

Caracterización de pacientes enfermos por drogas reportados por tarjeta de Enfermedad de declaración Obligatoria, municipio Boyeros (2011-2015)

Characterization of ill patients reported by drug card notifiable disease, Boyeros municipality (2011-2015)

MSc. Rosidalia Torres Sierra,^IDra. Ana Maria Rojas Fonden,^{II}Dra. Ileana Evelin Gómez Silva^{III} MSc. Zunilda Reyes Díaz^{IV}

I Doctora en Medicina, Especialista I grado en Medicina General Integral y Máster en Toxicología Clínica. Profesora Instructora de la Facultad Enrique Cabrera, Centro Comunitario Salud Mental de Boyeros. La Habana, Cuba.

II Doctora en Medicina. Especialista de I grado en Medicina General Integral y en Psiquiatría Infanto-Juvenil. Centro Comunitario de Salud Mental de Boyeros. La Habana, Cuba.

III Doctora en Medicina. Especialista 1er Grado MGI y Psiquiatría de Adulto, Profesora Instructora de la Facultad Enrique Cabrera. Centro Comunitario Salud Mental, Boyeros. La Habana, Cuba.

IV Licenciada en Psicología, Máster en Psicología de la Salud. Profesora Asistente de la Facultad Enrique Cabrera. Centro Comunitario Salud Mental de Boyeros. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: La drogadicción, grave problema mundial, ha dejado de ser privativo de países industrializados para afectar a países en vías de desarrollo, por lo que Cuba no es ajeno a él y el municipio Boyeros también se ha visto afectado.

Objetivo: Caracterizar al paciente enfermo por consumo de drogas del municipio Boyeros.

Métodos: Se confeccionó una base de datos con los 79 pacientes reportados por tarjetas de Enfermedad de Declaración Obligatoria (EDO) en el periodo 2011-2015, quedándose 73 pacientes (4 en prisión y 2 fuera del país), a los cuales se le aplicó una entrevista diseñada para el estudio, describiendo diferentes variables cuantitativas, los datos se procesaron en computadora y los resultados se expresaron en tablas.

Resultados: El mayor reporte ocurrió en el año 2015, en el área de Wajay, predominando el consumo de múltiples sustancias y de psicofármacos. El mayor consumo se encontró entre 20 y 24 años, en el sexo masculino (82,1%), con antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos y alcoholismo, antecedentes personales de déficit de atención en la infancia, solteros, desocupados y obreros, de nivel secundario e ingresos nulos, iniciándose el mismo entre 13 y 15 años (43,8%), con una frecuencia de consumo ocasional. En la motivación predominó lograr la aceptación en el grupo de amigos (56,1%) y declararon continuar consumiendo para sentirse contentos el 80,8 %.

Conclusiones: El consumo de drogas puede considerarse como un problema que repercute a corto y largo plazos en la salud de la población del municipio Boyeros.

Palabras clave: Adicciones, drogadicción, psicofármaco, policonsumo

ABSTRACT

Introduction: Drug addiction, serious global problem, it is no longer exclusive to industrialized countries to affect developing countries, so that Cuba is not alien to him and the municipality Boyeros has also been affected.

Objective: To characterize the sick patient for drug Boyeros municipality.

Methods: A database was fabricated with 79 patients reported by cards notifiable disease (CND) in 2011-2015, up staying 73 patients (4 in prison and 2 abroad), to which was applied an interview designed for the study, describing different quantitative variables, the data were processed by computer and the results were expressed in tables.

Results: The largest report came in 2015, in the area of Wajay, predominantly multiple substance use and psychiatric drugs. The highest consumption was between 20 and 24 years in males (82.1%), with a family history of psychiatric disorders and alcoholism, personal history of attention deficit in childhood, single, unemployed and workers, secondary level and no income, beginning the same between 13 and 15 years (43.8%), with a frequency of occasional consumption. Motivation prevailed in gaining acceptance in the group of friends (56.1%) and declared to feel happy to continue consuming 80.8%.

Conclusions: The drug can be considered as a problem that affects short- and long-term health of the population of the municipality Boyeros.

Keywords: Addiction, drugs, psychotropic drug, polydrug use.

