año 2006.

Con respecto a la edad de inicio de consumo en el grupo etario de 8 a 10 años un 18.5 % lo hizo con su grupo de pares, un 2.3 % con un familiar, 4.5 % compañeros de clase. De 11 a 13 años un 32.5 % con el grupo de pares, y un 35 % con su pareja. En el grupo de 14 a 16 años un 4.5 % con grupo de pares. De 17 a 19 años el 2.3 % con grupo de pares.

Tabla 11. Distribución de la edad de inicio de consumo según aprobación del consumo de PBC

Edad de Inicio del Consumo (años)	Aprobación del Consumo de PBC por el Grupo de Pares		
	Aprueba	No Aprueba	FA
5 a 7	0 (0%)	0 (0%)	0
8 a 10	6 (18.7%)	0 (0%)	6
11 a 13	17 (53 %)	2 (6.2 %)	19
14 a 16	4 (12.5 %)	2 (6.2 %)	6
17 a 19	1 (3.1 %)	0 (0%)	0
Total	28 (87.3 %)	4 (12.4%)	32

Fuente: Recolección de datos realizada en el periodo del 23,24, y 25 de Octubre del año 2006.



Fuente: Recolección de datos realizada en el periodo del 23, 24, y 25 de Octubre del año 2006.

Respecto a la edad de inicio de consumo dentro del grupo de 8 a 10 años un 18.7 % fue aprobado por el grupo de pares.

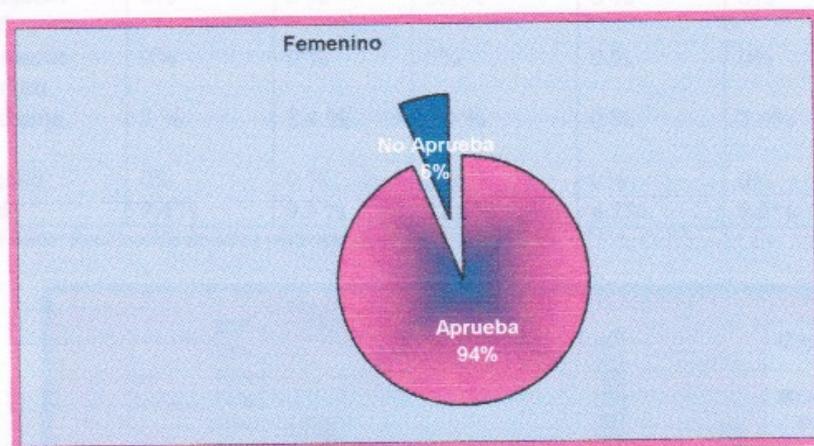
De 11 a 13 años un 53 % fue aprobado por el grupo de pares y un 6.2 % no fue aprobado.

De 14 a 16 años un 12.5 % fue aprobado y un 6.2 % no fue aprobado, y de 17 a 19 años el 3.1 % fue aprobado.

Tabla 15. Distribución del sexo según aprobación del consumo de PBC por el grupo de pares

Sexo	Aprueba	No Aprueba	FA
Femenino	14 (43.7 %)	1 (3 %)	15
Masculino	14 (43.7 %)	3 (9.4 %)	17
Total	28 (87.4%)	4 (12.4%)	32

Fuente: Recolección de datos realizada en el periodo del 23,24, y 25 de Octubre del año 2006.



Fuente: Recolección de datos realizada en el periodo del 23, 24, y 25 de Octubre del año 2006.

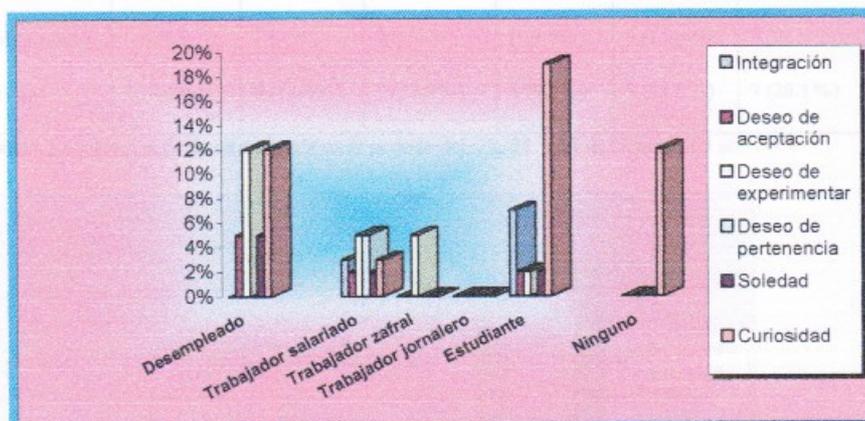
El 43.7 % que pertenece al Sexo Femenino aprueba el consumo de PBC y el 3 % no aprueba.

