



FACULTAD DE CIENCIAS NATURALES Y EXACTAS
Departamento de Farmacia

Trabajo de Diploma

en opción al título de
Licenciada en Ciencias Farmacéuticas

Título: Diagnóstico sobre sustancias psicotrópicas en estudiantes de Ciencias farmacéuticas de la Universidad de Oriente

Autor: Isitania Pérez Rodriguez

Tutora: MSc. Clara Aurora Zuñiga Moro








“ Año 61 de la Revolución “

Curso: 2018-2019

Dedicatoria

- ✚ *A mi familia que me brinda su apoyo y cariño en todo momento.*
- ✚ *A mis profesores, que me enseñaron e inculcaron en mí, los valores profesionales y humanos de un farmacéutico. Especialmente a mi tutora Clara Aurora por su infinita sabiduría.*
- ✚ *A mis compañeros de estudios que siempre estuvieron presentes en todo momento durante estos 5 años.*

Agradecimientos

-  *A mi madre querida que con su amor infinito y comprensión ha hecho de mí la persona que soy*
-  *A mi familia que siempre me ha apoyado con todo su cariño*
-  *A mi novio por su comprensión, apoyo y amor incondicional*
-  *A mi tutora Clara Aurora Zuñiga Moro por su cariño y profesionalidad ante la labor de enseñar.*
-  *A todos los profesores del Departamento de Farmacia y la Facultad que de una forma u otra aportaron con empeño incondicional su granito de arena hacia el desarrollo de mi persona como profesional, siempre los llevaré en mi corazón como mi segunda familia.*
-  *A mi compañeros de estudios los que empezaron conmigo en los inicios y que no siguieron; por supuesto y aquellos que se sumaron en el transcurso de la carrera: Soilen, Andrés, Joan Manuel, Marilyn, Karina, Elisnay, Naylan, Lilian, Yasmina, Yuselis, Bárbara, Leonardo, Yilenia y Otniel. Muchas gracias a estas personas por las experiencias vividas a lo largo de estos 5 años y espero que nuestra amistad perdure a pesar de la distancia y las barreras de la vida futura.*
-  *Gracias a todos por la experiencia*

Índice

Resumen

Abstract

Introducción.....	1
Hipótesis.....	4
Objetivos.....	5
Capítulo I. Revisión bibliográfica.....	6
I.1. Farmacoepidemiología. Estudios de utilización de medicamentos.....	6
I.2. Drogodependencia. Generalidades.....	7
I.3. Drogas. Concepto.....	9
I.3.1. Mecanismo de acción de las drogas.....	10
I.4. Sustancias psicotrópicas.....	10
I.4.1. Clasificación de las sustancias psicotrópicas.....	11
I.4.2. Patrones de consumo de sustancias psicotrópicas.....	13
I.4.3 Vías que pueden conducir a las adicciones.....	14
I.4.4 Sustancias psicotrópicas que pueden iniciar la drogodependencia.....	15
I.4.5. Prevención del consumo de sustancias psicotrópicas.....	21
Capítulo II. Materiales y Métodos.....	23
II.1- Características generales de la investigación.....	23
II.1.1- Selección de la muestra.....	23
II.2. Metodica.....	24
II.2.1. Diagnóstico del nivel de conocimiento, consumo y los factores específicos sobre sustancias psicotrópicas en estudiantes universitarios.....	24
II.2.1. a) Determinación del nivel de conocimiento sobre sustancias psicotrópicas.....	25
II.2.1.b) Determinación del consumo de sustancias psicotrópicas en la muestra.....	25
II.2.1. c) Determinación de la automedicación de psicofármacos en la muestra.....	28

II.2.1.d) Determinación de la percepción de los estudiantes sobre las sustancias psicotrópicas.....	28
II.2.1.e) Determinación de los Factores Específicos.....	29
II.3. Propuesta de intervención educativa sobre sustancias psicotrópicas, en función de los resultados obtenidos.....	31
II.4. Obtención y procesamiento de la información.....	32
II.4.1- Obtención de la información.....	32
II.4.2- Procesamiento de la información.....	32
Capítulo III. Resultados y Discusión.....	33
III.1 Caracterización de la muestra.....	33
III.2 Diagnóstico del nivel de conocimiento, consumo y los factores específicos sobre sustancias psicotrópicas en estudiantes universitarios.....	34
III.2.1 Nivel de conocimiento de la muestra.....	34
III.2.2 Consumo de sustancias psicotrópicas en la muestra estudiada.....	35
III.2.3 Automedicación con psicofármacos en la muestra estudiada.....	41
III.2.4 Percepción de los estudiantes sobre las sustancias psicotrópicas.....	43
III.2.5 Factores Específicos: Factores de riesgo y de protección.....	44
III.3 Propuesta de intervención.....	46
Conclusiones.....	50
Recomendaciones.....	51
Referencias bibliográficas	
Anexos	

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo transversal de Utilización de Medicamentos, correspondiente a un estudio de consumo, en estudiantes de la carrera de Ciencias farmacéuticas, de la Universidad de Oriente, Santiago de Cuba, con el objetivo de realizar un diagnóstico del nivel de conocimiento y consumo de sustancias psicotrópicas y el diseño una intervención educativa. Se observó un predominio de estudiantes Conocedores con Deficiencias con el 74,07 %, fundamentalmente en los estudiantes de 1er año. Se encontró que en la muestra el 59,25% de la misma, eran Consumidores, con una Razón de Consumo igual a 1:1; en tanto que el consumo mayor fue de tipo social con el 27,16 %. El alcohol, el café y los psicofármacos fueron las sustancias más consumidas. Se obtuvo que el 63,64% del total de la muestra se auto medicaba, apareciendo el clordiacéporido y el meprobamato como los medicamentos más empleados. Se valoró la Percepción y los factores específicos de Riesgo y de Protección, existiendo una Percepción adecuada y un predominio de los factores de riesgo sobre los de protección. El diagnóstico se clasificó como Diagnóstico no favorable, por el incumplimiento de 4 indicadores. Se realizó el diseño de la propuesta de intervención para los estudiantes de la carrera, en base a los problemas detectados.

ABSTRACT

Descriptive cross-sectional studies was carried out on the use of medicines, corresponding to a consumer study, in students of the Pharmaceutical Sciences career at the Universidad de Oriente, Santiago de Cuba, with the aim of making a diagnosis of the level of knowledge and consumption of psychotropic substances and design an educational intervention. A predominance of knowledgeable students with deficiencies was observed with 74.07%, mainly in the first year students. It was found that in the sample, 59.25% of the sample were Consumers, with a Consumption Ratio equal to 1: 1; while the largest consumption was of a social type with 27,16 %. Alcohol, coffee and psychotropic drugs were the most consumed substances. It was obtained that 63.64% of the total sample was self-medicated, appearing chlorodiacepoxide and meprobamate as the most commonly used drugs. Perception and the specific factors of Risk and Protection were assessed, with adequate perception and a predominance of risk factors over protection factors. The diagnosis was classified as an unfavorable diagnosis, due to the non-compliance of 4 indicators. The design of the intervention proposal for the students of the race was made, based on the problems detected.

INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas ha estado ligado a la historia de la humanidad desde sus orígenes. Consumir drogas ha sido y es para muchas personas la forma de modificar la percepción de la realidad, de los estados emocionales y del comportamiento, con el objetivo de lograr una sensación mayor de bienestar. Se le denomina droga a toda sustancia que una vez introducida en el organismo por cualquier vía de administración produce una alteración natural del funcionamiento del Sistema Nervioso Central (SNC) del individuo y es además susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.

En la antigüedad se empleaban una serie de drogas de origen vegetal como el opio cuyo cultivo era practicado en las regiones del sur de España, Grecia, Egipto y Mesopotamia. En los jeroglíficos egipcios lo recomendaban como analgésico y calmante. En tanto el cultivo del cannabis es originario de China. Sustancias más fuertes como setas alucinógenas parecen haber sido empleadas por los chamanes de Siberia y en zonas septentrionales de Europa.¹

Hasta ahora muchos países no han reconocido aún la drogodependencia como un problema de salud, y la estigmatización y discriminación asociadas a esos trastornos han sido un gran obstáculo para lograr un tratamiento adecuado. El Informe Mundial sobre las Drogas de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), estima que 275 millones de personas en todo el mundo, es decir, aproximadamente el 5,6% de la población mundial de edades comprendidas entre los 15 y los 64 años, consumió drogas en al menos una ocasión en 2016. Unos 31 millones de personas que consumen drogas padecen trastornos derivados de ello, lo que significa que ese consumo es perjudicial hasta el punto de que podrían necesitar tratamiento. Según estimaciones iniciales, 13,8 millones de jóvenes de 15 y 16 años consumieron cannabis en el año anterior en todo el mundo, lo que equivale a una proporción del 5,6%.²

El consumo de sustancias lícitas o ilícitas es un problema de salud pública que ha afectado a la población en general pero con mayor incidencia en la juvenil desde hace más de 50 años, y como tal ha sido causa de morbimortalidad, alteración de los vínculos familiares, sociales, laborales y académicos.³

El camino que lleva a los jóvenes de la iniciación al consumo perjudicial de sustancias está influenciado por factores que a menudo escapan a su control. Los factores personales (como la salud conductual y mental, el desarrollo neurológico y las variaciones genéticas, y las influencias sociales en estos factores), el nivel micro (funcionamiento parental y familiar, escuelas e influencia de los compañeros) y el nivel macro (entorno socioeconómico y físico) pueden hacer a los adolescentes vulnerables al consumo de sustancias ²

En Cuba el 45,2 % de la población mayor de 15 años consume bebidas alcohólicas, con un índice de prevalencia de alcoholismo entre 7 y 10 %, con predominio en edades comprendidas entre 15 y 44 años aumentando en los últimos años el consumo notablemente, ya que el 90,4 % de la población inicia la ingestión antes de los 25 años y la edad de la mayoría de los bebedores-problema se halla entre los 25 y 42 años. ⁴

Las instituciones y programas con que cuenta el Estado cubano para la protección a la familia, la niñez y la juventud, la igualdad de derechos y de género, la seguridad social, el acceso universal y gratuito a la salud, educación, cultura y recreación dan garantía al despliegue sostenible de la política antidroga estructurada y multifactorial, con participación activa de las organizaciones sociales y de masas, lo cual constituye su principal fortaleza.

De igual modo, se fortalece constantemente el Programa Nacional Integral de Prevención del Uso Indebido de Drogas (PNIPUID), que instrumenta las acciones en este campo en todas las provincias y municipios, incluido el trabajo comunitario. Como parte de dicho programa desde el año 2003, se creó la Línea Confidencial Antidrogas, servicio que funciona las 24 horas de forma gratuita y confidencial, a través del cual se brinda atención a las necesidades de orientación que demanda la población para casos de adicciones y otras temáticas relacionadas.

Los Ministerios de Educación y Educación Superior desarrollan programas de prevención que se insertan en el currículo escolar, información que se ofrece de forma jerarquizada según el nivel educacional, y se apoya en productos audiovisuales dirigido a los jóvenes. ⁵

El sector de la Educación en Santiago de Cuba, realiza de manera cotidiana numerosas acciones con el objetivo de fortalecer la cultura de rechazo a las drogas, como parte de

la formación integral de la personalidad de niños, adolescentes y jóvenes, a partir de la educación en valores, la formación de actitudes críticas, reflexivas y creativas.⁶

El problema de las drogas, a veces resulta un problema legal, muchas veces médico, pero siempre será un problema educativo, en el cual las instituciones educacionales deberán buscar una solución acorde al sistema de principios y valores socialmente establecidos, de manera que en ello juega un papel importante los profesionales que se forman en nuestras universidades, desde su misión social y la labor preventiva que ha caracterizado al proyecto social cubano, sin embargo en los últimos años han ido en aumento las cifras de consumo y el número de personas dependientes de alcohol, tabaco y otras drogas.⁷

El enfrentamiento al problema de las drogas, ha sido y seguirá siendo la prevención del consumo de estas sustancias, contribuyendo al logro de profesionales integrales en su formación, capaces de revertir sus conocimientos a la sociedad, más aún en las especialidades vinculadas con la salud y los medicamentos como es el caso de la carrera de Ciencias farmacéuticas.

En la Universidad de Oriente existen antecedentes de estudios sobre el tema, como el realizado por Zúñiga, Pupo y Suárez en 2009⁸, relacionado con el diseño de una intervención educativa en estudiantes de la carrera de Ciencias farmacéuticas; el estudio de Pupo y Trujillo en el 2011⁹ sobre diagnóstico de sustancias psicotrópicas en la Facultad de Ciencias Naturales y la validación de un cuestionario para el diagnóstico de sustancias psicotrópicas por Pupo y Moreno en el 2010.¹⁰

Se sabe que el consumo de drogas entre los estudiantes universitarios es considerablemente alto en el mundo en relación con otros estratos poblacionales, el campus universitario es uno de los lugares donde más frecuentemente se consume. Las drogas legales son las de mayor uso, que en su condición de drogas porteras estimulan el consumo de las drogas ilegales en aquellos con estilos de vida más vulnerables.

Lograr que la actual conducta de algunos jóvenes con las drogas, su asociación con el espacio de lo lúdico se modifique progresivamente, será uno de los principales retos que deben afrontar las instituciones y los profesionales que trabajan con estudiantes, durante los próximos años.

En este contexto se impone que en la formación del profesional farmacéutico, se trabaje en función de elevar su conocimiento sobre la prevención del consumo de sustancias psicotrópicas, teniendo en cuenta que su trabajo como miembro del equipo de salud se relaciona con el uso racional de medicamentos, el control de estupefacientes y psicotrópicos y la educación a la población en cuanto al conocimiento y consumo de sustancias adictivas.

Por todo lo antes expuesto enunciarnos como PROBLEMA CIENTÍFICO: La necesidad de conocer el nivel de información sobre las sustancias psicotrópicas y su consumo en estudiantes de la carrera de Ciencias farmacéuticas.

Hipótesis:

Si se realiza un diagnóstico sobre sustancias psicotrópicas en estudiantes de la carrera de Ciencias farmacéuticas, se podrán diseñar acciones de prevención que respondan a las deficiencias detectadas.

OBJETIVOS:

1. Diagnosticar el nivel de conocimiento, consumo y los factores asociados al uso de sustancias psicotrópicas en estudiantes de la carrera de Ciencias farmacéuticas, de la Facultad de Ciencias Naturales y Exactas, Universidad de Oriente.
2. Diseñar una propuesta de intervención educativa en función de los resultados obtenidos.

CAPÍTULO I. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

I.1. Farmacoepidemiología. Estudios de utilización de medicamentos

La Farmacoepidemiología consiste según Kaiser en “la aplicación de los conocimientos, métodos y razonamientos epidemiológicos al estudio de los usos y efectos (beneficiosos y perjudiciales) de los medicamentos en poblaciones humanas”. El balance entre los efectos beneficiosos y perjudiciales de los medicamentos ha sido una continua preocupación a medida que la ciencia y la tecnología han avanzado. En 30 años pasó de tener un número reducido de medicamentos activos y fiables a disponer de un número considerable de ellos para una variedad importante de enfermedades.¹¹ El objetivo de la epidemiología es describir, analizar, predecir y, por tanto, planificar los usos y efectos de los distintos tratamientos referidos a las variables de persona, lugar y tiempo. Esta ciencia permite perfeccionar el desarrollo y uso de los medicamentos y ayuda a ampliar los conocimientos sobre la etiología de las enfermedades, para mejorar en último término, el estado de salud de nuestra sociedad.

Podemos decir que los medicamentos están utilizándose de forma racional cuando nuestros pacientes reciben el tratamiento más adecuado (principio activo, forma farmacéutica, dosis, pauta y duración del tratamiento), al menor coste para ellos y para la comunidad. Por lo tanto, si los medicamentos se emplean de forma racional, aumentará la calidad de los servicios sanitarios; por ello, el conocimiento del consumo de medicamentos, tanto cualitativo como cuantitativo, actuará como un indicador indirecto de la calidad asistencial. Es en este punto donde aparecen los estudios de utilización de medicamentos (EUM), que permiten conocer las necesidades farmacéuticas de nuestra población, la existencia de prescripciones inadecuadas y el aumento de la morbilidad iatrogénica, y permiten supervisar la práctica diaria. Estos estudios detectan problemas y son útiles para diseñar y evaluar programas de intervención.¹¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los EUM como aquellos que estudian la comercialización, distribución, prescripción y uso de medicamentos en una sociedad, con especial énfasis en los resultados y consecuencias médicas, sociales y económicas. Este tipo de estudios considera no sólo factores farmacológicos sino también socio-demográficos, de conducta o económicos que tienen influencia en la

utilización de los fármacos. El objetivo es conseguir que la prescripción real se aproxime a la ideal, con el fin de que la práctica terapéutica asistencial sea óptima, lo que puede alcanzarse mediante la descripción de la utilización de los medicamentos, la valoración cualitativa de los datos obtenidos a fin de identificar problemas y finalmente, la intervención sobre los problemas identificados.¹¹

I.2. Drogodependencia. Generalidades

La dependencia es una adaptación psicológica, fisiológica y bioquímica causada por una exposición reiterada a una droga, se requiere la reutilización de la sustancia para que desaparezcan los efectos no deseados que aparecen cuando deja de consumirse. Esta dependencia aparece tras un período en el que se ha usado frecuentemente una sustancia y resulta de la interacción de tres variables: la sustancia adictiva, la persona y el contexto social, económico y cultural que enmarca las dos primeras en un determinado momento y lugar.¹²

Los efectos de las drogas son diversos, dependen del tipo de droga y de la cantidad o de la frecuencia con la que se consume. Pueden producir alucinaciones, intensificar o entorpecer los sentidos o provocar sensaciones de euforia o de desesperación. El adicto necesita consumir una determinada cantidad de la sustancia para alcanzar ciertas sensaciones placenteras o bien para eliminar sensaciones desagradables derivadas de la privación de esta.¹³

La drogodependencia no constituye un problema de salud en Cuba, su realidad en el territorio no puede compararse con lo que sucede en el resto del mundo. La promoción, prevención y rehabilitación de la drogodependencia en los diferentes niveles de atención a la salud, posibilita su reconocimiento y enfrentamiento.¹⁴

Síntomas de la dependencia psicológica

- Ansiedad.
- Depresión.
- Cambios en la personalidad o en la actitud.
- Períodos de hiperactividad o agitación inusual.
- Falta de motivación.
- Incapacidad para concentrarse.