INTRODUCCIÓN

La drogodependencia representa en la actualidad un grave problema en todo el mundo. Su importancia viene determinada por el espectacular aumento del tráfico de drogas, acompañada de un incremento de su consumo, convirtiéndose en una cuestión que afecta no solo la salud pública, sino también a otros estamentos sociales, económicos, políticos y jurídicos.¹

Este fenómeno ha dejado de ser exclusivo de países industrializados y afecta cada vez en mayor medida a los países en desarrollo, sin distinguir edades, sexo, ni clases sociales.²⁻³

La incorporación masiva de la droga al estilo de vida hedónico que prolifera en las sociedades de consumo se establece con mayor nitidez a partir de la década del sesenta. Esta situación coincide con la nefasta y progresiva caracterización de la droga como mercancía de comercialización altamente rentable. Esto solo ha sido superado por el tráfico de armamentos en un mundo regido por las actuales tendencias neoliberales, donde el estilo de vida consumista pretende establecerse como paradigma.⁴

Es evidente que el consumo de drogas y los problemas que de él se derivan, no es una situación coyuntural que vaya a desaparecer en poco tiempo, todos los indicios apuntan a que la sociedad en su conjunto debe prepararse para hacer frente a largo plazo, al uso, abuso y dependencia de las drogas. En este sentido es preciso adoptar una política planificada con adecuados mecanismos de evaluación, corrección, sistematización y suficiente flexibilidad para ajustarse a las circunstancias particulares de cada momento.⁵

El consumo de drogas es un asunto complejo, resultado de múltiples determinantes que tiene consecuencias a nivel individual, familiar y colectivo y en cuya solución están implicados sectores diversos de la sociedad.⁶

En nuestros tiempos el fenómeno del uso indebido de las drogas en sus diferentes categorías ha alcanzado a nivel mundial el fatal rango de pandemia y necesita con carácter ineludible los esfuerzos de todos los hombres y mujeres de buena voluntad a nivel planetario, esfuerzos plasmados en programas integrales que incluyan gestiones no solo multidisciplinarias y multisectoriales, sino también solidarios esfuerzos multiestatales y la aplicación de medidas para evitar que junto a los riesgos actuales de catástrofes naturales, desastres bélicos capaces de borrar nuestra civilización por fisión nuclear, se llegue, por la degradación moral de la humanidad, hasta niveles tales que hagan insopportable la vida en sociedad.⁷

En varios países se han realizados trabajos de investigación sobre esta temática;⁸⁻¹² en el caso

específico de América Latina, se destacan las investigaciones sobre la prevalencia o incidencia del consumo y la dependencia de sustancias psicoactivas. En otros países como España se aprecia una panorámica más favorable porque existe un creciente interés del mundo científico por la drogodependencia, con una perspectiva multidireccional coherente, con un modelo psicosocial de intervención en esta enfermedad.¹³⁻¹⁵

En Cuba también se han realizado múltiples estudios sobre este tema, destacándose los del profesor Dr. Ricardo González, gracias a las incuestionables ventajas de nuestro sistema de salud pública, donde prevalece el interés por el bienestar del hombre, se hace posible satisfacer la necesidad de enfocar nuestras acciones hacia la prevención de salud, con la implantación de estilos de vida más saludables, que sería la garantía más valiosa de la salud del hombre del futuro. Por la importancia de lo referido anteriormente y analizando el aumento de casos de pacientes enfermos en estos últimos años, nos sentimos motivados a realizar un trabajo, donde nuestro principal objetivo sea caracterizar a los pacientes enfermos por drogas reportados por tarjetas de Enfermedad de Declaración Obligatoria (EDO), en el municipio Boyeros. De manera que se puedan precisar una serie de factores de riesgos que permitan dirigir el trabajo de promoción y prevención antes mencionado.

MATERIAL Y MÉTODOS

La investigación se llevó a cabo en el municipio Boyeros, realizándose un estudio descriptivo cuantitativo y retrospectivo de los pacientes enfermos por drogas reportados por tarjetas de Enfermedad de declaración obligatoria (EDO), en el periodo 2011-2015. Se creó una base de datos con los pacientes reportados, constituyendo un Universo de 79 pacientes, quedándonos con 73 pacientes ya que 4 estaban en prisión y 2 fuera del país. Se utilizó una entrevista estructurada, especialmente diseñada para el estudio la cual fue aplicada por las autoras del trabajo, en condiciones de privacidad, y aplicada después de haberle explicado el propósito del mismo y de obtener su consentimiento verbal. En dicha entrevista pudimos describir diferentes variables: sociodemográficas (estado civil, ocupación, escolaridad, ingresos personales), psicobiológicas (edad, sexo, APF, APP) y de consumo.