Respecto al sexo masculino un 43.7 % aprueba el consumo de PBC y el 9.4 % no aprueba.

Tabla 16. Distribución de la ocupación según el motivo del inicio del consumo

OCUPACIÓN	Integración	Deseo de aceptación	Deseo de experimentar	Deseo de pertenencia	Soledad	Curiosidad	FR%
Desempleado	0%	4.7 %	12 %	0%	4.7%	12 %	38.1%
Trabajador salariado	2.4 %	2.4 %	4.7 %	4.7 %	2.4%	2.4 %	19%
Trabajador zafral	0%	0 %	2.4 %	0 %	0%	0%	2.4%
Trabajador jornalero	0%	0 %	0%	0 %	0%	0%	0%
Estudiante	7 %	2.4 %	2.4 %	0 %	2.4%	19 %	33.2%
Ninguno	0%	0 %	0 %	0%	0%	2 %	12%
Total	9.4%	9.5%	21.5%	4.7%	9.5%	45.4%	100%

Fuente: Recolección de datos realizada en el periodo del 23,24, y 25 de Octubre del año 2006.



Fuente: Recolección de datos realizada en el periodo del 23, 24, y 25 de Octubre del año 2006.

Relacionado a la ocupación el 4.7 % de los usuarios desempleados fue por deseo de aceptación, el 12% por deseo de experimentar, el 4.7 % por soledad, y el 12 % por curiosidad.

Fuente: Recolección de datos realizada en el periodo del 23, 24, y 25 de Octubre del año 2006.

Respecto a los trabajadores salarizados el 2.4 % por integración, y deseo de aceptación, el 4.7 % por deseo de experimentar y de pertenencia, soledad y curiosidad el 2.4 %.

El trabajador zafra fue por deseo de experimentar.

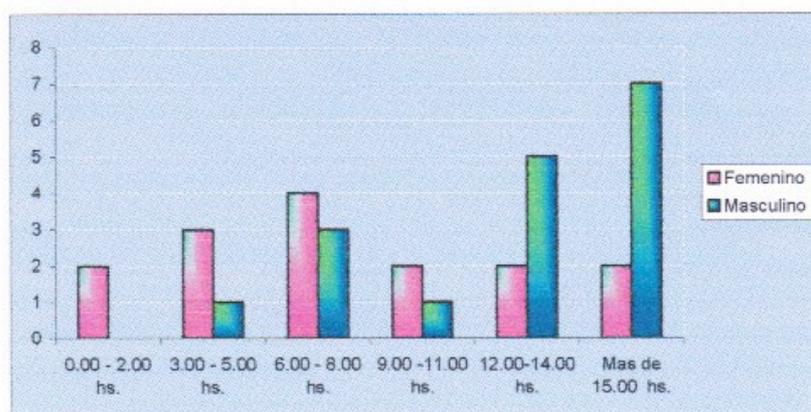
Relacionado al estudiante el 7 % por integración, el 2.4 % por deseo de aceptación, deseo de experimentar, y soledad, y el 19 % por curiosidad.

En el caso de los que no tenían ocupación el 12 % por curiosidad.

Tabla 17. Distribución del sexo según las horas de interacción con el grupo de pares antes del inicio del consumo

<u>HORAS DE INTERACCIÓN CON EL GRUPO DE PARES ANTES DEL INICIO DEL CONSUMO</u>							
<u>SEXO</u>	0.00 - 2.00 horas	3.00 - 5.00 horas	6.00 - 8.00 horas	9.00 - 11.00 horas	12.00- 14.00 horas	Mas de 15.00 horas	FA
Femenino	2 (6.2 %)	3 (9.4 %)	4 (12.5 %)	2 (6.2 %)	2 (6.2 %)	2 (6.2 %)	15
Masculino	0 (0%)	1 (3 %)	3 (9.4 %)	1 (3 %)	5 (15.6 %)	7 (21.9 %)	17
Total	2 (6.2%)	4 (12.4%)	7 (21.9%)	3 (9.2%)	7 (21.8%)	9 (28.1%)	32

Fuente: Recolección de datos realizada en el periodo del 23, 24, y 25 de Octubre del año 2006.