- Aislamiento social.
- Apariencia temerosa, ansiosa, paranoica.
- Se puede desear parar el consumo aunque no se puede.

Síntomas físicos

- Debilidad muscular.
- Pesadillas.
- Dolor de cuerpo.
- Transpiración.
- Náuseas.
- Vómitos.
- Hemorragias nasales frecuentes.
- Cambios en patrones del apetito o del sueño. Pérdida o aumento repentino de peso.
- Ojos “inyectados en sangre”.
- Convulsiones sin antecedentes de epilepsia.
- Deterioro de la apariencia física.
- Lesiones o accidentes sin poder dar explicaciones.
- Olores en cuerpo, ropa o aliento.
- Temblores, dificultad para hablar, coordinación inestable.

Síntomas conductuales

- Necesidad desesperada de ingerir más la sustancia.
- Problemas financieros, robar dinero para consumir drogas.
- Disminución de la asistencia al trabajo, escuela o universidad.
- Escasez de realización de actividades de ocio, deportes, ejercicio.
- Quejas por parte de compañeros de trabajo, supervisores o profesores.
- Aislamiento social, participar en comportamientos sospechosos o extraños.
- Cambio repentino de relaciones personales, amigos o aficiones.
- Participación frecuente en problemas: discusiones, accidentes, actividades ilegales, etc.¹⁵

I.3. Drogas. Concepto

Droga, según el diccionario de la Real Academia Española, es cualquier “sustancia mineral, vegetal o animal, que se emplea en la medicina, en la industria o en las bellas artes”. En su segunda acepción, droga es cualquier “sustancia o preparado medicamentoso de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno.”

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), droga es toda sustancia que introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce de algún modo una alteración del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y además es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas. La OMS declara que, las sustancias psicoactivas, conocidas más comúnmente como drogas, son sustancias que al ser tomadas pueden modificar la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento de un individuo. Dentro de estas definiciones se encuentran todas las sustancias psicoactivas, sean legales (alcohol, tabaco o fármacos hipnosedantes) o estén consideradas ilegales por las convenciones y tratados sobre sustancias psicotrópicas, que incluyen en sus listas, entre otras muchas, al cannabis, la cocaína, las anfetaminas y la heroína.¹⁶

El término "droga psicoactiva" se utiliza, especialmente en el ámbito de la medicina y farmacología, como sinónimo de principio activo o fármaco, ya sea por extensión del concepto o debido a la traducción literal del término inglés *drug*, el cual no hace distinciones entre los tres términos. La definición original de la OMS refleja este uso genérico, sin embargo, la definición más específica indica que droga es el término más adecuado para referirse a sustancias que se usan sin fines terapéuticos; alteran aspectos afectivos, cognitivos y conductuales; pueden ser autoadministradas; y pueden inducir estados biológicos adaptativos en sus usuarios.¹³

En los últimos años se asiste a la emergencia de nuevas sustancias que, teniendo efectos psicoactivos, no están incluidas en la Convención de 1961 ni en la de 1971, por lo que su producción y consumo, pese a sus posibles y muchas veces graves efectos adversos, no son ilegales. Por otra parte, las principales drogas legales como el tabaco y el alcohol, son causa importante de mortalidad y discapacidad en los países

desarrollados; por todo ello, podemos decir que la legalidad o ilegalidad de las drogas no se corresponde con su posible peligrosidad.¹⁶

I.3.1. Mecanismo de acción de las drogas

La acción inicial de las drogas de abuso a nivel cerebral se entiende a través de la transmisión sináptica. Las sustancias de abuso afectan al cerebro, influyen en un neurotransmisor presente en la sinapsis o por interacción con un receptor de neurotransmisores específicos. El hecho de que las drogas influyan en diferentes neurotransmisores y sistemas de recepción en el cerebro nos ayuda a entender por qué las diferentes drogas generan distintas acciones como la activación de los receptores opioides por opiáceos, inhibición de la recaptura de monoaminas por la cocaína o la facilitación GABAérgica y la inhibición de NMDA en la neurotransmisión glutamatérgica por el etanol.¹⁷

Las drogas se caracterizan por disponer de un mecanismo de reforzamiento en el sistema cerebral de recompensa (SCR). En este sentido, las drogas de abuso ejercerían su acción sobre la vía dopaminérgica en el área mesolímbica. Para ello es necesario que las señales procedentes de la corteza, el hipotálamo lateral y otros núcleos converjan en las neuronas dopaminérgicas del área tegmental ventral mesencefálica. De entre ellas, las que se proyectan al núcleo accumbens mediante el haz prosencefálico medial, formando el núcleo central del sistema de recompensa. Ese sistema dopaminérgico-mesocortico-límbico tendría un papel modulador de la actividad del estriado ventral y mediante éste originaría la conversión de emociones en acciones motivadas que podrían desencadenar actos motores para el logro del consumo. Existen variables moduladoras, entre las que se encuentran factores ambientales como el patrón de consumo social de una droga, la presión del grupo, la historia previa de consumo de drogas, la historia de aprendizaje del sujeto y los factores genéticos que pueden alterar su respuesta a una determinada droga.^{17,18}

I.4. Sustancias psicotrópicas

Las sustancias psicotrópicas se refieren al principio activo que tiene efecto sobre las funciones psíquicas. Esta denominación puede referirse a un principio activo de un

medicamento en general, utilizado con finalidad terapéutica o a principios activos de productos que no son medicamentos como bebidas alcohólicas (etanol), tabaco (nicotina), opio (heroína, morfina y otros opiáceos). Están sometidas a fiscalización internacional en las listas I, II, III y IV del Convenio de las Naciones Unidas sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971.¹⁹

Estas afectan las funciones del Sistema nervioso central (SNC), es decir, al cerebro y la médula espinal, los efectos que provocan en el ser humano son de diversa índole, incidiendo inicialmente en su estado de salud físico y posteriormente involucra al entorno social que rodea al individuo, afectando las relaciones interpersonales debido a la aparición de estados psicosociales inadecuados tanto en los usuarios como en la familia del adicto; es por esto que se ha convertido en un problema de salud pública que requiere atención inmediata a través de las instituciones y profesionales especializadas en rehabilitación, quien además le corresponde desarrollar programas coordinados de información, prevención y control del consumo; así como ofrecer tratamiento y rehabilitación a los consumidores ocasionales, habituales y problemáticos.

Además el consumo es un problema multifactorial y reversible que puede atenderse si se consideran los efectos bioquímicos de las sustancias psicoactivas en el cerebro y las condiciones familiares y sociales que favorecen conductas adictivas; puesto que si se quiere disminuir dicho problema hay que centrarse en las personas no en las sustancias.

En la actualidad el consumo está creciendo en el país, no solamente porque cada vez más personas consumen drogas, sino porque el fenómeno mundial es también una realidad en el contexto nacional en el que cada vez surgen sustancias diferentes que hacen más diverso el mercado ilegal de las drogas.²⁰

I.4.1. Clasificación de las sustancias psicotrópicas

❖ **Depresoras:** Sustancias que suprimen, inhibe o reducen algunos aspectos del actividad del sistema nervioso central (SNC). A veces también se incluye en este grupo a los anticonvulsivantes, debido a su acción inhibitoria de la actividad neuronal anómala. Entre los efectos que producen hay estimulación inicial seguida de una depresión de mayor duración, desinhibición social, relajación, falta de coordinación motora, lenguaje desarticulado, deterioro del equilibrio, sedación,

somnolencia, sueño, adicción, analgesia e incluso coma ²¹. Entre ellos se encuentran:

- Alcohol

- Opiáceos: Heroína, Morfina, Codeína, Metadona, Propoxifeno.

- Sedantes

- Hipnóticos

❖ **Estimulantes:** También llamados psicoanalépticos, producen activación general del SNC e incrementan las funciones corporales, aumenta el estado de alerta, mejoría del estado de ánimo, falta de sueño, aumento de energía, disminución del apetito y adicción ²¹. Hay otros medicamentos que tienen acciones estimulantes que, pese a no constituir su efecto principal, pueden manifestarse cuando se consumen en dosis altas o de forma prolongada; se trata de los antidepresivos, los anticolinérgicos y ciertos opiáceos.

Los estimulantes pueden provocar síntomas que indican una intoxicación, por ejemplo: taquicardia, dilatación de las pupilas, aumento de la tensión arterial, hiperreflexia, sudoración, escalofríos, náuseas o vómitos y alteraciones del comportamiento, tales como grandiosidad, hipervigilancia, agitación, desconfianza y alteración del razonamiento. A veces aparece psicosis delirante completa, cuando dejan de tomarse después de un consumo prolongado o masivo, puede aparecer un síndrome de abstinencia, que consiste en estado de ánimo deprimido, fatiga, trastornos del sueño y aumento de las imágenes oníricas. Entre ellos se encuentran:

Estimulantes mayores:

- Cocaína

- Anfetaminas: Dextroanfetamina, metanfetamina (speed), metilfenidato.

Estimulantes menores:

- Nicotina.

-Xantinas: Cafeína, teobromina. ²²

❖ **Alucinógenos / Psicodélicos:** Sustancias químicas que inducen alteraciones de la percepción, el pensamiento y sensaciones similares a las provocadas por las

psicosis funcionales, pero que no producen una marcada alteración de la memoria y la orientación que son características de los síndromes orgánicos.

La mayoría de los alucinógenos se consumen por vía oral, no obstante la dimetiltriptamina (DMT) se esnifa o se fuma, el consumo suele ser episódico; es sumamente raro el uso crónico y frecuente. Los efectos empiezan a notarse de 20 a 30 minutos después de la ingestión y consisten en dilatación de las pupilas, elevación de la presión arterial, taquicardia, temblor, hiperreflexia y fase psicodélica (euforia o cambios variados del estado de ánimo, ilusiones visuales y alteración de la percepción, indefinición de los límites entre lo propio y lo ajeno y, a menudo, una sensación de unidad con el cosmos).

Nuevas sustancias psicoactivas: Las nuevas sustancias psicoactivas (NSP) están proliferando a un ritmo sin precedentes, representando un riesgo significativo para la salud pública y un desafío a la política de drogas. A menudo se conoce poco sobre los efectos sanitarios adversos y los daños sociales, lo que supone un desafío considerable para la prevención y el tratamiento.

Más conocidas en el mercado por términos tales como “euforizantes legales”, “sales de baño” y “productos químicos de investigación”. A fin de promover una terminología clara sobre este asunto, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) utiliza el término “nuevas sustancias psicoactivas, las cuales se definen como “sustancias de abuso, ya sea en forma pura o en preparado, que no son controladas por la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes ni por el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971, pero que pueden suponer una amenaza para la salud pública”. El término “nuevas” no se refiere necesariamente a nuevas invenciones precisamente, varias fueron sintetizadas por primera vez hace 40 años, pero son sustancias que han llegado a estar disponibles recientemente en el mercado.^{20, 23}

I.4.2. Patrones de consumo de sustancias psicotrópicas

- Experimental: Situaciones de contacto inicial con una o varias sustancias, de las que puede pasarse a un abandono de la misma o a la continuidad en el consumo. Normalmente, este tipo de consumo viene definido por situaciones en las que el individuo desconoce los efectos y consecuencias de la sustancia y, es incitado por

un grupo de iguales a probarla. Se da con mayor frecuencia en la adolescencia, aunque un porcentaje elevado no reincide en el mismo.

- **Ocasional:** Se refieren al uso intermitente de la sustancia, sin periodicidad fija y con largos intervalos de abstinencia. El sujeto continúa utilizando la sustancia en grupo, debido a que ya conoce la acción de esta en su organismo y por este motivo la consume.
- **Habitual:** Utilización frecuente de la sustancia, este tipo de consumo puede conducir al sujeto a las otras formas, dependiendo de la sustancia que se trate, las características de la persona, el entorno que le rodea, etc. Algunos indicadores que definen esta forma de consumo son: el sujeto amplía las situaciones en las que recurre a las sustancias, estas se consumen tanto en grupo como individualmente; sus efectos son bien conocidos y buscados por el usuario, etc.
- **Compulsivos o drogodependencia:** El sujeto necesita la sustancia y su vida gira en torno a ésta a pesar de las dificultades o problemas que esto le puede ocasionar. Algunos indicadores de esta forma de consumo son: utilización de la sustancia en mayor cantidad o por un periodo de tiempo más largo de lo que el consumidor pretendía, empleo de gran parte del tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia y el consumo de la misma, intoxicación frecuente o síntomas de abstinencia cuando el sujeto desempeña determinadas obligaciones, reducción considerable o abandono de actividades sociales, laborales o recreativas, se recurre con frecuencia a la sustancia para aliviar el malestar provocado por su falta, etc.^{16,20, 21}

1.4.3 Vías que pueden conducir a las adicciones.

Vía sociocultural: Relacionado con costumbres, tradiciones y factores ocupacionales que facilitan el periódico consumo de sustancias y la consecuente adicción, se encuentran involucrados en este mecanismo; la presión de los grupos de pares y las modas.

Vía hedónica: Existe una persecución constante del placer sin ningún otro objetivo en la vida, característica de los drogodependientes con importantes componentes disociales en su personalidad--previos a la adicción--y se ve también en algunas personas de alto nivel económico y bajo nivel de responsabilidades ante la familia y la sociedad.

Vía evasiva: Busca de manera infructuosa alejarse de la realidad, con el posible objetivo de olvidar los conflictos hogareños, experiencias psicotraumáticas actuales o pasadas, sin percatarse de que dicha conducta lo que hace es aumentarlas.

Vía asertiva: Es el existente en personas que utilizan las drogas pretendiendo aumentar su seguridad personal.

Vía sintomática: Es donde existe previamente una afección--corporal o más frecuentemente psíquica--cuyos síntomas se pretenden atenuar, resultado que sólo se consigue en los primeros consumos, para después empeorar notablemente.

Vía constitucional: Es lo referido al componente de vulnerabilidad o predisposición genética, pero, por sí solo no es suficiente para desarrollar una drogadicción si no existen los factores psicológicos y medioambientales que determinen el uso reiterado de la sustancia.²⁴

I.4.4 Sustancias psicotrópicas que pueden iniciar la drogodependencia.

❖ Alcohol

El Alcohol es una droga depresora del SNC que inhibe progresivamente las funciones cerebrales, produciendo inicialmente euforia y desinhibición y a continuación relajación, descoordinación motora, dificultad para hablar y asociar ideas. Sus efectos varían, dependiendo de la cantidad consumida y de otras circunstancias que los pueden acelerar o agravar. Cuando la concentración sanguínea de alcohol alcance o supere los 3 gramos de alcohol por litro, pueden aparecer apatía y somnolencia, coma e incluso muerte por parálisis de los centros respiratorio y vasomotor.

Afecta a las áreas del cerebro responsable del aprendizaje y la memoria, la capacidad de estudiar y obtener buenos resultados en los exámenes, las habilidades verbales y la percepción visual-espacial.

La presencia continuada de alcohol en el organismo y su consumo repetido origina múltiples lesiones orgánicas, siendo la causa de la mayoría de las cirrosis hepáticas o encefalopatías en la edad adulta.²⁵

El uso del alcohol ha sido una parte integral de muchas culturas durante miles de años. Antes de la era moderna, las bebidas alcohólicas fermentadas se consumían por tradición y se producían a pequeña escala como actividad doméstica o artesanal. Por lo

tanto, beber alcohol era una actividad ocasional y comunitaria, asociada con festivales particulares.²⁶

Los jóvenes están inmersos en un proceso de desarrollo y sometidos a múltiples cambios a nivel de la esfera neurológica, cognitiva y social, por lo que el consumo de alcohol puede afectar su salud física y psicológica, disminuir su rendimiento académico y dar lugar a conductas de riesgo, tales como la práctica de relaciones sexuales desprotegidas, conductas violentas o conducción temeraria de vehículos. Además, el alcohol puede actuar como facilitador para el consumo de otras drogas ilegales.²⁵

Según un informe publicado en la revista médica *The Lancet*, provocó 2.8 millones de muertes en 2016. Fue el principal factor de riesgo de mortalidad prematura y discapacidad en el grupo de 15 a 49 años, representando el 20% de las muertes. Fue además causa importante de cáncer en los mayores de 50 años, especialmente en las mujeres. Investigaciones anteriores han demostrado que uno de cada 13 cánceres de mama en el Reino Unido ha estado relacionado con el alcohol; que el 27,1% de las muertes por cáncer en mujeres y el 18,9% en hombres mayores de 50 años estuvieron relacionadas con sus hábitos de consumo.²⁷

❖ **Tabaco**

El tabaco es originario de América y proviene de la planta *Nicotiana Tabacum*, El principal componente químico del tabaco es la nicotina, sustancia farmacológicamente activa de doble efecto, estimulante y sedante, y la principal responsable de la adicción, por el estímulo placentero que produce al activar la vía dopaminérgica y los receptores colinérgicos y nicotínicos del SNC.²¹

La nicotina mimetiza la acción del neurotransmisor acetilcolina y se une al receptor para acetilcolina del tipo nicotínico (canal iónico). Si la acetilcolina o la nicotina se unen al receptor nicotínico, la respuesta es similar: el receptor cambia su conformación y abre el canal iónico asociado por unos milisegundos, el que permite la entrada de Na⁺ a la neurona y despolariza la membrana, excitando a la célula. Después, el canal se cierra y el receptor nicotínico no responde a ningún neurotransmisor durante un tiempo.

La dependencia al tabaco se desarrolla muy rápido debido a que los receptores nicotínicos se ubican en el VTA, el cual proyecta sus axones hacia el núcleo *accumbens* y, con la estimulación continúa, aumenta la liberación de dopamina en ese núcleo. En los fumadores crónicos se mantiene la alta concentración de nicotina que desactiva los receptores y disminuye su recuperación. Esto explica por qué los fumadores desarrollan la tolerancia a la nicotina.