Los datos se introdujeron y procesaron en computadora, se expresaron en números absolutos y porcentajes. Los resultados se presentaron en tablas.

RESULTADOS

La distribución por edad y sexo, se detalla en la tabla 1, se entrevistaron a 73 pacientes de ellos 13 femeninos y 60 masculinos, y el grupo de edad que prevaleció fue entre 20 y 24 años (24,6%).

TABLA 1. Distribución de pacientes según edad y sexo

| EDAD | FEM | MASC | TOTAL | % |
|--------------|-----------|-----------|-----------|------------|
| 12-15 | 0 | 1 | 1 | 1,3 |
| 16-19 | 3 | 3 | 6 | 8,2 |
| 20-24 | 2 | 16 | 18 | 24,6 |
| 25-29 | 0 | 8 | 8 | 10,9 |
| 30-34 | 1 | 7 | 8 | 10,9 |
| 35-39 | 2 | 5 | 7 | 9,5 |
| 40-44 | 1 | 10 | 11 | 15,0 |
| 45-49 | 1 | 3 | 4 | 5,4 |
| 50 y más | 3 | 7 | 10 | 13,6 |
| TOTAL | 13 | 60 | 73 | 100 |

FEM: Femenino MASC: Masculino

El análisis del estado civil (tabla 2) demostró que existe mayor consumo en los solteros para ambos sexos. (41%).

TABLA 2. Distribución de pacientes según estado civil

| Estado Civil | Fem | Masc | total | % |
|------------------|-----------|-----------|-----------|------------|
| Soltero | 5 | 25 | 30 | 41 |
| Casado | 1 | 7 | 8 | 10,9 |
| Divorciado | 4 | 16 | 20 | 27,3 |
| Viudo | 1 | 0 | 1 | 1,3 |
| Unión Consensual | 2 | 12 | 14 | 19,1 |
| Total | 13 | 60 | 73 | 100 |

FEM: Femenino MASC: Masculino

Al analizar la distribución de pacientes según escolaridad (tabla 3), se destaca un predominio del nivel secundario (47,9%) y preuniversitarios (27,3%), sucesivamente para la muestra en general, sin embargo el nivel de instrucción universitario (5,4%) fue el que menos casos se reportaron.

TABLA 3. Distribución de pacientes según escolaridad

| Escolaridad | Fem | Masc | Total | % |
|-------------------|-----------|-----------|-----------|------------|
| Primaria | 1 | 13 | 14 | 19,1 |
| Secundaria | 7 | 28 | 35 | 47,9 |
| Pre universitario | 4 | 16 | 20 | 27,3 |
| Universitario | 1 | 3 | 4 | 5,4 |
| Total | 13 | 60 | 73 | 100 |

FEM: Femenino MASC: Masculino

En la tabla 4 observamos la distribución de pacientes según ocupación, donde se destaca un predominio de los desocupados (47,9 %) y obreros (20,5%) en ambos casos para el sexo masculino.

TABLA 4.Distribución de pacientes según ocupación

| Ocupación | Fem | Masc | Total | % |
|--------------------------|-----------|-----------|-----------|------------|
| Ama de casa | 7 | 0 | 7 | 9,5 |
| Desocupado | 2 | 33 | 35 | 47,9 |
| Trabajador cuenta propia | 1 | 3 | 4 | 5,4 |
| Profesional | 1 | 3 | 4 | 5,4 |
| Estudiante | 1 | 5 | 6 | 8,2 |
| Jubilado | 0 | 1 | 1 | 1,3 |
| Servicio Militar | 0 | 1 | 1 | 1,3 |
| Obrero | 1 | 14 | 15 | 20,5 |
| Total | 13 | 60 | 73 | 100 |

FEM: Femenino MASC: Masculino

Los ingresos nulos (65,7%), es el que prevalece en la muestra estudiada, o sea, en desocupados, amas de casa y estudiantes.