Fuente: Recolección de datos realizada en el periodo del 23, 24, y 25 de Octubre del año 2006.

Respecto a las horas de interacción con el grupo de pares el sexo femenino en un 6.2 % pasa de 0 a 2 hrs., el 9.4 % de 3 a 5 hrs., el 12.5 % de 6 a 8 hrs., el 6.2 % de 9 a 11, de 12 a 14 y mas de 15 hrs.

Relacionado al sexo masculino el 3 % pasa de 3 a 5 hrs., el 9.4 % de 6 a 8 hrs., el 3 % de 9 a 11 hs., el 15.6 % de 12 a 14 hrs. Y el 21.9 % mas de 15 hrs.

ANEXO N° 4

**ENTREVISTA CRONOGRAMA DE GANTT ENTENDIMIENTO Y
ABORDAJE DE LA INVESTIGACIÓN**

Actividades	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre
Definición geográfica											
Formulación de la pregunta Problema											
Elaboración de objetivos y Marco conceptual											
Elaboración de protocolo de investigación											
Elaboración de la prueba Piloto y validación											
Elaboración del instrumento y selección de sujetos											
Recesamiento y análisis de los Datos											
Elaboración de Informe Final											

3. ¿Que opinión a usted le respecta el tema?

Es importante el tema que van a investigar, ya que los jóvenes relatan como su primer consumo es producido en conjunto con sus amigos, es una droga de gran impacto en la sociedad, lo cual abarca todas las clases sociales, produciendo gran demanda en los servicios de asistencia tanto públicos como privados.

ANEXO N° 5

ENTREVISTAS REALIZADAS PARA EL CONOCIMIENTO Y ABORDAJE DE LA INVESTIGACIÓN

Viernes 3 de Febrero de 2006

◆ Entrevista a Psicólogo de Manantiales:

1¿Cuántos pacientes están internados en el día de hoy por causa de PBC?

El número exacto de muchachos internados por PBC no lo manejo, lo que sí se hizo evidente en este último año es el incremento de adolescentes que tenemos dentro de nuestro programa en la fase de internación por consumo de esta droga.

2¿Cuáles son las características de los pacientes biosicosociales que ingresan por tal motivo?

Son jóvenes agresivos, que tras la reducción del consumo pueden aparecer alucinaciones, depresión, estados de ansiedad, ideas de suicidio, problemas de concentración, ocasionando muchas veces escaso rendimiento en el trabajo y en el estudio. Pueden poseer comportamientos delictivos, que traen aparejados graves problemas familiares y legales. En cuanto a lo físico son pacientes en los cuales es notorio su adelgazamiento, poseen problemas al conciliar el sueño, infartos, enfermedades respiratorias entre otras.

3¿Que opinión a usted le respecta el tema?

Es importante el tema que van a investigar, ya que los jóvenes relatan como su primer consumo es producido en conjunto con sus amigos, es una droga de gran impacto en la sociedad, la cual abarca todas las clases sociales, produciendo gran demanda en los servicios de asistencia tanto públicos como privados.

4. ¿Existe algún área de internación específica en nuestro País para dichos pacientes en el día de hoy?

A nivel público el único lugar que se encuentra disponible para la internación es el Hospital Maciel, ya desde el Gobierno anterior se intenta gestionar la apertura de un Centro de Referencia Nacional de Red Drogas "Portal Amarillo", hasta el momento con rotundo fracaso. Existen lugares de internación de carácter privados como Renacer, el Centro ISCALI que al igual que nosotros abordan el tratamiento de rehabilitación tomando al usuario y a su entorno familiar, como pilares principales para la recuperación del individuo

Miercoles 15 de Febrero de 2006.

♦ Entrevista a la Sra. Directora del CIAT (Centro Nacional de Toxicología):

1. ¿Cuántos pacientes están en tratamiento en el día de hoy por causa del consumo de PBC?

Este dato no es posible otorgárselos en este momento ya que los mismos no los recuerdo con exactitud en este momento deberían consultar al personal a cargo.

2. ¿Cuántas consultas que se realizaron en el periodo del año 2005 y cuántas van realizadas en el período de 2006?

Estos datos no puedo brindárselos con exactitud debo consultar a los archivos que contienen información estadística específica del CIAT.

3. ¿Cuáles son las características biosicosociales de los pacientes que ingresan por tal motivo?