Después de un período breve sin fumar (durante el sueño), la concentración de nicotina disminuye y algunos receptores se recuperan; al ser funcionales de nuevo, la neurotransmisión colinérgica aumenta a un nivel anormal que afecta todos los sistemas colinérgicos del cerebro. Así, los fumadores experimentan agitación y no placer, lo que los obliga a fumar de nuevo.²¹

Existe una creencia generalizada sobre que el bajo consumo e intermitente de tabaco no es perjudicial. Sin embargo, no existe un consumo de tabaco exento de riesgo o seguro, aunque gran parte de la toxicidad es dosis-dependiente y tiempo-dependiente, incluso niveles bajos de exposición (un cigarrillo al día), se asocian a un incremento significativo del riesgo cardiovascular, habiéndose observado que la mortalidad en hombres que fuman de forma intermitente está aumentada en un 60%, en comparación a los no fumadores.

Dada su toxicidad y extensión del consumo, el tabaco constituye el principal problema de Salud Pública de la mayor parte de los países desarrollados y en un período relativamente corto de tiempo, lo va ser en los países actualmente en vías de desarrollo, debido a las campañas de comercialización agresiva de la industria tabacalera en estos países.

El tabaquismo es un fenómeno especialmente preocupante en los jóvenes. Los niños y adolescentes pueden ser fácilmente influenciados por la publicidad, Internet y por los que sus compañeros hacen y dicen. No son conscientes de lo difícil que puede ser dejar el hábito, ni de sus consecuencias sobre la salud en el futuro.²⁵

En Inglaterra, la prevalencia de tabaquismo en adultos en 2016 fue del 15,5% y si bien ha disminuido considerablemente en las últimas décadas, el tabaquismo sigue siendo

la principal causa prevenible de enfermedad y muerte prematura y una de las mayores causas de desigualdad en la salud.²⁸

En Cuba, el tabaquismo es un serio problema de salud, de las diez primeras causas de muerte, ocho están relacionadas con esta adicción. Entre los países de América, ocupamos el quinto lugar en prevalencia de tabaquismo, con un 23.7 %. La mayoría de los fumadores inician la adicción antes de los 20 años.²⁹

En un año, la industria produce seis billones de cigarrillos que consumen mil millones de fumadores en todo el mundo. Los efectos directos del tabaquismo en la salud ahora están bien reconocidos y documentados, es responsable de aproximadamente siete millones de muertes anuales.³⁰

❖ **Café**

La bebida de café se toma como una infusión que se prepara a partir de las semillas tostadas del fruto del cafeto, un arbusto de la familia de las rubiáceas. Estas semillas de café o frijoles, están contenidas en las bayas que, una vez extraídas, se procesan y se secan.³¹

En la actualidad, es un alimento con un gran valor económico y cultural. Siendo uno de los pilares fundamentales de la economía de numerosos países en vías de desarrollo. Según la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), su consumo mundial alcanza aproximadamente los 7 millones de toneladas por año.³²

La cafeína actúa como una droga psicoactiva y estimulante debido a su acción antagonista no selectiva de los receptores de adenosina. Es por ello que a la cafeína se la puede considerar la sustancia estimulante de mayor consumo y mejor aceptación social a nivel mundial. Sus principales efectos son psicoestimulantes, respiratorios, músculo-esqueléticos y cardiovasculares, junto con modificaciones en el metabolismo de los hidratos de carbono (mejora la sensibilidad a la insulina), entre otras. Se metaboliza básicamente en el hígado por el citocromo P1A2 (CYP1A2) y las variaciones interindividuales en su metabolismo explican las diferencias de sus efectos.³¹

Existe una serie de riesgos y enfermedades asociadas a la toma de esta bebida, como por ejemplo: ataques de ansiedad, nerviosismo, pánico, deshidratación, alteraciones

cardiovasculares, infertilidad y riesgo de aborto, adicción, dislipemias y riesgo de desarrollar algunos tipos de cáncer, entre otros.³³

Se ha descrito que la cafeína puede causar dependencia física y psicológica en un consumo cotidiano de cantidades mayores a 500 mg por día, y los efectos referidos por la abstinencia incluyen irritabilidad, cansancio, somnolencia y cefalea, presentándose entre las 12 h y 24 h del no consumo. Se estima que el cafeísmo inicia con el consumo de 600 mg a 750 mg por día; un consumo mayor de 1000 mg por día se considera un rango tóxico y podría causar nerviosismo, insomnio, además de inducir ansiedad, acidez gástrica, confusión, taquicardia y arritmia cardíaca.³⁴

❖ **Psicofármacos**

Los psicofármacos se definen sustancias químicas que modifican las sensaciones, el humor, la conciencia y otras funciones psicológicas y conductuales. Etimológicamente, esta palabra tiene su origen en dos vocablos procedentes del griego, “psyche” (mente) y “tropeyn” (tornar), haciendo referencia a las transformaciones temporales que su consumo produce sobre los estados de ánimo, de conciencia, de percepción y de comportamiento. Por tanto, los psicofármacos son aquellos medicamentos que pueden afectar a la conducta y al estado subjetivo de la persona y son usados terapéuticamente a cuenta de estos efectos psicotrópicos, aunque no obstante, existen otras sustancias con acción psicotrópica, tales como el alcohol, la nicotina, la cocaína o la heroína, las cuales son caracterizados con usos sociales o adictivos y generalmente, no se les reconoce aplicaciones terapéuticas en la medicina occidental. Finalmente, los analgésicos y otros fármacos también tienen efectos sobre el estado subjetivo y la conducta, pero no son considerados psicofármacos al no ser usados principalmente por sus efectos psicotrópicos.³⁵

Los tres grandes tipos de psicofármacos más utilizados en el tratamiento de los problemas mentales son los ansiolíticos, los antidepresivos y los neurolepticos o antipsicóticos.

Ansiolíticos: Los primeros fármacos con efecto ansiolítico selectivo y también hipnótico fueron los barbitúricos (como por ejemplo, fenobarbital o meprobamato), los cuales, llegaron a ser conocidos también por su riesgo de sobredosis potencialmente letal, sus propiedades para crear hábito y su capacidad para inducir dependencia física severa.³⁶

Las benzodiazepinas son muy seguras y efectivas en el tratamiento de la ansiedad a corto plazo. Sin embargo, su uso prolongado (sobre seis meses) puede conducir a tolerancia y dependencia. Suponen un tratamiento indicado para: reacción adaptativa, trastornos fóbicos, trastornos de pánico, trastorno por ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastornos psicofisiológicos relacionados con la ansiedad (trastornos por somatización) y otros trastornos con agitación o ansiedad prominente.³⁷

Antidepresivos: Incluyen los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, los tricíclicos y los inhibidores de la monoamina oxidasa, resultando efectivos en el tratamiento de la depresión y la ansiedad comórbida. Los antidepresivos producen un incremento transitorio en el cerebro de determinados neurotransmisores del tipo monoamina, tales como la serotonina y la noradrenalina, bien por la inhibición de su degradación, o bien, bloqueando su reabsorción o recaptación por las neuronas en la sinapsis

Antipsicóticos: Los antipsicóticos son medicamentos calmantes usados para contrarrestar la inquietud interior, la agitación psicomotora y el insomnio severo, estados que pueden surgir en los siguientes contextos: psicosis esquizofrénica, especialmente en sus formas paranoide y severa, manía, síndromes psicóticos como secuela de un trastorno orgánico cerebral y depresión, especialmente la que cursa con síntomas de agitación y ansiedad³⁵

El desarrollo de los psicofármacos ha representado un avance importante en el tratamiento de las enfermedades mentales, aunque aquellos no han sido bien aceptados por pacientes y familiares, a lo que se suma el desconocimiento sobre su eficiencia y las experiencias negativas.³⁸

Entre los psicofármacos que crean dependencia se encuentran:

- **Diazepam, Clordiazepóxido y el Clonazepam**

Grupo farmacológico: Benzodiazepinas

Mecanismo de acción: Las benzodiazepinas actúan en los receptores GABAA al unirse directamente a un sitio específico que es diferente del de la unión a GABA. A diferencia de los barbitúricos, las benzodiazepinas no activan directamente los receptores GABAA, sino más bien ellas actúan con mecanismos alostéricos al modular los efectos de GABA.³⁹

- Amitriptilina

Grupo farmacológico: Antidepresivos tricíclicos

Mecanismo de acción: Evita la recaptación y, por lo tanto, la inactivación de la noradrenalina y la serotonina en las terminaciones nerviosas. La prevención de la recaptación de estos neurotransmisores de las monoaminas potencia su acción en el cerebro, lo que parece asociarse a la actividad antidepresiva.⁴⁰

-Meprobamato

Grupo farmacológico: Ansiolítico

Mecanismo de acción: El meprobamato es un éster del bis-carbamato, con actividad ansiolítica, hipnótica y relajante muscular. Los principales efectos secundarios con las dosis sedantes corrientes son somnolencia y ataxia y dosis mayores disminuyen de manera considerable la capacidad de aprendizaje y la coordinación motora y prolongan el tiempo de reacción. A semejanza de las benzodiazepinas, intensifica la depresión del SNC producida por otros medicamentos.³⁹

I.4.5. Prevención del consumo de sustancias psicotrópicas

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud el concepto de prevención se define como todas aquellas medidas que son destinadas no solamente a prevenir la aparición de enfermedades y la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar las consecuencias una vez establecidas.

De forma general, con la prevención se pretenden cumplir diversos objetivos entre los que se encuentran:

- Retrasar el inicio del consumo
- Limitar el número y el tipo de sustancias
- Evitar el paso de la experimentación a la dependencia
- Disminuir las consecuencias negativas del consumo
- Incrementar los factores protectores y disminuir los factores de riesgo
- Modificar las condiciones socio-culturales y proporcionar estilos de vida saludables

26

La prevención educativa es uno de los objetivos de la educación formal. En este sentido las escuelas y universidades, en general, son instancias de socialización formal de tipo secundario que continúan el proceso de socialización primaria iniciado en el seno familiar. En dichas instituciones se transmiten valores, normas, creencias,

actitudes, conocimientos, pautas de conducta y habilidades, además de la función más popularmente considerada que es la trasmisión del saber científico. Son la instancia diseñada por la sociedad para desarrollar en colaboración con la familia la educación, labor básica que podría impedir problemas futuros con las drogas.⁴¹

CAPÍTULO II. MATERIALES Y MÉTODOS

II.1- Características generales de la investigación

Se realizó un estudio descriptivo transversal con la metodología de un estudio de utilización de medicamentos (EUM), correspondiente a un estudio de consumo, para llevar a cabo el diagnóstico de sustancias psicotrópicas en estudiantes universitarios pertenecientes a la carrera de Ciencias Farmacéuticas , Facultad de Ciencias Naturales y Exactas en la Universidad de Oriente de Santiago de Cuba, así como diseñar una propuesta de intervención educativa antidrogas, en función de los resultados obtenidos, durante el período comprendido de Febrero hasta Mayo del 2019.

Para la realización del diagnóstico, se empleó el método de cuestionario tipo encuesta, diseñada y validada por Pupo y Moreno en el año 2010 ¹⁰ (Anexo I), empleada en investigaciones precedentes. Para la elaboración de dicha encuesta, se utilizaron preguntas tipo Likert, según Ítems o indicadores (conocimiento, consumo, automedicación, percepción y factores específicos). Esta encuesta está diseñada con una hoja para facilitar su realización, contando en la cara 1 (Cuestionario I) con preguntas enfocadas al conocimiento y la cara 2 (Cuestionario II) con preguntas enfocadas al consumo, estando incluidas además la automedicación, la percepción y los factores específicos.

II.1.1- Selección de la muestra.

La muestra estuvo constituida por todos los estudiantes pertenecientes a la carrera de Ciencias Farmacéuticas, Facultad de Ciencias Naturales y Exactas, Universidad de Oriente de Santiago de Cuba. La muestra está conformada por los estudiantes de 1^{ro} a 4^{to} año de la carrera, independientemente del sexo, edad, año que cursan, color de la piel, procedencia, nacionalidad, nivel cultural o socioeconómico.

Como requisitos adicionales: que dieran su aprobación para participar en el estudio (criterio de voluntariedad), que consuman o no sustancias psicotrópicas y/o psicofármacos prescritos o no por personal facultativo, y que estuvieron presentes al momento de realizarse el estudio. A estos estudiantes se les determinó el diagnóstico sobre conocimiento, automedicación, percepción, factores específicos y consumo de estas sustancias, en base a lo cual se diseñó una intervención educativa sobre sustancias psicotrópicas, específicas a su perfil curricular y extracurricular

Para el análisis de la muestra, se contemplaron las siguientes variables, que permitieron su clasificación grupal, según la proyección e intereses de los mismos:

A. Variables Biosociales (Sexo y edad)

Sexos: Masculino y Femenino

Grupo de edades: 18-20, 21-23, 24-26.

B. Variables Educativas (Año de estudio que cursan)

1^{ro}, 2^{do}, 3^{ero} y 4^{to} años.

Consideraciones éticas.

A los participantes en el estudio, se les explicó los motivos del mismo y los objetivos a lograr. Se respetó su derecho a participar voluntariamente o no en la investigación y el carácter confidencial de su identidad, lo que se expone verbalmente y por escrito en la encuesta. Las encuestas se aplicaron a los estudiantes, y se recogieron en un buzón, sin hacerles marcas ni tachaduras. Se mantuvo la confidencialidad en los datos que se obtuvieron en los formularios de encuestas.

II.2. Metodica.

II.2.1. Diagnóstico del nivel de conocimiento, consumo y los factores específicos sobre sustancias psicotrópicas en estudiantes universitarios.

DIAGNÓSTICO:

Para llevar a cabo el diagnóstico estudiantil sobre sustancias psicotrópicas, se aplicó la encuesta (Anexo I), que dió salida a 5 indicadores generales de la investigación, además del intercambio con expertos especialistas, integrantes de la Comisión de Prevención de Drogas de la Universidad de Oriente, cuyo trabajo se vincula con estos estudiantes:

- a) Conocimiento
- b) Consumo
- c) Automedicación
- d) Percepción
- e) Factores específicos

II.2.1. a) Determinación del nivel de conocimiento sobre sustancias psicotrópicas.

Para determinar el nivel de conocimiento acerca de las sustancias psicotrópicas en los estudiantes, una vez aplicada la encuesta, del promedio obtenido entre las 5 primeras preguntas de “ACERCA DE LAS SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS (DROGAS) DIGA:” (100 puntos) se establecieron tres categorías de conocimiento, según criterio de los investigadores, teniendo en cuenta la clave emitida al respecto (**Anexo II**):

- ❖ **Estudiantes Conocedores (EC):** cuando adquirieron una calificación entre los 80 a 100 puntos.
- ❖ **Estudiantes Conocedores con Deficiencia (ECD):** cuando obtuvieron una calificación de 60 a 79 puntos.
- ❖ **Estudiantes Pocos Conocedores (EPC):** cuando su calificación fue inferior a los 60 puntos.

No se incluye la categoría de Desconocedores o No Conocedores, ya que al tratarse de estudiantes de nivel superior, éstos han recibido información a través de campañas de promoción y prevención ya sea en vivo o a través de los medios de difusión masiva, que de alguna manera han aportado algún conocimiento básico al respecto.

Se determinará el índice de conocimiento, para lo que se utilizará la siguiente ecuación:

$$\text{Ind. Conocimiento} = A / B \times 100$$

Donde: Ind. Conocimiento: Índice de Conocimiento.

A: Número de estudiantes conocedores.

B: Sumatoria de los estudiantes conocedores con deficiencia y poco conocedores.

II.2.1.b) Determinación del consumo de sustancias psicotrópicas en la muestra.

Se determinó el posible consumo de sustancias psicotrópicas en los estudiantes, utilizando la información recogida en el Cuestionario II de “ACERCA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS (DROGAS) DIGA:”, en las preguntas de la 1 a la 9 de la encuesta, según la clave (**Anexo II**). Recoge aspectos acerca de las diferentes sustancias psicotrópicas que los estudiantes prefieren para su consumo, momento en que las utilizan, causa de su uso, combinaciones de más de dos sustancias, opinión acerca del consumo y demás aspectos necesarios para la investigación.

Para su clasificación se contemplaron dos categorías:

❖ **Consumidores (C):** aquellos que consumían cualquier sustancia psicotrópica independientemente del motivo y el momento.

❖ **No Consumidores (NC):** aquellos que no consumían ninguna sustancia psicotrópica.

Se determinó además la Razón de consumo, para lo que se utiliza la siguiente ecuación:

$$R C = A / B$$

Donde: R C: Razón de consumo.

A: Número de estudiantes que consumen.

B: Número de estudiantes que no consumen.

Se clasificaron los estudiantes atendiendo al tipo de consumo que realizaban, teniendo en cuenta los resultados de las preguntas 6, 8 y 9. Esta información fue consolidada con la información obtenida de las preguntas 1, 4 y 7. Para esto se empleó la siguiente escala propuesta por los investigadores. (Figura 1).

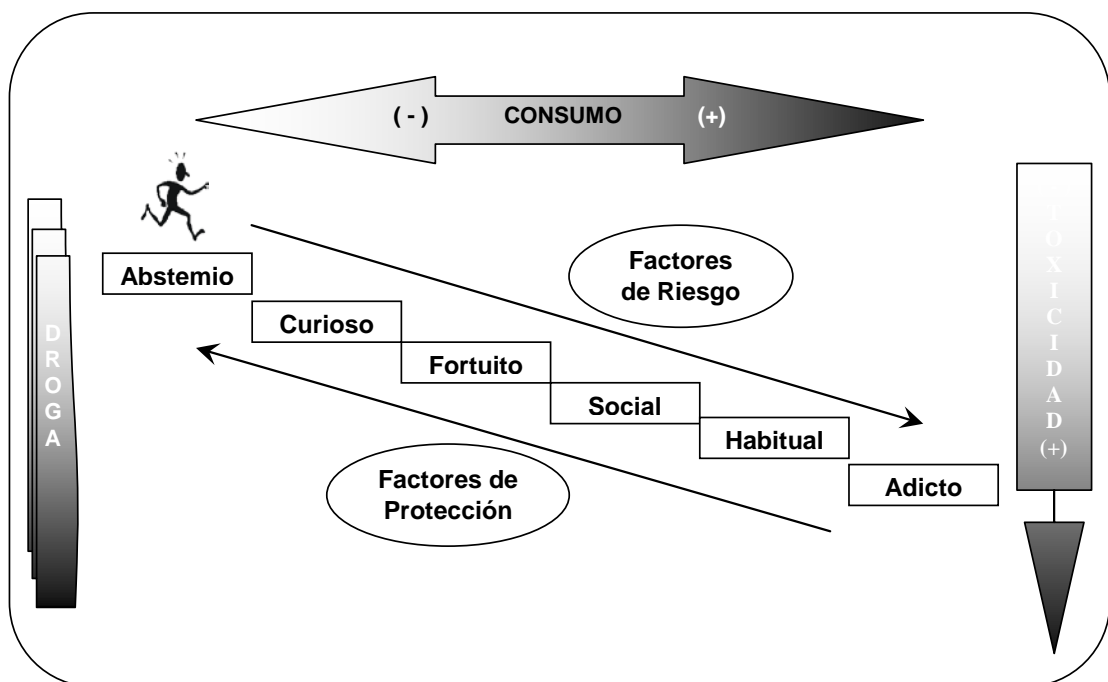


Figura 1. Escala de consumo

Escala de consumo:

❖ **Abstemio (A):** el que por razones obvias declaró no consumir alguna de estas sustancias, y mantenerse fiel a su convicción en todas las respuestas emitidas.