TABLA 5. Distribución de pacientes según sus ingresos

| Ingresos Personales | Fem | Masc | Total | % |
|------------------------|-----------|-----------|-----------|------------|
| Sin ingresos | 10 | 38 | 48 | 65,7 |
| Menos de 200 pesos | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Entre 201 y 500 pesos | 1 | 12 | 13 | 17,8 |
| Entre 501 y 700 pesos | 0 | 2 | 2 | 2,7 |
| Entre 701 y 1000 pesos | 1 | 4 | 5 | 6,8 |
| Más de 1000 pesos | 1 | 4 | 5 | 6,8 |
| Total | 13 | 60 | 73 | 100 |

FEM: Femenino MASC: Masculino

Al analizar los antecedentes patológicos familiares con el consumo de drogas observamos que el 72,6% de los entrevistados tienen antecedentes de familiares con trastornos psiquiátricos y el 60,2% antecedentes de familiares alcohólicos.

TABLA 6. Distribución de pacientes según antecedentes familiares de riesgo

| Antecedentes familiares | No. | % |
|--|-----|------|
| Familiares alcohólicos | 44 | 60,2 |
| Familiares con adicciones ilegales | 15 | 20,5 |
| Familiares con conducta suicida | 7 | 9,5 |
| Trastornos psiquiátricos | 53 | 72,6 |
| Epilepsia | 8 | 10,9 |
| Padres separados antes de 12 años | 35 | 47,9 |
| Muerte de padre o madre antes de 12 años | 7 | 9,5 |
| Violencia familiar | 21 | 28,7 |

En relación a los antecedentes personales de salud se encontró que el 67,1 % tuvo un diagnóstico de déficit de atención en la infancia.

TABLA 7. Distribución de pacientes según Historia personal

| Antecedentes Personales | No. | % |
|------------------------------------|-----|------|
| Parto difícil | 5 | 6,8 |
| Infecciones del SNC | 1 | 1,3 |
| Retraso al hablar | 0 | 0 |
| Retraso en la marcha | 2 | 2,7 |
| Convulsiones Febriles | 1 | 1,3 |
| Mojo la cama después de los 6 años | 6 | 8,2 |
| Déficit de atención | 49 | 67,1 |
| Repitó grados escolares | 7 | 9,5 |
| Trauma craneal | 16 | 21,9 |
| Intento suicida | 3 | 4,1 |
| Otros | 0 | 0 |

Al concluir la investigación, que tuvo como objeto de estudio los pacientes enfermos por drogas reportados por tarjeta de EDO, del municipio Boyeros en el periodo 2011-2015, se obtuvo que el mayor consumo se reportó en el 2015 (25 casos).

TABLA 8. Distribución de los casos según años seleccionados

| Años | No. | % |
|--------------|-----------|------------|
| 2011 | 9 | 11,3 |
| 2012 | 12 | 15.1 |
| 2013 | 15 | 18.9 |
| 2014 | 18 | 22.7 |
| 2015 | 25 | 31.6 |
| Total | 79 | 100 |

Wajay fue el área que mayor número de casos reportó por tarjeta de EDO (15 pacientes). En la distribución por sustancias consumidas prevaleció el policonsumo (26%), seguido por los psicofármacos (24,6%).

TABLA 9. Distribución de pacientes según áreas de salud y sustancias consumidas

| Área de salud | Marihuana | Cocaína | Crack | Psicofármaco | Parkinsoní | Otros medicamentos | Poli consumo | Total | % |
|-----------------------|-----------|----------|----------|--------------|------------|--------------------|--------------|-----------|------------|
| Allende | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 9 | 12 | 16,4 |
| Capdevila | 1 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 1 | 6 | 8,2 |
| Wajay | 6 | 0 | 0 | 2 | 0 | 3 | 4 | 15 | 20,5 |
| Calabazar | 1 | 2 | 3 | 0 | 0 | 2 | 4 | 12 | 16,4 |
| Boyeros | 3 | 0 | 0 | 4 | 0 | 4 | 1 | 12 | 16,4 |
| Mulgoba | 0 | 0 | 1 | 3 | 2 | 2 | 0 | 8 | 10,9 |
| Santiago de las Vegas | 2 | 0 | 1 | 3 | 0 | 2 | 0 | 8 | 10,9 |
| TOTAL | 13 | 2 | 5 | 18 | 2 | 14 | 19 | 73 | 100 |

Ante la pregunta de nuestra entrevista, la edad de inicio del consumo, el 43,8%, respondió entre 13 y 15 años, el 31,5% entre 21 y 30 años y el 15 %entre 16 y 20 años.

En el presente estudio se analizó frecuencia del consumo de drogas de abuso, siendo la forma ocasional (49,3%) la más frecuente, seguida de los días festivos con 32,8 %.

