

UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

CONSUMO DE ESTIMULANTES EN

ESTUDIANTES DE MEDICINA

Investigación descriptiva de corte transversal

UNIVERSIDAD

ABIERTA
Por:
Julia Junges

INTERAMERICANA
Tutor:
Lic. Domínguez Guillermo

Octubre, 2005

RESUMEN

Tradicionalmente usados por los estudiantes para combatir la fatiga, el hambre y el desánimo, los estimulantes provocan una mayor resistencia física transitoria gracias a la activación directa del sistema nervioso central.

La presente investigación tuvo como objetivo describir la epidemiología del consumo de estimulantes discriminado en prevalencia del consumo de cafeína, tabaco y anfetaminas, y nivel de percepción en los estudiantes de medicina de la Universidad Abierta Interamericana.

Como metodología se realizó un estudio descriptivo y de corte transversal, sobre una población de 97 estudiantes de medicina de agosto – octubre de 2005.

De la presentación, análisis e interpretación de los resultados se pudo concluir que:

- ◆ todos los estudiantes de medicina consumen estimulantes, que más de la mitad consumen cafeína y tabaco a la vez, casi todos lo hacen diariamente.
- ◆ 8.92% de los estudiantes consumen anfetaminas, valor mayor al publicado por la Secretaria de Programación para la prevención de la drogadicción y la lucha contra el Narcotráfico (2.85%).
- ◆ 81% de los estudiantes que consumen diariamente uno o más estimulantes, no reconocen o no son conscientes de que ya dejaron de ser simples usuarios, para pasar al consumo abusivo o dependencia;

ABSTRACT

Usually used by the students to help against the fatigue, hunger and discourage, the stimulants provoke a better physical transitory resistance thanks to the direct activation of the central nervous system.

The current investigation had as objective to describe the epidemiology of the consumption of stimulants discriminated by prevalence of the consumption of caffeine, tobacco and amphetamines, and level of perception among the students of Medicine of "Universidad Abierta Interamericana".

As a methodology of work, a descriptive study and of transversal cut was made, among population of 97 students of Medicine, of August and October, 2005.

By the presentation, analysis and interpretation of the results we can conclude that:

- ◆ All the students of Medicine consume stimulants; more than a half of the students consume caffeine and tobacco at the same time, almost everyone do it daily.
- ◆ 8.92% of the students consume amphetamines, this value is bigger than the published by the Secretary of Programming for the prevention of drugs addiction and the fight against the Narcotraffic (2.85%)
- ◆ A lot of students that consume one or more stimulants daily, don't recognize or aren't aware that they aren't simple users anymore, now they are at the stage of abused consumism or dependency.

PREFACIO

El uso y la dependencia de sustancias son motivo de preocupación para la comunidad mundial. Se liberan guerras contra la producción y distribución de diversos tipos de drogas ilegales mientras se da menor importancia a las drogas socialmente aceptadas, las cuales igualmente producen dependencia.

Es importante aclarar, o reconocer que casi todas las personas utilizamos drogas. En lo cotidiano tomando infusiones, café; fumando, o cuando estamos enfermos y necesitamos medicación, etc.

El consumo de estimulantes es considerado en sí mismo una conducta riesgosa para la salud debido a los efectos que las drogas producen en el organismo. Si bien los estudiantes que consumen esporádicamente una droga no son adictos, el consumo ocasional suele ser el comienzo de un camino que conduce a la adicción, de modo que suelen ser considerados factores de riesgo.

Les agradezco a todos los colegas que en el momento de la recolección de datos prontamente se dispusieron a colaborar. Y a mi Tutor, Lic. Guillermo Domínguez que con su vocación de educador me orientó en la elaboración de este trabajo.

JUNGES

27/10/2005

JULIA

Bs.As.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	I
ABSTRACT.....	II
PREFACIO.....	III
INDICEGENERAL.....	IV

CAPITULOS:

1. INTRODUCCION

A. Introducción al problema.....	1
B. Variables seleccionadas.....	3

C. Delimitación del problema.....	4
D. Fondo Teórico.....	5
E. Propósitos y Objetivos.....	13

2. DISEÑO METODOLOGICO: MATERIAL Y MÉTODOS

A. Sitio donde se realizo la investigación.....	14
B. Población y muestra.....	15
C. Instrumentos y técnicas para la recolección de datos.....	16
D. Personal a cargo de la recolección de los datos.....	17
E. Métodos para el análisis estadístico de los datos.....	18

3. PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

A. Presentación, análisis e interpretación de los resultados.....19

4. CONCLUSIONES

A. Conclusiones.....35

B. Recomendaciones.....37

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

A – Introducción al problema

“Cada sociedad dispone de los estimulantes y de las drogas que se merece, que necesita y que es capaz de asimilar”

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), 'Droga' es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.