❖ **Curioso (C):** cuando consumía por curiosidad o lo hizo alguna vez en su vida, pero no lo consumió más. Se expuso alguna vez a la sustancia, o desearía hacerlo.

- ❖ **Fortuito (F):** cuando consumía muy esporádicamente esta sustancia, o la probó excepcionalmente sin regularidad (raras veces).
- ❖ **Social (S):** cuando consumía la sustancia de forma sistemática en festividades (fiestas). Su consumo es más espaciado aunque su exposición es evidente (pocas veces).
- ❖ **Habitual (H):** cuando la frecuencia fue sistemática, regido por una periodicidad o en cantidades apreciables, y fue crónico su uso, con necesidad evidente sin desesperación, (muchas veces o diario).
- ❖ **Adicto o Dependiente (D):** cuando su consumo fue muy crónico, y la necesidad por su uso fue irreprimible. Se manifiesta una desesperación marcada por la sustancia (muchas veces o diario, e incluye una elevada cantidad y/o variedad).

Se determinó el multiconsumo presente en los encuestados, teniendo en cuenta la variedad de consumo, para lo cual se emitieron las siguientes categorías:

- ❖ **Monoconsumo primario (Mp):** cuando se determinó que consumía una sola sustancia.
- ❖ **Multiconsumo secundario (Ms):** cuando se determinó que consumía dos tipos diferentes de estas sustancias.
- ❖ **Multiconsumo terciario (Mt):** cuando se determinó que consumía tres tipos diferentes de estas sustancias.
- ❖ **Multiconsumo cuaternario (Mc):** cuando se determinó que consumía cuatro o más tipos diferentes de estas sustancias.

Se valoró además la poliadicción presentada por los encuestados, referida principalmente en las preguntas 6 y 8 del cuestionario II , para lo cual se tuvo en cuenta la variedad de las sustancias consumidas y además la concomitancia en sus consumos, para lo cual se emitieron las siguientes categorías:

- ❖ **No Poliadicto:** cuando se trató de un monoconsumidor o un multiconsumidor pero que no combinara estas sustancias.
- ❖ **Poliadicto:** cuando se trató de un multiconsumidor, y que además combinara estas sustancias

II.2.1. c) Determinación de la automedicación de psicofármacos en la muestra.

Se determinó el posible consumo de medicamentos de tipo psicofármacos, al conocer la cantidad de estudiantes que lo consumían, por prescripción médica o voluntad propia, lo cual se obtuvo de la pregunta 8 del segundo cuestionario, y además de las preguntas 6 y 9, evaluándose de la siguiente manera

- ❖ **Estudiantes que se Automedican (EA):** aquellos que consumían psicofármacos sin la prescripción de un facultativo, independientemente de sus motivos.
- ❖ **Estudiantes que No se Automedican (ENA):** aquellos que consumían psicofármacos con la prescripción de un facultativo.

Se determinó además el índice de la automedicación con psicofármacos, para lo que se utilizó la siguiente ecuación:

$$\text{Ind. Automedicación P} = \frac{A}{B} \times 100.$$

Donde: Ind. Automedicación P: Índice de Automedicación de Psicofármacos.

A: Número de consumidores de psicofármacos sin prescripción facultativa.

B: Total de la muestra.

II.2.1.d) Determinación de la percepción de los estudiantes sobre las sustancias psicotrópicas.

Para la determinación de la percepción y su opinión sobre el riesgo del uso de las mismas, se tuvieron en cuenta las opiniones reflejadas en las 5 preguntas del primer cuestionario y de la 1 a la 5 del segundo cuestionario sin tener en cuenta los incisos de las mismas, según lo siguiente:

Tipo de Percepción	Cuestionario	Preguntas
Percepción del daño o riesgo	I	5
	II	1, 4, 5
Percepción del uso	II	1 – 4
Percepción del fenómeno de la drogodependencia	I	5
	II	1,2, 4, 5

Esta percepción expresa la idea que tienen los estudiantes acerca de esta temática, clasificándose la percepción, según criterio de los investigadores, como:

- ❖ **Percepción adecuada:** cuando más del 50% de las ideas enunciadas fueron correctas, respecto a la visión sobre el tema.
- ❖ **Percepción inadecuada:** cuando más del 50% de las ideas enunciadas fueron incorrectas, respecto a la visión sobre el tema.

II.2.1.e) Determinación de los Factores Específicos.

Los factores específicos se subdividen en dos grandes grupos (Figura 2):

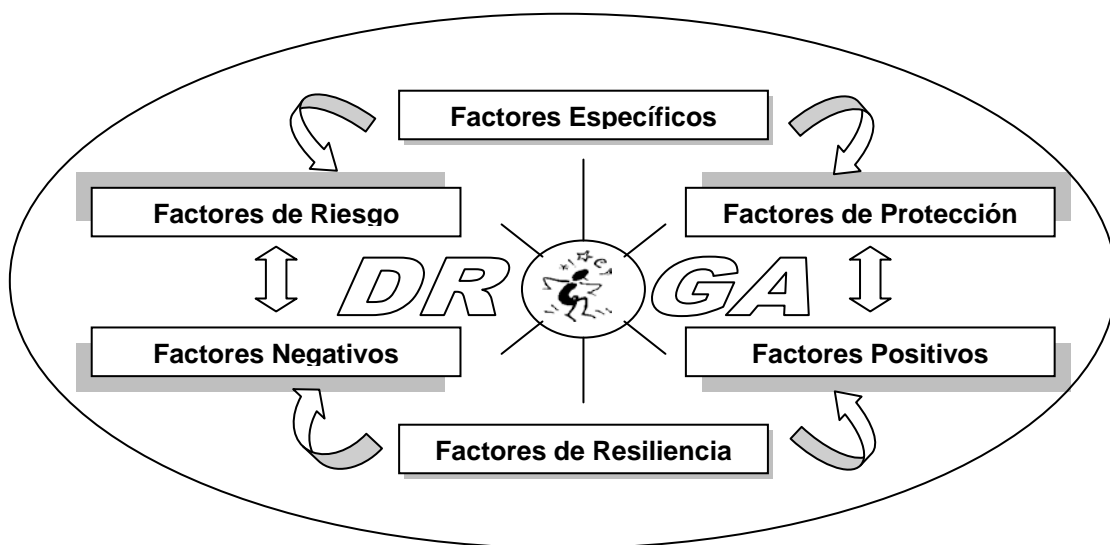


Figura 2. Factores específicos y de resiliencia.

FACTORES DE RIESGO: aquellos que predisponen al consumo de sustancias psicotrópicas.

FACTORES DE PROTECCIÓN: aquellos que propician un menor o nulo consumo, o una mejor cultura respecto a estas sustancias.

En este sentido se tuvieron en cuenta los factores de resiliencia comunitaria según Suárez, quien los diferencia en dos tipos: ⁸

Los positivos relacionados con los factores de protección:

- Autoestima colectiva
- Altruismo
- Participación comunitaria
- Identidad cultural
- Innovación

- Laboriosidad
- Servicios sociales

Los negativos relacionados con los factores de riesgo:

- Violencia
- Falta de decisión propia
- Marginación
- Xenofobia
- Familias disfuncionales

Se determinaron, tomando como base la encuesta, además de los resultados de otros estudios, los **factores de riesgo** que podían predisponer al consumo de las sustancias psicotrópicas. Se determinaron además los **factores de protección**, que podían proteger a los individuos del consumo de estas sustancias, todo ello basado en los resultados obtenidos de las preguntas 2 a la 9 del segundo cuestionario, dividiéndose en 4 subgrupos, de la siguiente forma:

FACTORES	Pregunta
Factores Familiares	6, 7
Factores Individuales	2 – 9
Factores Asociados al Sistema Educativo	2, 9
Factores Sociales	2 – 6, 7, 9

Una vez recogida la información de estas fuentes, se agruparon los factores generales según su cantidad, en cuanto al Riesgo o la Protección, obteniéndose el valor numérico de la Probabilidad de Consumo en la muestra, según criterio de los investigadores, para lo cual se asignaron valores de una unidad a cada factor detectado, esto permitió establecer una relación directa entre los factores y el posible consumo.

$$PC = \frac{\sum FR}{\sum FP}$$

Donde: **PC**= Probabilidad de Consumo.

FR = Factores de Riesgo.

FP = Factores de Protección.

Si **PC < 1**, indica que la probabilidad de consumo es menor, lo cual es favorable. Se traduce que la muestra en cuestión está más protegida y alejada de las sustancias psicotrópicas.

Si **PC = 1**, la probabilidad de consumo es neutral, lo que se traduce que en esa muestra hay potenciales tendencias al consumo.

Si **PC > 1**, indica que la probabilidad de consumo es mayor, lo cual no es favorable. Se traduce que la muestra en cuestión no está protegida, y muy expuesta al consumo.

Los factores que se documentaron de tipo familiar, individual, social y educacional se recogieron directamente de los resultados de la encuesta.

Una vez obtenidos los resultados de las variables, el diagnóstico se clasificó en:

DIAGNÓSTICO FAVORABLE, cuando cumplió los siguientes requisitos:

- Predominio de los conocedores.
- Menos del 70% de los consumidores fueron sociales y/o menos del 15% habituales.
- Menos del 2% de la muestra se automedicó.
- Existió una adecuada percepción.
- Probabilidad de consumo fue menor o igual que 1.

DIAGNÓSTICO NO FAVORABLE, cuando incumplió con al menos 2 de los requisitos anteriores.

II.3. Propuesta de intervención educativa sobre sustancias psicotrópicas, en función de los resultados obtenidos.

Teniendo en cuenta los resultados del diagnóstico, se procedió a diseñar una propuesta de intervención educativa, a través de las dimensiones principales de acción del Ministerio de Educación Superior (MES) y según el Programa Nacional integral de prevención del uso indebido de drogas.

II.4. Obtención y procesamiento de la información.

II.4.1- Obtención de la información.

La información referida a la caracterización de la muestra, y los datos referentes al conocimiento, consumo, percepción, automedicación y factores específicos, se determinaron directamente a partir de la aplicación de la encuesta (Anexo I).

Los factores de riesgo y de protección, se determinaron a partir del diagnóstico (respuestas a las preguntas de las encuestas)

II.4.2- Procesamiento de la información.

Se confeccionaron tablas y gráficos, para la presentación, análisis y discusión de los resultados utilizando los programas computarizados de Microsoft Word y Microsoft Excel. Se empleó el método porcentual para la caracterización de la muestra calculando el consumo y las consecuencias prácticas de la utilización de sustancias psicotrópicas de forma descriptiva. Los datos se presentaron en tablas de contingencia R x C.

CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

III.1 Caracterización de la muestra.

La distribución de la muestra según el grupo de edades y sexo aparece reflejada en la **Tabla I**, de un total de 81 estudiantes presentes en la investigación, predominó el sexo femenino con el 87,65 % (71 encuestados) sobre el sexo masculino con el 12,34 % (10 encuestados). Esto se relaciona con el perfil de la carrera de Farmacia, que en gran medida, en los últimos años, ha mostrado una mayor matrícula de este sexo, además del creciente interés en nuestro país de incrementar el egreso de profesionales de esta especialidad. En cuanto a las edades, se evidenció un mayor número de estudiantes en el grupo de 18 a 20 años para el 71,6 % (58 encuestados) del total de la muestra, edades que coinciden con el mayor número de estudiantes del primer y segundo años de la carrera.

Tabla I. Distribución de la muestra según grupo de edades y sexo.

Grupo de edades	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		No	%
	No	%	No	%		
18-20	53	65,43	5	6,17	58	71,60
21-23	17	20,98	3	3,70	20	24,69
24-26	1	1,23	2	2,46	3	3,70
Total	71	87,65	10	12,34	81	100,00

Fuente: La propia investigación

Estas edades además en nuestro medio, coinciden con la etapa de ingreso a la Educación Superior, etapa de la vida donde existe una mayor vulnerabilidad al consumo de sustancias adictivas, por las nuevas responsabilidades a las que se enfrentan, la separación de los padres y los retos de la independencia del hogar. Se ha estimado que el 90,4 % de la población cubana inicia la ingestión de estas sustancias antes de los 25 años.^{4, 42}

III.2 Diagnóstico del nivel de conocimiento, consumo y los factores específicos sobre sustancias psicotrópicas.

III.2.1 Nivel de conocimiento de la muestra.

Al analizar los resultados de la encuesta, según las categorías establecidas, se evidencia un predominio de los **Conocedores con deficiencia**, con el 74,07 % (60 encuestados), seguido de los **Poco conocedores** con el 22,22 % (18 encuestados) y los **Conocedores** con el 3,70 % (3 encuestados) indicando que más de la mitad de los encuestados poseen información sobre el tema, como aparece en la **Tabla II**.

Tabla II. Nivel de conocimiento de los estudiantes por años.

Nivel de conocimiento	1er año		2do año		3er año		4to año		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Conocedores	1	33,33	-	-	2	66,66	-	-	3	3,70
Conocedores con deficiencia	18	30,00	16	26,66	14	23,33	12	20,00	60	74,07
Poco conocedores	9	50,00	5	27,77	4	22,22	-	-	18	22,22
Total	28	34,56	21	25,92	20	24,69	12	14,81	81	100,00

Fuente: La propia investigación

Para la obtención de estos resultados se tuvo en cuenta la capacidad de los estudiantes para reconocer distintas sustancias psicotrópicas de diferentes clasificaciones, así como identificar entre ellas las de uso ilegal, además de saber los daños orgánicos que las mismos pueden llegar a producir.

En cuanto al Nivel de conocimiento de los estudiantes por años, del total de estudiantes **Conocedores** el 66,66 % pertenecía al 3er año de la carrera. En cuanto a los estudiantes **Conocedores con deficiencia**, en el 1er año se encuentra el número mayor de ellos, con el 30 % del total con esta categoría, esto representa en realidad el nivel de conocimientos con que ingresan a la Educación Superior la mayoría de los jóvenes según lo reportado en estudios anteriores ^{43 - 46}

Los estudiantes incluidos en la categoría **Poco conocedores** se agruparon en el 1er y 2do años de la carrera, con el 50% y el 27,77% respectivamente, no existiendo estudiantes con esta categoría en el 4to año de la carrera lo cual pone en evidencia el efecto educativo de las asignaturas y las intervenciones realizadas a lo largo de la carrera. Además en el 1er año los estudiantes se vinculan a la Cátedra honorífica y a partir del 2do año comienzan a vincular las asignaturas con el tema en cuestión.

En sentido general predomina la categoría de **Conocedores con deficiencia** para el 74,07 %. En la muestra se obtuvo además un **Índice de Conocimiento** de 3,85, indicando que para este estudio, de cada 100 estudiantes hay 4 conocedores aproximadamente. Estas cifras denotan que las actividades educativas que se diseñen deben concentrarse en los años con mayores dificultades y además que el diagnóstico se debe hacer anual, para en base a esto trazar las actividades de prevención.

III.2.2 Consumo de sustancias psicotrópicas en la muestra estudiada.

El consumo en la muestra de las diferentes sustancias psicotrópicas según años de la carrera, se recoge en la **Tabla III**. El 59,25% de la muestra, consume o ha consumido alguna sustancia psicotrópica, contra el 40,74% que plantea no haber consumido ninguna sustancia adictiva. Estos resultados se relacionan con las costumbres de nuestra población, altamente consumidora de las drogas porteras como el café, cigarro o alcohol, además de medicamentos, ya sean prescritos o no por un facultativo.^{47 - 51}

Científicamente está demostrado que, como resultado de su excesivo consumo, el alcohol disminuye en más de diez años el promedio de vida de la población, debería ser suficiente para no cejar en el empeño de combatir esta droga legal, pero que constituye en Cuba un problema de salud. Más del 45 % de la población mayor de 15 años consume bebidas alcohólicas, fundamentalmente en los rangos de edades comprendidos entre 15 y 44 años de edad; mientras la mayoría de los dependientes alcohólicos tienen edades que oscilan entre 25 y 42 años, según las investigaciones de la Unidad Nacional de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades.⁴⁸

Tabla III. Nivel de consumo detectado en la muestra, según años.

Nivel de consumo	1er año		2do año		3er año		4to año		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Consumidores	15	18,51	12	14,81	13	18,04	8	9,88	48	59,25
No consumidores	13	16,04	9	11,11	7	8,64	4	4,94	33	40,74
Total	28	34,57	21	25,92	20	24,69	12	14,81	81	100,00

Fuente: La propia investigación

En cuanto al consumo por años, las cifras de mayor consumo se reportaron en el primer año de la carrera, con el 18,51 % del total de la muestra, seguido del tercer año con el 18,04 %, esto coincide con los datos obtenidos sobre el nivel de conocimiento, lo que evidencia que quizás no existe conciencia del daño que pudiera causar dicho consumo, al mismo tiempo que sitúa al primer año como el más vulnerable en cuanto a las adicciones, en este grupo más del 50 % de los estudiantes es consumidor. En el cálculo de la Razón respecto al Consumo se obtuvo que por cada 1 estudiante consumidor hay uno que no consume (1:1).