Los pacientes declararon que los motivos que los llevaron a consumir fueron en primer lugar lograr aceptación en el grupo de amigos (56,1%) y en segundo lugar, la curiosidad (38,3%) y que las causas que los llevaron a continuar consumiendo fueron, para sentirse contentos el 80,8%, y para lograr placer el 58,9% y la causa que menos prevaleció fue para mejorar el rendimiento sexual.

DISCUSIÓN

En el presente estudio predominó el consumo en el sexo masculino, lo cual se corresponde con la bibliografía revisada¹²⁻¹⁸ que refiere que el hombre es más propenso a consumir drogas que las mujeres, en nuestro medio sociocultural el hombre tiene una vida social más activa, se reúne en grupos, participa con frecuencia en actividades festivas, donde existe tendencia a combinar la droga con bebidas alcohólicas.

En cuanto a las edades apreciamos un mayor consumo de drogas de abuso entre 20 y 24 años, correspondiente a la población adulto joven, estos resultados se corresponden con los datos finales de otros autores¹⁹⁻²⁰, aunque se aprecia que cada día la población consumidora es más joven, lo cual no se evidenció en nuestro estudio, pues la muestra solo incluía los casos reportados por tarjeta de EDO.

Se plantea que ser soltero, constituye un factor de riesgo importante en el consumo de drogas de abuso,^{12,21} lo que se confirmó en este trabajo y pensamos que la causa de esto radica en que la mayoría de los solteros consumidores son adolescentes y adulto joven.

Se encontró relación con el nivel medio escolar y el consumo de drogas, resultados similares encontramos en la literatura.^{12,21,22}

En otros estudios también se encuentra que el mayor porcentaje de enfermos son desocupados y del sexo masculino, existiendo relación con abandono escolar e inestabilidad laboral.^{12,21}

En nuestro trabajo se consideró que una fémina está desocupada, cuando a pesar de estar en edad laboral y tener una profesión, no la está desempeñando.

Resulta contradictorio que el consumo sea mayor en sectores que no perciben ingresos, lo cual podría estar condicionado, para el caso de los desocupados que esta actividad esté relacionada con actividades delictivas que le permitan la adquisición de las sustancias psicoactivas o que los entrevistados respondieran a la pregunta de "ingresos personales" declarando solo la proveniente del salario y no de todo tipo de ingreso, incluso de forma irregular. No se encontraron referencia al respecto.

Los trastornos psiquiátricos y familiares alcohólicos, fueron los APP que predominaron en el estudio resultados similares encontraron otros autores como Rooney JF, Villa Hoz J.,²¹ en nuestro estudio consideramos este hallazgo lógico al ser los psicofármacos una de las sustancias más consumidas y teniendo en cuenta que los adolescentes y adulto joven siguen patrones de conducta, el tener familiares de primera línea, alcohólicas constituye un factor de riesgo importante para esta conducta. Sin embargo en otros estudios,^{17,19} el principal antecedente encontrado fue la historia en el hogar de violencia familiar.

En relación a los APP, encontramos como principal antecedente el déficit de atención en la infancia, lo que difiere de estudios revisados²⁰ en los que prevalecen la depresión y la tristeza.

Al comparar el reporte de enfermos por drogas a través de tarjetas de EDO, en los diferentes años, que se tuvieron en cuenta para el estudio, se evidencia que el mayor reporte ocurrió en el 2015. Este resultado está en correspondencia con los datos de nuestro país (comunicación personal de la Dirección Nacional Antidrogas, DNA), que expresa un considerable aumento del consumo de sustancias con fines adictivos en este último año, también coincide con este

departamento el hecho de que el consejo popular de Wajay resultara el área, que más casos reportó.

Cuando se analizan las principales sustancias consumidas, se destacan el policonsumo y los psicofármacos, estos resultados están en correspondencia con los datos finales de otros investigadores,^{16,17} en nuestro estudio la combinación de varias drogas o policonsumo puede deberse a la curiosidad que sienten los jóvenes por experimentar las reacciones que provocan estas sustancias o simplemente que consumen lo que aparezca y en el caso de los psicofármacos parece deberse a su disponibilidad y el bajo precio en el mercado ilegal.