Son pacientes muy complejos lo cual hace que su abordaje sea muy difícil, con características muy particulares pudiendo presentar graves trastornos Psíquicos tales como agitación, ideas paranoides, agresividad, depresión, ideación suicida, desinterés laboral y académico y comportamiento antisocial. Estos usuarios tienden a desarrollar dependencias psíquicas intensas. En lo que se refiere al plano físico esta droga puede causar hipertensión arterial, cardiopatías isquémicas, convulsión, riesgo de infartos, pérdida de peso, insomnio, y múltiples enfermedades respiratorias entre otras.

4. ¿Que opinión a usted le respecta el tema?

Es un tema de gran importancia ya que la aparición de esta droga en nuestro país es reciente involucrando masivamente a los jóvenes de nuestro país provocando de esta forma alarma en nuestra sociedad

5. ¿Con respecto al factor de riesgo grupo de pares: como cree usted, que interfiere en el inicio del consumo de PBC?

El adolescente se relaciona con su grupo de amigos y de esta relación surgen vivencias y experiencias las cuales son compartidas a nivel del grupo.

Lunes 5 de Noviembre de 2006

- ◆ Entrevista a: Sociólogo Héctor Suárez integrante del equipo técnico asesor en el área de prevención de la Junta Nacional de Drogas.

¿Existen datos estadísticos sobre el consumo de pasta base de cocaína en adolescentes en nuestro país?

No existen datos estadísticos específicos de esta droga ya que son múltiples los factores negativos que inciden en la recolección de dichos datos a nivel Nacional.

¿Cuál es la droga más consumida en nuestro país?

A mi criterio y en base a mi experiencia puedo afirmar que en el Uruguay la droga más consumida es el tabaco, el alcohol siguiéndoles en orden decreciente, la marihuana, la Pasta Base de Cocaína, Cocaína, Tranquilizantes, consumiéndose escasamente drogas como los Opiáceos, Anfetaminas, Alucinógenos, Heroína y Éxtasis.

¿Cuál es su opinión en lo referente a la realización de un trabajo de investigación relacionado al tema: influencia del grupo de pares en el inicio del consumo de Pasta Base de Cocaína?

El consumo de pasta base de cocaína es un acto que se realiza a nivel individual a diferencia del consumo de marihuana el cual es un ritual grupal, además no existen hasta el momento cifras estadísticas sobre el consumo de esta droga y la misma no ocupa uno de los primeros lugares de consumo en el Uruguay en contraposición con la marihuana, mi opinión acerca del tema es que adquiriría más relevancia si se realizara el mismo en consumidores de marihuana.

Martes 11 de Julio de 2006

◆ CENTRO HOSPITAL VILARDEBÓ

1. ¿Cuántos pacientes están internados en el día de hoy por causa de PBC?

Los usuarios que están actualmente internados por PBC son usuarios consumidores de esta droga los cuales traen asociados patologías psiquiátricas.

2. ¿Cuántas consultas se realizaron en el período del año 2005 y cuántas van realizadas en el período de 2006, en la emergencia por motivo de PBC.?

No existen consultas por consumo ya que directamente son derivados por patologías psiquiátricas secundarias al consumo.

3. ¿Cuántos usuarios consumidores de PBC ingresaron a modo de internación en dicha institución en el 2005?

No poseo estos datos en este momento.

4. ¿Cuáles son las características de los pacientes biosicosociales que ingresan por tal motivo?

Son pacientes con ideas paranoides, muchos de ellos agresivos pueden tener alucinaciones visuales, táctiles, auditivas, y olfatorias, tras la reducción del consumo pueden aparecer depresión, letárgica, irritabilidad ideación suicida, déficit de memoria y disminución de la atención. Poseen comportamientos antisociales como ser hurtos, rapiñas. A nivel físico son pacientes que sufren pérdida de peso, insomnio, quemaduras de labios y cara, convulsiones, infartos, enfermedades respiratorias entre otras.

5. ¿Que opinión a usted le respecta el tema?

Me parece de suma importancia estudiar la relación del grupo de pares en el inicio de consumo de Pasa Base de Cocaína, ya que la adolescencia es una etapa conflictiva con múltiples cambios biológicos y psicológicos que hacen más vulnerables a esta población, en lo que respecta a las adicciones.

6. ¿Existe algún área de internación específica para dichos pacientes en el día de hoy?

Actualmente se abrió un Centro de Referencia Nacional de Red Drogas "Portal Amarillo" teniendo capacidad para 20 camas las cuales todavía no se encuentran habilitadas. Otro lugar de internación disponible es el Hospital Maciel con una capacidad de 6 camas, encontrándose disponibles en este momento.