Las causas que impulsan a los jóvenes de nuestra muestra al consumo de las diferentes sustancias psicotrópicas fueron muy diversas, como se recoge en las preguntas 2 y 7 (Cuestionario II), resultando la más común el **experimentar nuevas sensaciones**, planteada por el 88,89% de la muestra, seguida del 82,71% que señaló como causa **por embullo**. El 77,78 % planteó **el sentirse bien**, el 71,6 % **para enfrentar los problemas de la vida más fácil**, en tanto que el 48,15% consideró como causa **para buscar tranquilidad**. Muchas de estas respuestas se corresponden con reacciones de inmadurez típicas de las etapas tempranas de la adolescencia, por lo que promover la toma de decisiones responsables así como darles tareas y responsabilidades a estos jóvenes contribuiría al mejor desarrollo de su personalidad haciéndolos menos vulnerables a las adicciones.

Estos resultados coinciden con los obtenidos por Loo y colaboradores en un estudio de jóvenes ecuatorianos en el año 2018, que plantea como causas de consumo la disfunción familiar, las influencias del entorno en que se desarrollan y el

desconocimiento del efecto que causan las drogas para su salud y sus relaciones sociales.⁵²

Los estudiantes de la muestra se clasificaron según tipo de consumo que realizan, por años como se refleja en la **Tabla IV**, teniendo en cuenta los resultados obtenidos en las preguntas 6, 8, 9 y consolidadas con la información de las preguntas 1, 4, 7 (Cuestionario II).

Tabla IV. Clasificación de la muestra según tipo de consumo, por años.

Clasificación	1er año		2do año		3er año		4to año		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Abstemio	13	16,904	9	11,11	7	8,64	4	11,11	33	40,74
Curioso	1	1,23	-	-	-	-	-	-	1	1,23
Fortuito	3	3,70	1	1,23	3	3,70	-	-	7	8,64
Social	2	2,46	7	8,64	7	8,64	6	7,40	22	27,16
Habitual	9	11,11	4	4,93	3	3,70	2	2,46	18	22,22
Adicto	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	28	34,57	21	25,92	20	24,69	12	14,81	81	100,00

Fuente: La propia investigación

En cuanto a la clasificación del consumo hay un predominio de los individuos que realizan un consumo **Social** con el 27,16 %, seguido del consumo **Habitual** con el 22,22% del total de la muestra. La categoría de **Abstemios**, o sea los que no consumen ninguna sustancia psicotrópica, representa el 40,74 % del total de la muestra. Por años prevalece el consumo **Habitual** en el primer año con 9 estudiantes. El consumo Social se relaciona con los patrones tradicionales de consumo. En nuestro medio, determinadas sustancias psicotrópicas son consumidas en espacios sociales.¹⁸

En un estudio realizado por Mosquera en Colombia, sobre las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de la Universidad de Pereira, se encontró que el 30,3% de los estudiantes consumía alguna sustancia psicoactiva en fines de semana, en las rumbas, bares, discotecas, en situaciones de diversión. Este resultado muestra que existe una gran población en riesgo de ser inducida al consumo de sustancias psicoactivas, debido a presiones sociales y formas de ocupación de su

tiempo libre. Es decir, se puede suponer que el hábito de consumo puede ser inducido a otros estudiantes por los miembros de su círculo de amigos. Todo tipo de fiestas, celebraciones incluso con la familia, son oportunidades de estimular a los estudiantes al consumo de algún tipo de sustancias. Primeramente alcohol y tabaco, después a otras sustancias más peligrosas para la salud. Las respuestas de los estudiantes incluidos en el estudio de Mosquera, contradicen la postura generalizada de que son los momentos de depresión, estrés, tristeza y angustia, los que provocan en los estudiantes el deseo de consumir estas sustancias. Los casos de depresión son oportunidades de consumo solo para 2,9% de los estudiantes. Es mucho más alto el porcentaje de consumo de sustancias asociado al uso del tiempo libre.⁵³

Tabla V. Consumo de sustancias psicotrópicas en la muestra, por años.

Sustancias psicotrópicas	1er año		2do año		3er año		4to año		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Alcohol	15	32,60	12	25,53	11	23,40	8	17,02	46	95,83
Café	14	36,84	11	28,94	7	18,42	6	15,78	38	79,17
Psicofármacos	12	36,36	8	24,24	7	21,21	6	18,18	33	68,75
Té	3	23,07	1	7,69	9	69,23	-	-	13	27,08
Cigarro	4	40,00	2	20,00	2	10,00	2	20,00	10	20,83

Fuente: La propia investigación

El Consumo de sustancias psicotrópicas por años, aparece representado en la **Tabla V**. La sustancia más consumida por la muestra en estudio resultó ser el alcohol con el 95,83% (46 encuestados) del total de consumidores en general (n = 48), seguida por el café con el 79,17% (38 encuestados) y los psicofármacos con el 68,75 % (33 encuestados). Estos resultados coinciden con los reportados por Coello y Hernández en el 2018 donde el Alcohol y el Café resultaron las sustancias más consumidas en una muestra de 153 adolescentes del Distrito José Martí en Santiago de Cuba.¹⁸

Analizando más específicamente el consumo de estas sustancias por año, es predominante el consumo de alcohol fundamentalmente en los estudiantes encuestados de 1er año con el 32,60 % del total de los consumidores de alcohol

seguido del café con el 36,84 % y los psicofármacos con 36,36% del total de consumidores de estas sustancias. A medida que se avanza en los años de la carrera, se observa un decrecimiento en el consumo de alcohol, cigarros y psicofármacos. Las cifras obtenidas en el estudio aunque no son alarmantes, si dan la medida de las acciones que se deben realizar para la prevención de un mayor consumo.

Semejantes resultados obtuvieron López, Villar y Gherardi en una muestra de 237 estudiantes de enfermería en Bogotá, Colombia.⁵⁴ Según Bolívar Yépez y colaboradores una de las drogas de mayor consumo es el alcohol con un 54,4% en las zonas de tolerancia de Quevedo, Ecuador.⁵⁵

En México más de cuatro millones de personas cumplen con los criterios de padecer trastorno por dependencia del alcohol, asimismo cuatro millones beben de manera intensa una vez a la semana y 27 millones lo hacen una vez al mes.¹⁷

En los EE.UU. entre 6,9 y 16,2 % de los estudiantes universitarios han utilizado psicoestimulantes para mejorar su rendimiento. Una encuesta por Internet realizada por Nature, con 1.400 científicos procedentes de 60 países, reveló que uno de cada cinco científicos usan drogas psicoactivas con fines no médicos.⁵⁶

Tabla VI. Distribución de los consumidores según categorías.

Categorías	Total	
	No	%
Monoconsumidores	10	20,83
Multiconsumidores secundarios	25	52,08
Multiconsumidores terciarios	9	18,75
Multiconsumidores cuaternarios o más	4	8,33
Total	48	100,00

Fuente: La propia investigación.

La Distribución de los consumidores según categorías, por años aparece recogida en la **Tabla VI**. Al analizarse el Multiconsumo, en la muestra predominó la categoría de Multiconsumidores secundarios, o sea los estudiantes que consumían 2 sustancias psicotrópicas representando el 52,08 % del total de consumidores, seguidos de los Monoconsumidores (una sola sustancia) y Multiconsumidores terciarios (tres sustancias) con el 20,83 % y 18,75 % respectivamente. Los Multiconsumidores

cuaternarios (cuatro sustancias) constituyen la categoría con menor número de encuestados para el 7,94 % del total. Estos resultados coinciden con los resultados obtenidos en estudios realizados durante el año 2010 por Pupo y colaboradores, en las carreras de Derecho, Ingeniería en Telecomunicaciones, Sociología y Ciencias farmacéuticas de la Universidad de Oriente, donde predominaron los Multiconsumidores secundarios.⁴³⁻⁴⁶

Al analizar la poliadicción presente en la muestra (basada en la variedad de las sustancias consumidas y además la concomitancia en sus consumos) obtenida principalmente de las respuestas a las preguntas 6 y 8 (Cuestionario II) se puso de manifiesto que el 78 % de los encuestados consumidores no eran poliadictos, como se muestra en el **Figura 3**.

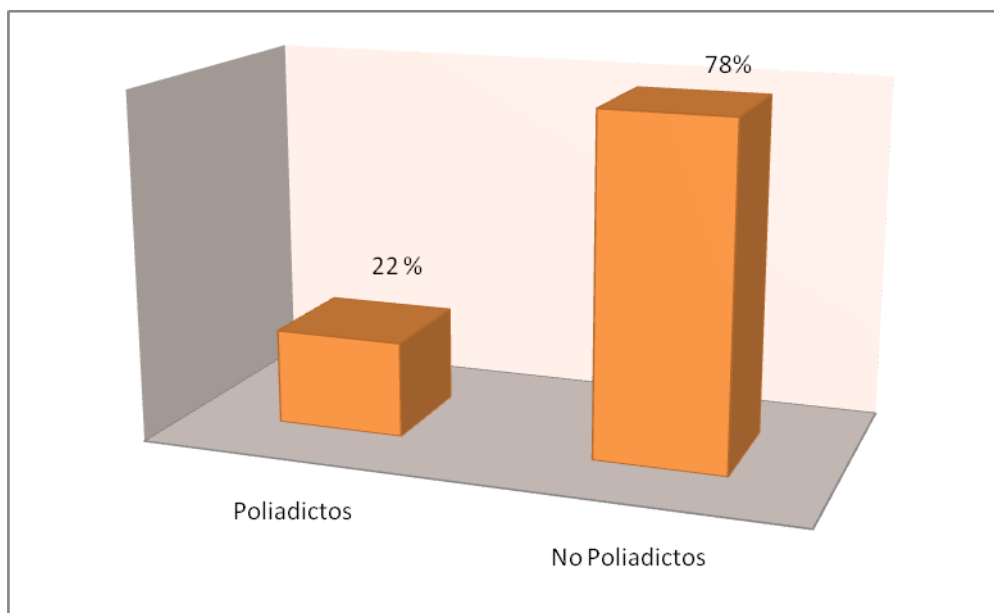


Figura 3. Presencia de poliadicción en la muestra.

Fuente: La propia investigación.

Se evidenció que el 22 % reconoce haber hecho combinaciones entre algunas de estas sustancias, de forma circunstancial o no, prevaleciendo las combinaciones cigarro – alcohol, café – cigarro, psicofármaco – psicofármaco, y psicofármaco – alcohol, por lo que se debe trabajar en este sentido, fundamentalmente en los grupos de riesgo, insistiendo en las opciones de esparcimiento y tiempo libre de los jóvenes universitarios, promoviendo conductas más sanas de esparcimiento, haciendo hincapié además, en las consecuencias del consumo de psicofármacos con bebidas alcohólicas.

Las combinaciones entre estas sustancias se tornan más riesgosas que cada adicción por separado, teniendo en cuenta que pueden potenciarse los efectos tóxicos de las mismas y a la vez aumentar el componente adictivo ya sea por dependencia psíquica o física de las sustancias ^{12,20}

III.2.3 Automedicación con psicofármacos en la muestra estudiada.

La distribución según tipo de psicofármacos más consumidos por los estudiantes de la muestra aparece representada en la **Tabla VII**. De las sustancias psicotrópicas, los psicofármacos fueron empleados por 33 estudiantes, que representan el 68,75% respecto al total de consumidores. Dentro de los psicofármacos más consumidos se encuentran el clordiazepóxido con el 72,72 % (24 estudiantes), meprobamato con el 15,15% (5 estudiantes), el diazepam, clonazepam y amitriptilina resultaron los de menor consumo representado por el 6,06 %.

Tabla VII. Tipo de psicofármacos más consumidos por los estudiantes.

Medicamentos	Consumo n=33	
	No	%
Clordiazepóxido	24	72.72
Meprobamato	5	15.15
Diazepam	2	6.06
Clonazepam	2	6.06
Amitriptilina	2	6.06

Fuente: La propia investigación.

El clordiazepóxido resultó ser el medicamento más consumido por los estudiantes, el cual pertenece al grupo de las benzodiazepinas. Las benzodiazepinas se caracterizan por ejercer un cuádruple efecto farmacológico: ansiolítico, sedante o hipnótico, anticonvulsivo y miorrelajante. Por ello se usan para la terapia de la ansiedad, insomnio y otros estados afectivos; así como, las epilepsias, abstinencia alcohólica y espasmos musculares. El consumo de estos fármacos por nuestra población es frecuente y su uso por la misma de manera autónoma es un problema, debido a que ellos pueden producir múltiples reacciones adversas. ⁵⁰

Según Speranza y colaboradores en un estudio realizado en Uruguay, en el año 2015 las benzodiazepinas constituyeron uno de los grupos más prescritos para el tratamiento del insomnio y la ansiedad. La percepción de bajo riesgo y el uso irracional de este grupo terapéutico contribuye al aumento de su uso y más en los estudiantes.
57, 58

La presencia de la automedicación en la muestra fue de 63,64 %, en tanto el 36,36 % de los estudiantes no se auto medicaban. Este resultado da la medida de la percepción de riesgo que poseen los futuros farmacéuticos ante el consumo irracional de los medicamentos. Según lo referido en la **Tabla VIII** el mayor porcentaje de automedicación con el 21,21% (7 estudiantes) se encontró en el 1er año de la carrera. El Índice de automedicación de psicofármacos en la muestra (81 estudiantes) fue del 26 %.

Tabla VIII. Nivel de automedicación con psicofármacos, según años.

Categorías	1er año		2do año		3er año		4to año		Total n= 33	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Estudiantes que se automedican	7	21,21	5	15,15	4	12,12	5	15,15	21	63,64
Estudiantes que no se automedican	5	15,15	3	9,09	3	9,09	1	3,03	12	36,36
Total	12	36,36	8	24,24	7	21,21	6	18,18	33	100,00

Fuente: La propia investigación.

Según Hidalgo en un estudio realizado en la provincia de Villa Clara desde una farmacia comunitaria en el año 2014, se encontró un consumo más frecuente de benzodiazepinas en mujeres para un 63,3 % y en las edades geriátricas para un 63,7 %, junto a una prescripción de ansiolíticos muy elevada. Generalmente en las familias donde se consumen psicofármacos existe una mayor probabilidad de que el consumo se extienda a los más jóvenes por automedicación.⁵⁰

El uso racional de medicamentos es una estrategia mundial para promover un uso adecuado de fármacos entre los profesionales de la salud y la comunidad en general.

La automedicación no responsable, situación en la cual un individuo toma por cuenta propia un medicamento desconociendo su uso adecuado, sus riesgos potenciales, y los síntomas para los cuales lo consume, es un hecho habitual y creciente que implica un uso indiscriminado de los medicamentos poniendo en riesgo la salud de la comunidad.

59

Según la Secretaria de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina del 2017; la población más joven presentó mayores proporciones de consumo de estimulantes o antidepresivos sin prescripción médica. Particularmente, en el grupo de 18 a 24 años, el consumo por cuenta propia (67,3%) superó al consumo recetado (32,7%). La edad promedio de inicio en el consumo de tranquilizantes o ansiolíticos sin receta fue cercana a los 25 años.⁶⁰

III.2.4 Percepción de los estudiantes sobre las sustancias psicotrópicas.

La Percepción del daño o riesgo se determinó partiendo de los resultados de las preguntas 5 (Cuestionario I) y 1,4, 5 (Cuestionario II). El 65,43% de la muestra (53 encuestados) consideró que ***probar una sustancia psicotrópica por primera vez es el primer paso para crear adicción o dependencia***, en tanto que sólo el 19,75 % (16 encuestados) consideró que esto ***no era posible***. Esta respuesta evidencia la adecuada percepción sobre el riesgo de adicción partiendo de un primer consumo. El 79,01 % de la muestra planteó ***que cualquier persona puede ser dependiente de alguna sustancia psicotrópica***, contra sólo el 3,7% que afirmó ***que no***. En cuanto a la posición acerca del consumo, el 59,26% (48 encuestados) plantea ***estar en contra del uso de estas sustancias***, lo que refleja una adecuada percepción del problema de las drogas en la mayoría de la muestra.

La Percepción del uso se determinó partiendo de los resultados de las preguntas de la 1 a la 4 (Cuestionario II). El 88,89% (72 encuestados) de la muestra considera que ***el experimentar nuevas sensaciones*** es la principal causa de que las personas comiencen el consumo, seguida del 82,71% (67 encuestados) que plantea en segundo lugar como causa ***el embullo***. El 77,78% (63 encuestados) planteó ***el sentirse bien***, el 71,60% (58 encuestados) ***para enfrentar los problemas de la vida más fácil***, en tanto que el 48,15% (39 encuestados) consideró que las utiliza ***para buscar tranquilidad***. Es interesante señalar que sólo 12 estudiantes consideran que las personas consumen

porque el medio lo permite y por evasión representando el 14,81% de la muestra, esto indica una adecuada percepción de la mayor parte de los encuestados acerca del uso o consumo de estas sustancias y el papel regulador social

De la Percepción del fenómeno de la drogodependencia solo el 9,88% (8 encuestados) de la muestra, *plantea que le es indiferente* y el 41,97% plantea que *es malo*. Esto da medida de la percepción adecuada de los estudiantes de la carrera en cuanto a este fenómeno, un punto importante en las adicciones.

En cuanto a la percepción en general de los estudiantes sobre las sustancias psicotrópicas, se determinó que los mismos tenían una **Percepción adecuada** (más del 50% de ideas correctas) representadas por el 80,25 % de las mismas en la muestra. De todo esto se traduce además, que a través de esta encuesta, se pudo obtener información verídica y muy cercana a la realidad en que se desarrollan los encuestados, convirtiendo en efectivo este procedimiento o técnica de investigación.

III.2.5 Factores Específicos: Factores de riesgo y de protección.

En la muestra estudiada se obtuvo un predominio de los factores de riesgo sobre los de protección como se observa en la **Tabla IX**.

Tabla IX. Cantidad de factores que inciden en la muestra.

Factores	Riesgo		Protección		Total	
	No	%	No	%	No	%
Familiares	8	57,14	6	42,85	14	26,92
Individuales	7	63,64	5	45,45	11	21,15
Educacionales	6	54,55	4	36,36	11	21,15
Sociales	9	56,25	7	43,75	16	30,77
Total	30	57,69	22	42,31	52	100,00

Fuente: La propia investigación.