Al analizar la edad de comienzo del consumo, nuestro resultado está en correspondencia con otros estudios,²⁰⁻²³ donde se evidencia cada día, un comienzo más precoz, esto puede estar determinado en nuestro estudio, por la curiosidad que sienten los adolescentes por experimentar sensaciones nuevas, la presión que ejercen los grupos de amigos en fiestas, comunidades cerradas, lo que también puede estar en correspondencia con la frecuencia del consumo que prevaleció en nuestro estudio: la forma ocasional y en días festivos, y ser este a la vez el motivo de la continuidad del consumo: para sentirse contento y lograr placer. Resultados que se corresponden con la bibliografía revisada.^{8-12;21}

A modo de conclusión puede expresarse que el consumo fue mayor en solteros, desocupados y obreros, con nivel de escolaridad secundario. Prevaleció el consumo en individuos de ingresos nulos, con una edad de comienzo entre 13 y 15 años, consumo con una frecuencia ocasional, para lograr aceptación en grupos de amigos y por curiosidad, los enfermos expresan que continúan consumiendo para sentirse contentos.

El año que más reporte de enfermos presentó fue el 2015, en el área de Wajay, con una prevalencia del consumo de múltiples sustancias y psicofármacos. El consumo de drogas de abuso apareció fundamentalmente en las edades entre 20 y 24 años, masculinos y con APF de trastornos psiquiátricos y alcoholismo, y APP de déficit de atención en la infancia.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo no hubiese sido posible sin el apoyo incondicional de los médicos de familia de los consultorios, a los cuales pertenecen los pacientes entrevistados, además el apoyo de los compañeros de la Dirección Nacional Antidrogas, de las expertas en informática Beatriz Ortega Hernández y Elizabeth Cruz Guerra, ambas del Hospital Psiquiátrico de La Habana, así como de los pacientes y sus familiares que muy gentilmente accedieron a participar en el estudio.

ANEXOS

Anexo 1: Entrevista

Área de salud: _____

Edad____ Sexo____

Estado Civil____ 1. Casado ____ 2. Divorciado ____ 3. Viudo
____ 4. Soltero ____ 5. Unión consensual

Escolaridad____ 1. Analfabeto ____ 2. Primaria ____ 3. Secundaria
____ 4. Pre-Universitario ____ 5. Universitario

Ocupación:____ 1. Ama de casa ____ 2. Desocupado
____ 3. Trabajador por cuenta propia ____ 4. Profesional
____ 5. Estudiante ____ 6. Servicio Militar ____ 7. Jubilado
____ 8. Obrero. 9. Otra

Ingresos Personales (mensuales):

-----sin ingresos

-----menos de 200 pesos

- entre 201 y 500 pesos
- entre 501 y 700 pesos
- entre 701 y 1000 pesos
- más de 1000 pesos

Antecedentes Patológicos Familiares:

- Familiares alcohólicos
- Familiares con adicciones ilegales
- Familiares con conducta suicida
- Familiares con trastornos psiquiátricos
- Epilepsia
- Padres separados antes de los 12 años.
- Muerte de padre o madre antes de los 12 años.
- Violencia Familiar.

Antecedentes Patológicos Personales:

- Parto difícil
- Infecciones de SNC
- Retraso al hablar
- Retraso en la marcha
- Convulsiones febriles
- Mojo la cama después de los 6 años
- Déficit de atención (niño intranquilo)
- Repitió grados escolares
- Trauma craneal (más de 1 hora inconsciente)
- Intento suicida
- Otros.

Edad de comienzo del consumo: -----

¿Qué sustancias consumes?

- Marihuana
- Cocaína
- Crack
- Psicofármaco
- Parkinsonil
- Múltiples sustancias
- Otros medicamentos.

Frecuencia con que consume:

- Diariamente
- Ocasionalmente
- Solo en días festivos.

¿Qué motivos te llevaron a consumir?

- Curiosidad
- Imitar a mis amigos
- Lograr aceptación del grupo de amigos
- Sentirse importante
- Rebelarme contra mis padres
- Me sentía solo
- Me sentía incomprendido
- Otro ¿Cuál?

¿Si continúas consumiendo, por qué lo haces?