De forma general entre los factores de riesgo se identifican: la sobrecarga de responsabilidades, crisis de la edad, necesidad de pertenencia al grupo de pares y la disponibilidad de las drogas (con mayor énfasis del alcohol y el tabaco).⁶¹ En la investigación dentro de los factores familiares que predominaron se manifestó el consumo de drogas tanto del padre, la madre o en la relación de pareja, la lejanía a

que se encuentran sometidos fundamentalmente los estudiantes becados con respecto a sus hogares y la falta de control y dependencia de la familia sobre el estudiante.⁶²

Los factores de riesgo individuales estuvieron muy relacionados la presión de grupo siendo este factor una constante para todos los participantes los cuales refirieron que lo hacían para **no ser criticados**, esto influye en el consumo de drogas sea experimental o consumos problemáticos; la edad, la personalidad, el recurso social que disponen, las actitudes, los valores y la autoestima fueron otro factores que reflejaron las encuestas realizadas.⁶¹

Un factor de riesgo del tipo social que resalta, es la curiosidad que sienten por probar la sustancia, es decir, sentir los efectos y cuáles son las sensaciones de una sustancia en especial, sea alcohol, tabaco o marihuana, este factor se encuentra muy relacionado con la presión del grupo; importante factor a la hora de iniciar las primeras experiencias de consumo.

Los factores asociados al sistema educacional que se detectaron fueron; el fracaso docente o bajo rendimiento, sobre todo en el primer 1er año de la carrera asociado además a la ineffectividad de los métodos individuales de estudio, ya que consumían generalmente antes de los exámenes para tratar la ansiedad y el estrés provocado por el rigor que exige la carrera.

Son múltiples las causas por las cuales los jóvenes son vulnerables al consumo de drogas, sean estas categorizadas como lícitas o ilícitas. Esta vulnerabilidad es el resultado final de un conjunto de factores que pueden moderar positiva o negativamente dicho consumo y puede estar ligada a los cambios sociales, culturales, políticos y económicos que están siendo percibidos en la esfera global, conllevando a la adopción de diferentes comportamientos y actitudes de riesgo.⁶³

Dentro de los factores de protección detectados en la muestra se destacan los sociales, individuales y familiares en orden decreciente. Esto demuestra la implicación social de muchos jóvenes ante el consumo de drogas; los cuales refieren estar **en contra** de ellas.

Los factores protectores son antagónicos de los factores de riesgo, sin embargo la relación no es lineal ni causal, los mismos factores protectores en un individuo pueden ser condiciones de vulnerabilidad para otro. En la muestra se destacan como factores

individuales: la capacidad de resistencia a la presión del grupo, la percepción de riesgo, la autoestima y la pasión por actividades alternativas.

A nivel individual uno de los factores más importantes es la capacidad de resistencia a la presión del grupo como una cualidad y reconocimiento de su derecho a “decir no” al consumo o poner en manifiesto los límites personales, como resultado del desarrollo de la asertividad y de una autoestima adecuada.

La familia también actúa como factor protector, de resiliencia cuando asume y es consciente del modelo de padre/madre alejada del consumo o consumo responsable de las drogas, y que está asociado con el desarrollo de valores como respeto, responsabilidad y confianza.^{63, 64,65}

Al determinar Probabilidad de Consumo La **PC = $\frac{\sum FR}{\sum FP}$** , se obtuvo:

$$PC = \frac{\sum FR = 30}{\sum FP = 22} \quad \text{Donde: } PC = 1,36$$

Esto significa que como **PC = 1,36**, la probabilidad de consumo es mayor, lo cual no es favorable. Se traduce que la muestra en cuestión no está protegida, y muy expuesta al consumo, lo que puede ser revertido incrementando las acciones que refuercen los factores de protección.

Una vez obtenidos los resultados de las variables, el diagnóstico se clasificó como **DIAGNÓSTICO NO FAVORABLE**, teniendo en cuenta que no se cumplió con el indicador del nivel del conocimiento (conocedores 3,70 %), con la cantidad de consumidores habituales (22,22%), ni con la automedicación en la muestra (63,64 %) y la probabilidad de consumo fue mayor que 1 (PC = 1,36).

III.3 Propuesta de intervención educativa en función de los resultados obtenidos.

Según las dimensiones principales de acción del Ministerio de Educación Superior (MES) entre las que se encuentran la dimensión curricular, la extra-curricular y la sociopolítica y el Programa Nacional Integral de Prevención del Uso Indebido de Drogas⁶⁶, vigente en nuestro país, se realizó la presente Propuesta de Intervención ajustada al diagnóstico de la carrera.

Aspectos a modificar partiendo del diagnóstico realizado:

- **MEJORAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO:** hacer mayor énfasis en el trabajo desde lo curricular, pues en el plano extracurricular se han dado pasos positivos ya que cuentan con una programación de acciones sobre prevención antidrogas a través de la Cátedra honorífica Antonio Guiteras Holmes.
- **DISMINUIR EL POSIBLE CONSUMO:** a través del aumento de la conciencia y la cultura relacionada a los efectos y perjuicios que producen estas sustancias. Procurar que se conozcan las prohibiciones del consumo de estas sustancias, y que se tomen medidas para hacer cumplir lo reglamentado, incluidas actividades en la estrategia educativa de cada año, con especial énfasis en el primer año.
- **DISMINUIR LA AUTOMEDICACIÓN:** intervenir los profesionales y estudiantes de Farmacia con charlas, talleres y conferencias en cuanto a los efectos y perjuicio que pueden ocasionar los psicofármacos por su uso indebido.
- **EQUILIBRAR EN SENTIDO POSITIVO, LOS FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN QUE PUDIERAN INCIDIR EN LA MUESTRA:** trabajar en aras de erradicar los factores de riesgo detectados en el diagnóstico estudiantil, utilizando las mismas herramientas para la disminución del consumo.

Para el diseño de la **INTERVENCIÓN EDUCATIVA**, teniendo en cuenta las especificidades de la carrera investigada, se proponen los objetivos siguientes:

Objetivos de la Intervención:

1. Informar y educar en relación con el uso de las distintas sustancias y productos adictivos y sus consecuencias a los estudiantes y profesores de la facultad.
2. Reforzar la conciencia social sobre las consecuencias y las causas del fenómeno del uso/abuso de sustancias y otras adicciones presentes en nuestro medio.
3. Promover cambios de actitudes y de comportamientos en la población estudiantil frente al uso de sustancias adictivas.
4. Promover la actitud responsable de no consumo, mediante la exposición gráfica y/o verbal de las consecuencias a corto y largo plazo del consumo de estas sustancias.

Para dar cumplimiento a estos objetivos, se proponen las siguientes acciones

1. Realización actividades desde las asignaturas (Educación Sanitaria) relacionadas con la temática de prevención del consumo de sustancias psicotrópicas.

2. Desarrollar materiales educativos e informativos que contribuyan a comunicar de forma adecuada sobre el tema.
3. Capacitación de profesores y estudiantes como promotores antidrogas en la facultad (priorizando lo más próximos a la población de riesgo) a través de cursos extensionistas.
4. Establecimiento de programas de información (gráfica, verbal, y cara a cara) para la comunidad estudiantil sobre las consecuencias y las causas del uso/abuso de sustancias y los comportamientos adictivos.
5. Promoción de debates sobre modos de vida y recreación más saludables.
6. Impartición de conferencias y charlas sobre el tema de las adicciones para el reforzamiento de valores éticos para la prevención desde la especialidad
7. Desarrollo de temas vinculados con la automedicación y las normas jurídicas que regulan en nuestro país el consumo de estas sustancias y su penalización

En la **Tabla X** se muestran algunas de estas acciones, con vista a la intervención educativa.

Tabla X. Propuesta de Planificación de actividades para la intervención educativa.

CÓDIGO	CANTIDAD MÍNIMA	ACTIVIDADES
Cursos	2	1. Drogas y Sociedad
		2. Drogodependencia
Taller	1	3. Drogas y legalidad
Conferencias	2	4. Impacto de las drogas en la conducta social
		5. Los Psicofármacos en el mundo de las drogas
		6. Automedicación vs salud
Conversatorios	1	7. Adicción y drogodependencia
		8. Las drogas: amigas o enemigas

Una vez diseñado el conjunto de actividades, se propondrán al colectivo docente, y se tomarán en consideración aquellas necesidades detectadas en la investigación para la intervención, lo cual podrá realizarse a través de un Taller Técnico con la dirección de la Facultad y carrera y con la organización de la Federación Estudiantil Universitaria

(FEU). También se proponen actividades didácticas de promoción contra el uso indebido de drogas, dentro de las jornadas culturales y científicas desarrolladas por la institución y a través de la plataforma de Entorno Virtual Académico (EVA) aprovechando el marco para el desarrollo de la intervención, lo cual se apoya en estas acciones:

1. Elaboración y divulgación de Materiales informativos antidrogas por los autores de la investigación **Anexo III, IV y V.**

2. Reforzamiento del vínculo con entidades y asociaciones que puedan actuar sobre el fenómeno, que quedarán insertados en la estrategia de la Carrera:

- Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Oriente.
- Comisión Provincial de Extensión Universitaria.
- Consultoría Fármaco Toxicológica, Centro de Toxicología y Biomedicina (TOXIMED)
- Consultoría Línea Ayuda, Centro Provincial de Promoción de Salud.
- Centro Provincial de Higiene y Epidemiología.
- Departamento de Criminalística, MININT.
- Departamento antidroga, Aduana Provincial.

Todo esto repercutirá en la elevación del nivel de conocimiento, disminución del posible consumo y la automedicación, mejorar la percepción sobre esta temática y equilibrar en sentido positivo, los factores de riesgo y protección que pudieran incidir en la muestra.

CONCLUSIONES

1. Se realizó el diagnóstico sobre sustancias psicotrópicas en estudiantes de Ciencias Farmacéuticas, predominando los estudiantes con deficiencia. Las sustancias más consumidas fueron el alcohol, el café y los psicofármacos (clorodiazepóxido), predominando en la muestra la no poliadicción, la automedicación, el consumo habitual y social. La percepción fue adecuada y predominaron los factores de riesgo sobre los de protección. De forma general el diagnóstico fue no favorable en cuanto a los indicadores evaluados.
2. Se diseñó la propuesta de una intervención educativa basada en el resultado del diagnóstico realizado.

RECOMENDACIONES

1. Continuar la investigación con la realización de una intervención educativa.
2. Socializar los resultados en la carrera

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. El ser humano y las drogas: una historia de veneno y sanación. [Citado el 10 de enero 2019] Disponible en <http://bioetica.uft.cl/index.php/revista-altus/item/el-ser-humano-y-las-drogas-una-historia-de-veneno-y-sanacion>
2. Informe mundial sobre drogas 2018. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) [Citado el 11 de enero 2019] Disponible en: https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_ExSum_Spanish.pdf
3. Barón L y colaboradores. Prevalencia y factores asociados al consumo de anfetaminas, en estudiantes del programa de medicina de la Universidad de Manizales (Colombia), 2010.
4. Coello H, Hernández H. Caracterización del conocimiento y consumo de drogas de abuso por adolescentes. Policlínico José Martí, Santiago de Cuba. Convención Internacional de Salud Cuba Salud 2018.
5. Comportamiento de las actividades de las drogas en la República de Cuba. Principales resultados en su enfrentamiento 2015-2016. Políticas y programas gubernamentales [Citado el 10/01/19] Disponible en https://www.unodc.org/documents/postungass2016/contributions/MS/Cuba/Contribution_acciones_de_cuba_drogas.pdf
6. Santiago de Cuba mostrará su que hacer preventivo ante las drogas 2018 [Citado el 10 de enero 2019] Disponible en <http://www.sierramaestra.cu/index.php/titulares/18960-santiago-de-cuba-mostrara-su-quehacer-preventivo-ante-las-drogas>
7. Herrera M, Ramírez E. La prevención de las drogas. Un componente imprescindible de la Seguridad Nacional en Cuba. Revista Caribeña de Ciencias Sociales (junio 2018). [Citado el 10 de enero 2019] Disponible en <https://www.eumed.net/rev/caribe/2018/06/prevencion-drogas-cuba.html>
8. Zúñiga A, Suárez M. Diseño de una intervención educativa sobre sustancias psicotrópicas para estudiantes de Ciencias Farmacéuticas. [Trabajo de Diploma en opción al título de Licenciado en Ciencias Farmacéuticas. Departamento de farmacia, Universidad de Oriente. Santiago de Cuba], 2009.

9. Pupo E, Trujillo S. Diagnóstico sobre Sustancias Psicotrópicas en trabajadores docentes de la Universidad de Oriente. Facultad de Ciencias Naturales. [Trabajo de Diploma en opción al título de Licenciado en Ciencias Farmacéuticas. Departamento de farmacia, Universidad de Oriente. Santiago de Cuba], 2011.
10. Pupo E, Moreno M. Validación de un cuestionario para el diagnóstico de sustancias psicotrópicas, [Trabajo de Diploma en opción al título de Licenciado en Ciencias Farmacéuticas. Departamento de Farmacia, Universidad de Oriente. Santiago de Cuba], 2010.
11. Kaiser Manzano M. Patrón de uso de medicamentos en población joven. Departamento de Ciencias Biomédicas y del Diagnóstico. Facultad de Farmacia. Universidad de Salamanca, 2015.
12. Drogodependencia y adicciones: Prevención en el ámbito laboral. Comisión Ejecutiva Confederal de la Unión General de Trabajadores (UGT), Madrid. Junio 2012. [Citado el 5 de marzo 2019] Disponible en: http://portal.ugt.org/saludlaboral/publicaciones_new/files_drogodependencias_%20adicciones/tc-manual%20drogodependencias%20y%20adicciones%202012.pdf
13. Iglesias O y colaboradores. Efecto del uso de las drogas y los peligros que su consumo implica jóvenes y estudiantes. Hospital Provincial Universitario "Carlos Manuel de Céspedes". Universidad de Granma. Multimed Revista Médica. Multimed 2018; 22(6) noviembre-diciembre, Granma.
14. Serrano Patten A y colaboradores. Afrontamiento familiar a la drogodependencia en adolescentes. Rev Cubana Salud Pública v.37 n.2 Ciudad de La Habana abr.-jun. 2011
15. Drogodependencia: Síntomas, Tipos y Efectos [Citado el 6 de marzo 2019] Disponible en <https://www.lifeder.com/drogodependencia/>
16. Infodrogas. Qué son las drogas. [Citado el 11 marzo 2019] Disponible en <https://www.infodrogas.org/drogas/que-son-las-drogas?showall=1>
17. Navarrete B, Secín R. Generalidades del trastorno por consumo de alcohol. Facultad de Medicina, Universidad La Salle. México Rev. Acta médica grupo Ángeles, Volumen 16, No. 1, enero-marzo 2018.

18. Coello H, Hernández H. Caracterización del conocimiento y consumo de drogas de abuso por adolescentes. Policlínico José Martí, Santiago de Cuba. Convención Internacional de Salud, 2018. [Citado el 11 marzo 2019] Disponible en: www.convencionsalud2018.sld.cu/index.php/convencionsalud/2018/paper/.../1744
19. Ministerio de Salud Pública. Formulario Nacional de Medicamentos. Editorial Ciencias Médicas. Cuba, 2014. pág. 794.
20. Juncay T. El consumo de sustancias psicoactivas y su influencia en el estado psicosocial de la familia y usuarios de la estación municipal de auxilio terapéutico y control humanitario de la mendicidad N° 1 de la ciudad de Loja y la intervención del trabajador social. Tesis en opción al título de Licenciado en Trabajo Social. Loja, Ecuador, 2019. [Citado el 2 de mayo] Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/21602/1/Tatiana%20%20Elizabeth%20%20Juncay%20%20Sarango.pdf>
21. Tapia D. Adicciones en adolescentes. Prevención y atención desde un enfoque holístico. Universidad Nacional Autónoma de México. 2017 [Citado el 20 de marzo] Disponible en: www.librosoa.unam.mx/xmlui/handle/123456789/263
22. Valdéz A y colaboradores. Drogas, un problema de salud mundial. Revista Universidad Médica Pinareña, Mayo-Agosto 2018; 14(2): pág. 168-183
23. Herrera M, Ramírez E. La prevención de las drogas. Un componente imprescindible de la seguridad nacional en Cuba. Revista Caribeña de Ciencias Sociales (junio 2018).
24. Alemán L, López Y. Guía Médico Social para el Diagnóstico y Atención Primaria de las Drogodependencias en Nicaragua 2da Edición. Managua 2014.
25. Ruiz M, Vivas F. Alcohol y tabaco en la población joven y su efecto en el árbol vascular. Servicio Prevención, Promoción de la Salud y Salud ambiental. Instituto de Salud Pública. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid. Revista de estudios de juventud nº 112, Junio 2016.
26. Llanes A y colaboradores. Consumo de alcohol: epidemiología, prevención y tratamiento. Universidad Autónoma de Tamaulipas. Primera edición, 2017. Pág. 51- 74.

27. No healthy level of alcohol consumption, says major study [Citado el 25 marzo 2019] Disponible en <https://www.theguardian.com/society/2018/aug/23/no-healthy-level-of-alcohol-consumption-says-major-study>
28. McNeill A and col. Evidence review of e-cigarettes and heated tobacco products 2018. A report commissioned by Public Health England. London: Public Health England. [Citado el 26 de marzo 2019] Disponible en: <https://www.gov.uk/government/publications/e-cigarettes-and-heated-tobacco-products-evidence-review/evidence-review-of-e-cigarettes-and-heated-tobacco-products-2018-executive-summary>
29. Lorenzo E y colaboradores. Manual de prevención y tratamiento del Tabaquismo. Editorial Lazo Adentro. Unidad de promoción de Salud y Prevención de Enfermedades, 2016
30. Cigarette Smoking .An assessment of tobacco’s global environmental footprint across its entire supply chain, and policy strategies to reduce it [Citado el 22 marzo 2019] Disponible en https://www.researchgate.net/publication/31092753_Cigarette_Smoking
31. Cano-Marquina A, Tarín J.J, Cano A. The impact of coffee on health. Maturitas. Volume 75, Issue 1, May 2013, Pages 7-21. [Citado el 22 de marzo 2019] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378512213000479>
32. Gil Hernández A. Tratado de Nutrición, tomo II; Composición y Calidad Nutritiva de los Alimentos. 2ª edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010.
33. Sánchez M. El café, la cafeína y su relación con la salud y ciertas patologías. Facultad de Medicina. Departamento de Bioquímica, Biología Molecular y Fisiología. Universidad de Valladolid, junio 2015 [Citado el 9 de mayo 2019] Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/14253>
34. Rosales M y colaboradores. Consumo de bebidas con cafeína y sus efectos en estudiantes de Medicina de la Universidad Autónoma de Baja California, Tijuana. Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud. Vol. 7, Núm. 13, Enero – Junio 2018
35. Montero F. Tesis doctoral: Consideraciones hacia los psicofármacos en profesionales y estudiantes de medicina en España y en profesionales de la

medicina en México y Colombia. Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad de Huelva, 2014

36. Stolerman P. Encyclopedia of psychopharmacology (Vol. 2): Springer, 2010. London. [Citado el 13 de mayo del 2019] Disponible en: <https://www.springer.com/la/book/9783540687061>
37. Preston D, John H, Talaga M. Handbook of clinical psychopharmacology for therapists: New Harbinger Publications, 2013. United States. [Citado el 13 de mayo 2019] Disponible en: <https://books.google.com/cu/books?id=n8ulUd2A8MEC&dq=Handbook+of+clinical+psychopharmacology+for+therapists:+New+Harbinger+Publications+2013&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjZ06aI75jiAhUGnKwKHc1tCW0Q6AEIJjAA>
38. Heinze G, Torres M, Cortés J. Attitudes of health professionals toward prescribing psychodrugs. 2013, p 70-82.
39. Goodman & Gilman. Las bases farmacológicas de la terapéutica. 12ª Edición, 2010. Pág. 457.
40. Amitriptilina Vademecum [Citado el 8 de abril 2019] Disponible en <https://www.vademecum.es/principios-activos-amitriptilina-n06aa09>
41. Zambrano E, Zambrano J, Quiroz L. Las instituciones educativas y su rol en la orientación familiar para la prevención del consumo de drogas en adolescentes. Universidad Técnica de Manabí, Ecuador, 2018. [Citado el 8 de abril 2019] Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rces/v38n1/0257-4314-rces-38-01-e2.pdf>
42. Arévalo S, Oliva F. Consumo de Drogas y Percepción de Riesgo en Jóvenes del CUValles de la U. de G. Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo ISSN 2007 – 7467. Vol. 5, Núm. 10 Enero – Junio 2015
43. Pupo E, Aguilar Y. Intervención educativa de sustancias psicotrópicas en estudiantes universitarios de la carrera de Derecho [Trabajo de Diploma en opción al título de Licenciado en Ciencias Farmacéuticas] Universidad de Oriente. Santiago de Cuba, 2010.
44. Pupo E, Borges Y. Diseño de una intervención educativa sobre sustancias psicotrópicas para estudiantes de la carrera de Sociología. [Trabajo de Diploma en

- opción al título de Licenciado en Ciencias Farmacéuticas] Universidad de Oriente. Santiago de Cuba, 2010.
45. Pupo E, Maresma K. Intervención educativa de sustancias psicotrópicas en estudiantes de la carrera de Ciencias farmacéuticas. [Trabajo de Diploma en opción al título de Licenciado en Ciencias Farmacéuticas] Universidad de Oriente. Santiago de Cuba, 2010.
46. Pupo E, Cabreja F. Intervención educativa de sustancias psicotrópicas en estudiantes universitarios de Ingeniería en Telecomunicaciones. [Trabajo de Diploma en opción al título de Licenciado en Ciencias Farmacéuticas] Universidad de Oriente. Santiago de Cuba, 2010.
47. El café: más que una tradición para los cubanos [Citado el 2 de mayo 2019] Disponible en: <https://www.islalocal.com/cafe-mas-una-tradicion-los-cubanos/>
48. Periódico Granma [online] Fariñas L. Hablemos del alcohol (17/01/16) [Citado el 2 de mayo 2019] Disponible en: <http://www.granma.cu/todo-salud/2016-01-17/hablemos-del-alcohol-17-01-2016-21-01-31>
49. Suarez N. Consumo, precio y segmentación del mercado de cigarrillos. Revista Cubana de Salud Pública. Vol 44, No 4, 2018. [Citado el 2 de mayo 2019] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662018000400125
50. Hidalgo A, Pedraza L, Cabrera D. Caracterización del consumo de benzodiazepinas en una farmacia del municipio de Santa Clara. Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana; 12 (3) 2015. [Citado el 8 de mayo 2019] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=64506>
51. Martínez G. Malas compañías. Periódico Invasor. Diario online. Ciego de Ávila 19/12/18 [Citado el 2 de mayo 2019] Disponible en: <http://www.invasor.cu/es/secciones/sociedad/malas-companias>
52. Loor W y colaboradores. Causas de las adicciones en adolescentes y jóvenes en Ecuador. Rev. Arch Med Camagüey Vol 22(2)2018, pág 131- 138.
53. Mosquera J, Artamónova I, Mosquera V. Consumo de sustancias psicoactivas en la universidad tecnológica de Pereira. INVESTIGACIONES ANDINA. No. 22 vol. 13,

2011. [Citado el 2 de mayo 2019] Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-81462011000100008
54. López M, Villar M, Gherardi E. Consumo de drogas lícitas en estudiantes de enfermería de una universidad privada en Bogotá, Colombia. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Vol. 19, junio- 2011, pp. 707-713 [Citado el 8 de mayo 2019] Disponible en: www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421968007
55. Bolívar A y colaboradores. Las drogas como problema social y educativo en los jóvenes de Quevedo. Universidad Técnica Estatal de Quevedo. Revista Publicando, 4 No 10. (1) pág. 220-230, 2017.
56. Suárez M. Uso ético de los psicofármacos. Facultad de Ciencias Médicas (UNLP), Argentina. Rev. Inmanencia,2018;7(1) pág. 90-94 [Citado el 8 de mayo 2019] Disponible en: <http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/inmanencia/issue/view/838/showToc>
57. Speranza N y colaboradores. Consumo de benzodiazepinas en la población uruguaya: un posible problema de salud pública. Rev. Méd. Urug. vol.31 no.2, pág. 112-119. Montevideo jun. 2015. [Citado el 8 de mayo 2019] Disponible en: www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-03902015000200005&script=sci...
58. Matud P. Gender and the use of anxiolytic and hypnotic drugs in Spain. Journal of Feminist, Gender and Women Studies 5 pág. 23-31, /March 2017. [Citado el 9 de mayo 2019] Disponible en: <https://revistas.uam.es/revIUEM/article/view/8914>
59. Callisaya Argani J. Factores de riesgo y protección ante el consumo de drogas en jóvenes del municipio de La Paz. Drugs and Addictived Behav., Vol. 3, N°. 1, enero – junio 2018, Medellín – Colombia. [Citado el 9 de mayo 2019] Disponible en: <https://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/DAB/article/view/2635>
60. Rodríguez Y. Factores psicosociales de riesgo asociados al consumo y Expendio de sustancias psicotrópicas en estudiantes Adolescentes desde el enfoque cognitivo conductual. Unidad académica de Ciencias Sociales. MACHALA, 2017. [Citado el 9 de mayo 2019] Disponible en: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/10497>

61. Morera C y colaboradores. Factores socioculturales y consumo de drogas entre estudiantes universitarios costarricenses. Texto & Contexto Enfermagem [en línea] 2015. [Citado el 24 de abril de 2019] Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072015000600145&script=sci_abstract&tlng=es
62. Gutiérrez M, Múnera X, Sepúlveda L. Factores de riesgo y de protección asociados al consumo de alcohol en adolescentes. Revista electrónica PSICONEX, Vol 8, No 12, 2016. Departamento de psicología, Medellín, Colombia. [Citado el 9 de mayo 2019] Disponible en: <https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/Psyconex/article/view/326989>
63. Arrijoa G y colaboradores. Factores de riesgo para el consumo de alcohol en adolescentes estudiantes. Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog, 13(1) pág. 22-29, 2017 [Citado el 8 de mayo 2019] Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/803/80349973004.pdf>
64. Política Integral para la Prevención y Atención del consumo de sustancias psicoactivas (25 enero 2019) [Citado el 6 mayo 2019] Disponible en: <https://www.belisario.com.co/bva-al-dia/politica-integral-para-la-prevencion-y-atencion-del-consumo-de-sustancias-psicoactivas/2019/1/25>
65. Suárez Ojeda E N. Factores de resiliencia comunitaria. [Citado el 8 de febrero 2019] Disponible en : www.aap.org.ar/publicaciones
66. Programa nacional integral de prevención del uso indebido de drogas [Citado el: 7 de mayo 2019] Disponible en: www.cedro.sld.cu/documentos/programa_nacional_drogas.doc.

ANEXO I.

Cuestionario "DIAGNÓSTICO DE SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS EN ESTUDIANTES DE CIENCIAS FARMACÉUTICAS DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE"

Estimado estudiante, teniendo en cuenta la estrategia del uso indebido de drogas del Ministerio de Educación Superior, y con vista a desarrollar con éxito una investigación acerca de las Sustancias Psicotrópicas, se hace necesaria su colaboración en la realización de esta encuesta, la cual tiene un carácter estrictamente confidencial y anónima, por lo que rogamos responda con la mayor sinceridad. En las 15 preguntas se dan alternativas a escoger, pudiendo seleccionar con una X todas las que considere correctas, o emitir alguna otra en caso de deseárselo, siendo usted libre de escoger sus respuestas. Tenga en cuenta que con su colaboración, ayudará a mejorar el trabajo que sobre estas sustancias se lleva a cabo. De antemano, **MUCHAS GRACIAS** por su tiempo.

SEXO: M () F () EDAD: _____ años CARRERA: _____ AÑO:

• ACERCA DE LAS SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS (DROGAS) RESPONDA:

1. Selecciones las posibles respuestas que, según su criterio, identifican a este tipo de sustancias.

Pueden ser de origen natural o sintético.

Son sustancias solamente de origen natural.

Pueden ser sustancias de uso médico o no.

No son sustancias de uso médico.

Pueden ser sustancias ilegales o legales.

Son sustancias solamente ilegales.

Tienen efectos sobre las funciones psíquicas.

Sus efectos son más beneficiosos que perjudiciales.

Son sustancias que crean tolerancia y dependencia.

Son sustancias que no causan dependencia.

2. De las sustancias que se mencionan a continuación seleccione las que considere sustancias psicotrópicas, y de éstas, circule el número correspondiente las de uso ilegal.

1. alcohol

2. cocaína

3. aspirina

4. cigarro

5. clarín

6. té

7. diazepam

8. café

9. amitriptilina

10. moriviví

11. crack

12. morfina

13. marihuana

14. meproamato

15. éxtasis

16. fenobarbital

17. metronidazol

18. clordiazepóxido

19. parkinsonil

20. sal común

3. Seleccione todos los efectos que de forma general, pueden ocasionar el consumo de estas sustancias.

euforia

depresión

incoordinación de movimiento

náuseas o vómitos

<input type="checkbox"/> desmotivación	<input type="checkbox"/> falta de aire	<input type="checkbox"/> mareo o vértigo	<input type="checkbox"/> impotencia
<input type="checkbox"/> hipertensión	<input type="checkbox"/> aborto espontáneo	otras _____	

4. Relacione los nombres de las sustancias de la columna A, con los efectos que pueden producir, relacionados en la columna B, no existiendo casos coincidentes.

-A-	-B-
1. Bebidas Alcohólicas (ron, cerveza, etc.)	<input type="checkbox"/> depresión e inhibición, provoca torpeza e incoordinación
2. Marihuana	<input type="checkbox"/> alucinaciones, visiones, estimulación y agresividad
3. Cocaína	<input type="checkbox"/> relajación, tranquilidad, estimulación y estado de alerta
4. Cigarrillo o Tabaco	<input type="checkbox"/> relaja, deprime, desinhibe, confusión y alucinante
5. Café	<input type="checkbox"/> estimulación, ansiedad, insomnio y alteraciones gástricas

5. Según su criterio, marque todas las consecuencias que trae para la sociedad y la familia, el consumo de estas sustancias.

<input type="checkbox"/> Aislamiento social	<input type="checkbox"/> Detrimiento de la economía familiar e individual
<input type="checkbox"/> Mayor comunicación	<input type="checkbox"/> Falta de cuidado e higiene personal
<input type="checkbox"/> Deterioro de la imagen pública	<input type="checkbox"/> Pérdida de viejos amigos
<input type="checkbox"/> Mayor aceptación social	<input type="checkbox"/> Conductas sociales negativas
<input type="checkbox"/> Éxito en el trabajo o el estudio	<input type="checkbox"/> Bienestar familiar Otras _____

6. Como califica el trabajo de información y prevención realizado sobre droga en su comunidad universitaria.

() 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 *máximo valor*

Tiene alguna sugerencia al respecto:

• **ACERCA DEL CONSUMO DE LAS SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS (DROGAS) RESPONDA:**

1. ¿Crees que probar una sustancia psicotrópica, es el primer paso para crear adicción o dependencia (engancharse)? Si ___ No ___ No Sé ___

a) De ser afirmativa, mencione cuáles de esas sustancias pueden provocar dicha dependencia (puede auxiliarse con el número correspondiente de la pregunta 2 de la hoja anterior): _____

2. ¿Por que crees que las personas usan estas sustancias? (Puede marcar todas las que considere)

<input type="checkbox"/> para sentirse bien	<input type="checkbox"/> para experimentar nuevas sensaciones	<input type="checkbox"/> para buscar tranquilidad
<input type="checkbox"/> por embullo	<input type="checkbox"/> para enfrentar los problemas de la	<input type="checkbox"/> para enajenarse

vida mas fácil
___ porque el medio ___ para facilitar las relaciones sexuales ___ para sentirse superior
lo permite
___ por evasión ___ para rebelarse otras: _____

a) ¿Le ha pasado a usted? Si ___ No ___

3. ¿En un grupo de amigos, es fácil negarse al ofrecimiento de cualquier sustancia psicotrópica? Si ___ No ___

a) ¿Usted ha aceptado la sustancia por influencia del grupo de amistades? Si ___ No ___

De ser afirmativa su respuesta, marque la o las razones que lo conllevaron a esto.

___ por imposición ___ para no ser criticado ___ para estar a la moda
___ para sentirme a gusto ___ para ser aceptado otras: _____

4. ¿Cualquier persona puede ser dependiente de alguna sustancia psicotrópica?

Si ___ No ___ No Sé ___

a) ¿Cuál o cuáles sustancias usted siente necesidad de consumir con regularidad?

5. En general, su posición acerca del uso de estas sustancias es el siguiente:

___ me es ___ es ___ estoy en ___ debería ___ es otra: _____
indiferente bueno contra permitirse moda
___ no lo he ___ es ___ estoy a ___ son ___ es
pensado malo favor necesarias cultura

a) De estar a favor o simpatizar con ellas, diga el por qué:

___ es elegante ___ da personalidad ___ no son tan malas ___ te hace sentir fuerte
otro: _____

6. Seleccione una respuesta para cada una de las preguntas siguientes.

a) ¿Has consumido o consumes sustancias psicotrópicas? Si ___ No ___ No Sé ___

b) ¿Has combinado más de dos sustancias? Si ___
¿Cuáles? _____ + _____ No ___

c) ¿Estás dispuesto a probar una sustancia psicotrópica ilegal? Si ___
¿Cuáles? _____ No ___ No Sé ___

d) Si fumas, ¿Cuántos cigarrillos consumes al día? _____ ¿Te gustaría dejar de hacerlo?
Si ___ No ___

e) ¿Cuáles bebidas alcohólicas prefieres? Cerveza ___ Ron ___ Otras ___ Nada ___ ¿Qué
cantidad? ___ botellas/tragos

¿Con qué frecuencia las ingieres? Diaria ___ Semanal ___ Fiestas ___ ¿Te gustaría dejar de
hacerlo? Si ___ No ___

¿Con qué frecuencia te has embriagado? Nunca ___ Poco ___ A veces ___
Regularmente ___ Muchas ___

f) Si tomas café, ¿Cuántas tazas ingieres al día? ¿Te gustaría dejar de hacerlo? Si ___ No ___

g) Si tienes algún modelo de consumo que imitas ¿cuáles? Padres__ Pareja__
Maestros__ Amigos__ otros__

7. Si consumes alguna sustancia psicotrópica, lo haces por:

__probar __experiencia __estar a la __aborrecerla __hacerlo otras
moda personas
__placer __necesidad __no ser malo __no prohibirse __satisfacer un
vicio
__embullo __se hace en __propiciar __tener onda __cambiar la
casa el sexo realidad
__divertirte __sentirte bien __no pensar __eliminar estrés __dormir otra__

8. Señale cuales de los siguientes medicamentos consumes o has consumido.

__diazepam __clorodiazepóxido __meprobamato imipramina __parkinsonil __alprazolam
__amitriptilina __clorazepam __fenobarbital __fenitoína __seroquel otros:__

a) Lo tomas por: __prescripción médica __voluntad propia ¿Para qué lo tomas?_____

b) Al tomarlas ¿Lo has combinado con alguna otra sustancia? Si__Cuál: _____
No__

c) ¿Cómo lo tomas? __diario __en fiestas __como me lo recetó el médico __a veces
__cuando las consigo

d) ¿Has sentido algún efecto en particular? Si__Cuál: _____ No__

9. De las siguientes sustancias cuáles prefiere usted para su consumo.

__alcohol __café __marihuana __chimó __moriviví __piedra __medicamentos
a té de: _____
__cigarro __cocaína __clarín __inhalante __éxtasis __bazuco otras:_____

**a) Cuando las consumes:
consumes:**

__diario __fin de semana __antes de __fiestas
exámenes
__sexo __pocas veces __muchas veces otras: _____

b) Como las

__solo __en dúo
__en grupo

ANEXO II. CLAVE DEL CUESTIONARIO VALIDADO.