- Para la tristeza
- Para mantenerse despierto

- Para lograr placer
 - Para sentirse contento
 - Para mejorar el rendimiento sexual
 - Otras
-

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hinojal FR, Martínez IB, González ML. Bases Médicas Legales de las Toxicodependencias. *RevEsp Drogodependencia* 2008; 19(1):49-6.
2. Informe Epidemiológico sobre el uso y abuso de sustancias psicoactivas en 16 países de América Latina y el Caribe. *Bol OF SanitPanam* 2009; 107(6):595-644.
3. Kozel NJ. Epidemiología de abuso de Drogas en Estados Unidos de América, Resumen de Métodos y Observaciones. En: OPS. *Abuso de Drogas*. Washington: 2005: 74-86.
4. González, R. *Las adicciones ante la luz de las ciencias y el símil*, Editora Política, La Habana, 2009:5.
5. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Dirección General de Salud Pública y asistencia II. Plan Sectorial sobre drogas. Madrid: 2011:5-157.
6. Washton A. *Querer no es poder*. Madrid: ConnaBoundy; 2011:40-52.
7. González, R. La incorporación de valores morales, Editorial, *Revista Cubana de Salud Pública*, PDF, 2005,31(4) oct.dic.
8. Alfaro Murillo E. *Abuso de Drogas en Costa Rica*. Recopilación de varios estudios. En: OPS. *Abuso de Drogas*. Washington: 2007: 41-4.
9. Florenziano R. *Alcoholismo y abuso de drogas: Programa de Prevención* en Santiago de Chile. En: OPS. *Abuso de drogas*. Washington: 2008:130-217.
10. Miguez HA. *Información epidemiológica sobre el uso indebido de sustancias psicoactivas, algunas estrategias aplicadas en la Argentina*. En: OPS. *Abuso de Drogas* Washington: 2008:87-109.
11. Smart RG, Patterson SD. *Comparación de abuso del alcohol, tabaco y otras drogas entre estudiantes y delincuentes en las Bahamas*. En: OPS. *Abuso de Drogas*. Washington: 2008:53-63.
12. República de Colombia. Ministerio de Justicia y Derecho. *Adicción a drogas psicoactivas en la población juvenil*: En: República de Colombia. Ministerios de justicia y derecho. *Los jóvenes, su mundo y sus representaciones: el caso de Barranquilla*. Santa Fe de Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia, 2007:68-9.
13. Fruxa Santafeliu F. *Problemática del uso del alcohol y cocaína: Una clínica psicosocial distinta*. *RevEsp Drogodependencia*. 2010:18(1):203-32.
14. Apodaca Gorostide I. *El diagnóstico como elemento crucial de las nuevas perspectivas de tratamiento para toxicómanos*. *RevEsp Drogodependencia*.2013:18(4).
15. Bueno Canignal FJ. Editorial. *La evaluación en los programas sobre drogodependencias (editorial)*. *RevEsp Drogodependencia*. 2013: 18(4): 201-02.
16. Campechano B, Galea J. *Las tendencias de la cocaína y otras drogas en la Ciudad de Nueva York*, 2006. *J. Addict-Dis*, 2008; 15(4): 1-12.
17. Dorado Pombo S. *Epidemiología de la Intoxicación Aguda*. Estudio de 851 casos habidos en 2007 en el área sur de la comunidad de Madrid, *Revista Clínica Española*, 2009; 191(3):21-5.
18. RoyoBardónada MA, Ruzafa J, Martín Moreno JM, Guallar E. *Drug and alcohol use in Spain: Comsumption habits, attitudes and opinions*. *PublicHealth* 2007;111(5): 277-84.
19. Dorado Pombo S. *Epidemiología de la intoxicación aguda*. Estudio de 613 casos habidos en 2011 en el área sur de la comunidad de Madrid, *Revista Clínica Española*, 2013; 196(3):45-8.

20. Gardner KG. Perfil demográfico de los usuarios de sustancias que buscan tratamiento Baylor de Universidad. Walo, Texas. J Drug Educ 2006; 24(4): 223-32.
 21. Rooney JF, Villa Hoz J. El consumo de drogas entre los estudiantes de 10 a 18 años. Junta de Andalucía: 2007: 32-45.
 22. Instituto Nacional de la Drogas de Abuso. El abuso de la cocaína. Serie de Capsula 2007; 82(2):3-10.
 23. entro de Intoxicaciones del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez", Informe Estadístico año 2007, Buenos Aires: 2008.
-

Recibido: 14 de febrero de 2016

Aceptado: 2 de abril de 2016

Rosidalia Torres Sierra.Centro Comunitario Salud Mental de Boyeros. La Habana, Cuba. Correo electrónico: rosidalia.torres@infomed.sld.cu