En esta encuesta las preguntas tributan a las variables, según lo siguiente:

Variable	Cuestionario	Preguntas	Puntuación
Conocimiento	I	1 – 5	100 puntos en total
Consumo	II	1 – 9	No
Automedicación	II	8	No
Percepción	I	5	No
	II	1 – 5 (sin los incisos)	No
Factores específicos	II	2 – 9	No

Correspondencia de las preguntas según la variable a la que tributa:

Cuestionario	Preguntas	Variables
I	1	A
I	2	A
I	3	A
I	4	A
I	5	A, D
II	1	B, D
II	2	B, D, E

Cuestionario	Preguntas	Variables
II	3	B, D, E
II	4	B, D, E
II	5	B, D, E
II	6	B, E
II	7	B, E
II	8	B, C, E
II	9	B, E

Leyenda:

A – Conocimiento B – Consumo C – Automedicación D – Percepción E – Factores específicos

DESGLOSE DE LA PUNTUACIÓN:

CONOCIMIENTO.

1. Marca con una **X** las posibles respuestas que, según su criterio, identifican a este tipo de sustancias.

- Pueden ser de origen natural o sintético.
- Son sustancias solamente de origen natural.
- Pueden ser sustancias de uso médico o no.
- No son sustancias de uso médico.
- Pueden ser sustancias ilegales o legales.
- Son sustancias solamente ilegales.
- Tienen efectos sobre las funciones psíquicas.
- Sus efectos son más beneficiosos que perjudiciales.
- Son sustancias que crean tolerancia y dependencia.
- Son sustancias que no causan dependencia

Evaluación:

Deben marcar las opciones que se emiten, en total 5 de 10 propuestas. Cada una tiene un valor de 2 puntos, para un total de **20 PUNTOS**. Tendrá los puntos si y sólo si, marca los que debe marcar y no marca los que no.

2. De las sustancias que se mencionan a continuación marque con una X las que consideres sustancias psicotrópicas, y de éstas, circule el número correspondiente las de uso ilegal.

- | | | | |
|-----------------------|---------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| 1. <u>X</u> alcohol | 6. <u>X</u> té | 11. <u>XX</u> crack | 16. <u>X</u> fenobarbital |
| 2. <u>XX</u> cocaína | 7. <u>X</u> diazepam | 12. <u>X</u> morfina | 17. <u> </u> metronidazol |
| 3. <u> </u> aspirina | 8. <u>X</u> café | 13. <u>XX</u> marihuana | 18. <u>X</u> clorodiazepóxido |
| 4. <u>X</u> cigarro | 9. <u>X</u> amitriptilina | 14. <u>X</u> meprobamato | 19. <u>X</u> parkinsonil |
| 5. <u>XX</u> clarín | 10. <u>XX</u> moriviví | 15. <u>XX</u> éxtasis | 20. <u> </u> sal común |

Evaluación:

Cada uno tiene un valor de 1 punto, si marcan el que debe ser marcado (17 casos, excepto el punto 3, 17 y 20), se le otorga el punto, al igual que si marca el que no debe ser marcado (3 casos); perderá el punto en caso de que haga lo contrario en cualquier situación. En los casos de los puntos de los medicamentos, se valorará en la cuestión de que alguno lo circule, en correspondencia de las respuestas emitidas en otras preguntas, ya que hay que valorar que algunos individuos, consumen estos medicamentos propuestos de forma ilegal, lo cual será considerado, no en la respuesta de esta pregunta, pero si como posible consumidor de las mismas de esta forma que lo menciona. De igual manera se valorará en el punto 6 en caso de que no lo marque o lo marque doble, entonces se valorará por el evaluador si puede o no ser aceptada la respuesta, lo cual depende de la naturaleza referida. Tiene un total de **20 PUNTOS**.

3. Marque con una X todos los efectos que de forma general, pueden ocasionar el consumo de estas sustancias.

- | | | | |
|------------------------|----------------------------|---------------------------------------|----------------------------|
| <u>X</u> euforia | <u>X</u> depresión | <u>X</u> incoordinación de movimiento | <u>X</u> náuseas o vómitos |
| <u>X</u> desmotivación | <u>X</u> falta de aire | <u>X</u> mareo o vértigo | <u>X</u> impotencia |
| <u>X</u> hipertensión | <u>X</u> aborto espontáneo | otras _____ | |

4. Relacione los nombres de las sustancias de la columna A, con los efectos que pueden

Evaluación:

Deben marcar todas las opciones, costando cada uno 2 puntos. En caso de poner algún daño en otros, se le sumará un punto como ponderación, sólo en caso de no haber alcanzado el máximo de puntuación en la pregunta. con independencia del tipo de sustancias a la que se refiera. Tiene un total

producir, relacionados en la columna B.

- | | |
|---|--|
| -A- | -B- |
| 1. Bebidas Alcohólicas (ron, cerveza, etc.) | <u>1</u> depresión e inhibición, provoca torpeza e incoordinación |
| 2. Marihuana | <u>3</u> alucinaciones, visiones, estimulación y agresividad |
| 3. Cocaína | <u>4</u> relajación, tranquilidad, estimulación y estado de alerta |
| 4. Cigarrillo o Tabaco | <u>2</u> relaja, deprime, desinhibe, confusión y alucinante |
| 5. Café | <u>5</u> estimulación, ansiedad, insomnio y alteraciones gástricas |

Evaluación:

Deben enlazar todas las opciones, costando cada uno 4 puntos. Tiene un total de **20 PUNTOS**.

5. Según su criterio, marque con una **X** todas las consecuencias que trae para la sociedad y la familia, el consumo de estas sustancias.

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Aislamiento social | <input checked="" type="checkbox"/> Detrimiento de la economía familiar e individual |
| <input type="checkbox"/> Mayor comunicación | <input checked="" type="checkbox"/> Falta de cuidado e higiene personal |
| <input checked="" type="checkbox"/> Deterioro de la imagen pública | <input checked="" type="checkbox"/> Pérdida de viejos amigos |
| <input type="checkbox"/> Mayor aceptación social | <input checked="" type="checkbox"/> Conductas sociales negativas |
| <input type="checkbox"/> Éxito en el trabajo o el estudio | <input type="checkbox"/> Bienestar familiar Otras _____ |

Evaluación:

Deben marcar las opciones propuestas, y no marcar las que no; de hacer lo contrario perderá los 2 puntos que vale cada uno. En caso de poner algún daño en otras, se le sumará un punto como ponderación, sólo en caso de no haber alcanzado el máximo de puntuación en la pregunta, independientemente del tipo de sustancias a la que se refiera. Tiene un total de **20 PUNTOS**.

Evaluación General:

Al marcar correctamente las opciones, estos optarán por la mayor calificación, según la escala que se propone en la tabla que a continuación se muestra. De forma general, en ningún caso la calificación excederá la máxima puntuación. Tiene un total de **100 PUNTOS**.

Preguntas	Calificación
1	20 puntos
2	20 puntos
3	20 puntos
4	20 puntos
5	20 puntos
Total	100 puntos

Por tanto, se propone el sistema de calificación, en donde resulta lo siguiente:

Evaluación	Calificación
Conocedores	80 – 100 puntos
Conocedores con Deficiencias	60 – 79 puntos
Poco Conocedores	0 – 59 puntos

Por otro lado, las variables de CONSUMO, PERCEPCIÓN, y LOS FACTORES ESPECÍFICOS, no poseen evaluación disponible para las preguntas que tributan a ellos, ya que arrojan información valiosa de forma observacional de tipo descriptiva.

ANEXO III

✚ Antidepresivos tricíclicos + antipsicóticos

Efecto previsible:

La administración conjunta de antidepresivos tricíclicos y agentes antipsicóticos (fenotiazinas, tioxantenos o butirofenonas) puede dar lugar a una sobrestimulación del SNC, con la posible aparición de temblores o arritmias cardíacas, debido al aumento de los niveles plasmáticos del antidepresivo tricíclico.

✚ Alcohol + meprobamato

Efecto previsible:

La ingestión conjunta de meprobamato y alcohol puede conducir a un aumento del efecto depresor de ambos sobre el SNC que se manifiesta como una pérdida de la capacidad mental.



Universidad de Oriente

Facultad de Ciencias Naturales y Exactas

Departamento de Farmacia

Autoras: Isitania Pérez Rodríguez

MSc. Clara Aurora Zuñiga Moro

Correo: isitania.perez@estudiantes.uo.edu.cu

azunigam@uo.edu.cu

Prevención del consumo

Psicofármacos



Los psicofármacos se definen como sustancias químicas que modifican las sensaciones, el humor, la conciencia y otras funciones psicológicas y conductuales. Etimológicamente, esta palabra tiene su origen en dos vocablos procedentes del griego, “*psyche*” (mente) y “*tropeyn*” (tornar), haciendo referencia a las transformaciones temporales que su consumo produce sobre los estados de ánimo, de conciencia, de percepción y de comportamiento.

Los tres grandes tipos de psicofármacos más utilizados en el tratamiento de los problemas mentales son los **ansiolíticos**, los **antidepresivos** y los **neurolépticos o antipsicóticos**.

Ansiolíticos

Los primeros fármacos con efecto ansiolítico selectivo y también hipnótico fueron los barbitúricos (como por ejemplo, fenobarbital o meprobamato),

los cuales, llegaron a ser conocidos también por su riesgo de sobredosis potencialmente letal, sus propiedades para crear hábito y su capacidad para inducir dependencia física severa

Además de las benzodiacepinas, que son muy seguras y efectivas en el tratamiento de la ansiedad a corto plazo. Su uso prolongado (sobre 6 meses) puede conducir a tolerancia y dependencia.

Antidepresivos

Incluyen los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, los tricíclicos y los inhibidores de la monoamina oxidasa (IMAO), resultando efectivos en el tratamiento de la depresión y la ansiedad comórbida

Antipsicóticos

Son medicamentos calmantes usados para contrarrestar la inquietud interior, la agitación psicomotora y el insomnio severo

Interacciones psicofármacos - alcohol

Alcohol + benzodiacepinas

Efecto previsible:

La administración conjunta de alcohol y benzodiacepinas puede dar lugar a potenciación de los efectos depresores

sobre el SNC, especialmente sobre la actividad psicomotriz.

Antidepresivos tricíclicos + benzodiacepinas:

Efecto previsible:

La administración de antidepresivos tricíclicos conjuntamente con benzodiacepinas, puede dar lugar a una potenciación del deterioro del estado de alerta mental de los pacientes.

Antidepresivos tricíclicos + alcohol:

Efecto previsible:

El uso conjunto de antidepresivos tricíclicos con alcohol puede dar lugar a mayores alteraciones psicomotoras de las que cabe esperar como efecto secundario de los antidepresivos.

Antidepresivos tricíclicos + anticolinérgicos:

Efecto previsible:

La administración conjunta de anticolinérgicos con antidepresivos de tipo tricíclico puede dar lugar a una potenciación del efecto anticolinérgico

Alcohol + fenotiazinas

Efecto previsible:

El uso conjunto de alcohol y fenotiazinas puede provocar intensificación de la depresión del SNC provocada por cada uno de los agentes. En algunas personas especialmente susceptibles, se pueden desarrollar reacciones extrapiramidales.

ANEXO IV



Universidad de Oriente

Facultad de Ciencias Naturales y Exactas

Departamento de Farmacia

Autoras: Isitania Perez Rodriguez

MSc Clara Aurora Zuñiga Moro

Correo: isitania.perez@estudiantes.uo.edu.cu

azunigam@uo.edu.cu

Prevención del

consumo de Alcohol

El uso del alcohol ha sido una parte integral de muchas culturas durante miles de años. Antes de la era moderna, las bebidas alcohólicas fermentadas se consumían por tradición y se producían a pequeña escala como actividad doméstica o artesanal. Por lo tanto, beber alcohol era una actividad ocasional y comunitaria, asociada con festivales particulares

El **Alcohol** es una droga depresora del SNC que inhibe progresivamente las funciones cerebrales, produciendo inicialmente euforia y desinhibición y a continuación relajación, descoordinación motora, dificultad para hablar y asociar ideas.

Efectos del alcohol

Cuando la concentración sanguínea de alcohol alcance o supere los **3 gramos** de alcohol por litro, pueden aparecer **apatía y somnolencia**, coma e incluso **muerte por parálisis de los centros respiratorio y vasomotor**.

¿Qué afecta el consumo de alcohol?

- Las áreas del cerebro responsable del aprendizaje y la memoria

- ✚ La capacidad de estudiar y obtener buenos resultados en los exámenes
- ✚ Las habilidades verbales
- ✚ La percepción visual-espacial

La presencia continuada de alcohol en el organismo y su consumo repetido origina múltiples lesiones orgánicas, siendo la causa de la mayoría de las **cirrosis hepáticas o encefalopatías** en la edad adulta.

Factores de riesgo para el consumo de alcohol



- ✚ **Biológicos:** La predisposición genética, el riesgo genético influye sobre la predisposición a usar y desarrollar dependencia al alcohol, además puede determinar los patrones y los resultados del consumo.
- ✚ **Personales:** La edad, el estado de salud física y mental, el estrés, las creencias y expectativas acerca del alcohol, la búsqueda de sensaciones, personalidad antisocial, baja satisfacción personal, el aislamiento, actitud apática, falta de valores, inseguridad.

- ✚ **Familiares:** Las familias disfuncionales, el maltrato, los conflictos familiares, los padres consumidores o con actitud proactiva hacia el consumo, el déficit o exceso de disciplina, la falta de lazos afectivos, ausencia de responsabilidades dentro de la familia, desinterés por la educación de los hijos, mala comunicación entre los miembros de la familia.
- ✚ **Psicológicos:** Baja autoestima, ansiedad, depresión, problemas de comportamiento, bajo autocontrol, disminución de las habilidades sociales y emocionales, estilos de afrontamiento inefectivos, dependencia emocional, inseguridad, necesidad de autoafirmación, baja satisfacción o capacidad de divertirse
- ✚ **Escolares:** Comportamiento inapropiado: demasiado tímido o agresivo en clase, deficiencia en el desempeño escolar, fracaso escolar, asociación con compañeros de comportamiento desadaptativo, abandono temprano de la escuela, barreras comunicacionales y de cordialidad entre los profesores y estudiantes, aislamiento del grupo, disponibilidad de alcohol en la escuela
- ✚ **Ambientales/sociales:** Las normas o leyes sociales favorables para el consumo, fácil acceso al alcohol, deprivación económica, la publicidad, la delincuencia y marginalidad, amigos consumidores.

ANEXO V

TOLERANCIA CERO A LAS DROGAS



Universidad de Oriente

Facultad de Ciencias Naturales y Exactas

Departamento de Farmacia

Autoras: Isitania Pérez Rodríguez

MSc. Clara Aurora Zuñiga Moro

Correo: isitania.perez@estudiantes.uo.edu.cu

azunigam@uo.edu.cu

Drogas y legalidad en Cuba



Cuba no está ajena a la amenaza de la droga y sus impactos, por lo que se mantiene la voluntad política de continuar colaborando con los organismos internacionales en la materia, a la vez que cumple los compromisos asumidos como Estado.

Las acciones desplegadas como parte de la política aprobada en el Plan Maestro para el combate a los ilícitos de drogas, se sustentan en el respeto de los derechos, deberes y garantías fundamentales consagradas en la Constitución de la República.

En 1989, coincidente con la firma de la **Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988**, se creó la **Comisión Nacional de Drogas** con expresiones en todas las provincias y municipios del país, que despliega estrategias para mantener el equilibrio armónico entre la prevención y el enfrentamiento.

Sus objetivos principales

- ✚ Impedir el uso del territorio nacional para la ejecución de estos ilícitos

- ✚ Evitar afectaciones provenientes del exterior
- ✚ Brindar atención a las adicciones
- ✚ Fortalecer la educación ciudadana para la prevención
- ✚ Incrementar la divulgación en torno al tema, orientados a reducir la demanda
- ✚ Aplicar una política jurídica-penal acorde con la gravedad del delito
- ✚ Promover la colaboración internacional

Su actuación integra a los Ministerios de Justicia, Salud Pública, Educación Superior, del Interior y Turismo, el Tribunal Supremo Popular, la Fiscalía General de la República, la Aduana General de la República y las organizaciones sociales y de masas.

De igual modo, se fortalece constantemente el **Programa Nacional Integral de Prevención del Uso Indebido de Drogas (PNIPUID)**, que instrumenta las acciones en este campo en todas las provincias y municipios, incluido el trabajo comunitario y con la familia, vinculando con las actividades sectoriales que desarrolla cada institución

Programa Nacional para la Prevención del Uso Indebido de Drogas y la Drogodependencia, rectorado por el **MINSAP**; se sustenta en 3 pilares esenciales

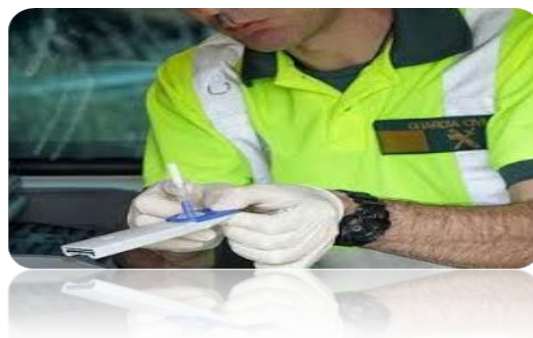
- ✚ Información, orientación, consejería y apoyo psicológico.
- ✚ Atención a personas consumidoras de drogas y sus familiares.
- ✚ Atención a las urgencias

Como parte de dicho programa desde el año 2003, se creó la **Línea Confidencial**

Antidrogas, servicio que funciona las 24 horas de forma gratuita y confidencial, a través del cual se brinda atención a las necesidades de orientación que demanda la población para casos de adicciones y otras temáticas relacionadas.

Regulación jurídica

Código Penal (Ley No. 62/87) tipifica como delito la producción, venta, demanda, tráfico, distribución y tenencia ilícita de drogas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas y otras de efectos similares, y prevé como sanción accesoria, además de la privación de libertad, la confiscación de bienes, en correspondencia con los artículos 3, 4 y 5 de la Convención de 1988.



Mediante la **Resolución Ministerial No. 67/1996 del MINSAP**, se instrumentó en el territorio nacional el reglamento para el control de precursores y sustancias químicas básicas o esenciales, estableciendo entre las medidas de fiscalización nacional, el registro nacional de operadores, régimen de autorizaciones de importación y exportación de, y la verificación de la legitimidad de las operaciones.