Los estimulantes son sustancias que actúan de manera primordial como estimulantes del sistema nervioso central, tienen una aplicación terapéutica relativamente limitada, pero adoptan relevancia clínica por otros motivos.

Históricamente se utilizaban para tratar varias enfermedades, sin embargo, al hacerse aparente su potencial para el abuso y la adicción, el uso médico de los estimulantes comenzó a disminuir.

Son drogas que excitan al sistema nervioso central, produciendo efectos tales como, aumento de la agudeza mental, atención, energía y del estado de vigilia; también provoca aumento de la tensión arterial, taquicardia y taquipnea.

Personas que consumen algún estimulante ocasionalmente, no creen que van a depender de ellos, pero para algunos individuos, el consumo ocasional puede convertirse en una dependencia. Además, el consumo de sustancias socialmente aceptadas (como té, mate, café, comprimidos de cafeína, energéticos, tabaco, etc.) por parte de jóvenes puede ser, algunas veces, el primer paso hacia el consumo de otras drogas, tales como la anfetamina, cocaína, etc. Algunas veces la combinación de curiosidad, conducta arriesgada y presión social puede hacer muy difícil para los adolescentes decir "no".

Las consecuencias del abuso de estimulantes pueden ser peligrosas. Cuando se toman en altas dosis de algunas sustancias repetidamente durante un corto período de tiempo, se pueden producir sentimientos de hostilidad o de paranoia. Además, el uso de dosis altas de un estimulante puede ocasiona aumento de la temperatura corporal y causar arritmias.

El presente estudio tiene como finalidad investigar el Consumo de Estimulantes en los Estudiantes de Medicina, discriminado en prevalencia del consumo de cafeína, tabaco y anfetaminas, y nivel de percepción en los estudiantes de medicina. El tipo de investigación será del tipo descriptivo y de corte transversal.

B - Variables seleccionadas

✓ Variables:

Consumo de Estimulantes en Estudiantes de Medicina

✓ Dimensiones:

Cafeína

Tabaco

Anfetaminas

Nivel de percepción

✓ Indicadores

Edad

Sexo

Edad promedio del inicio del consumo

Características del consumo

Efectos y consecuencias

Cantidad, forma y vía de administración

Uso

Abuso

Dependencia

Otras drogas

C -Delimitación del problema

¿Cual es la epidemiología del consumo de estimulantes discriminados en consumo de cafeína, tabaco, y anfetaminas y nivel de percepción en estudiantes de medicina de la Universidad Abierta Interamericana durante los meses de agosto y octubre de 2005.

D - Fondo teórico

La historia de las drogas esta ligada a la historia del ser humano. Desde la antigüedad, los pueblos han conocido las propiedades de algunas plantas para provocar estados hipnóticos o alucinatorios. Pocos grupos lingüístico-culturales escaparon de la inveterada costumbre de usar estimulantes. Estos propiciaron con sus efectos coraje para enfrentar las luchas tribales, permitieron saciar el hambre, despertaron sensaciones alucinógenas en las ceremonias religiosas celebradas para paliar una sequía y obtener el beneficio de cosechas pródigas.¹

En la segunda mitad del siglo XX, las drogas, tanto naturales como artificiales, comenzaron a tener una difusión casi masiva. El hiperdesarrollo del primer mundo, con su carga de insatisfacción y alineación, alimentó a un ejército de consumidores que buscaron en las sustancias experiencias imposibles de hallar en la vida cotidiana. También ellas fueron refugio de los débiles y enfermos, y victimizaron a jóvenes arrastrados por modas circunstanciales. En los países subdesarrollados, la frustración y la falta de perspectivas, entre otras muchas causas, siguen abonando un campo fértil para a instalación del consumo de drogas. En la mitad de la década de los sesenta la situación empeoró con la introducción de otras drogas como las anfetaminas y la cocaína.²

Muchas veces los estimulantes son usados por los estudiantes de medicina para mejorar el rendimiento en una tarea o actividad concreta, sin embargo, la energía alcanzada es ficticia y puede poner el organismo en un sobreesfuerzo. Muchos piensan que con estimulantes como las anfetaminas se estudia mejor o se puede ser un gran deportista. Aunque pocos saben que se disminuye gravemente la capacidad de atención, concentración y retención.³

Uno de los errores más difundidos en nuestras sociedades en relación con el problema de la drogadependencia es utilizar el término *droga* como vocablo genérico que agrupa a todas las drogas ilegales, reduciendo el problema a su consumo. Este error propicia que se siga eximiendo a las drogas legales, cuando en realidad éstas no sólo producen graves problemas de toda índole, sino que además su consumo precoz y masivo es una de las causas principales del inicio del consumo de las drogas ilegales (...).⁴

¹Pergola, Federico, La historia de las hierbas “malditas” de América; de drogas, estimulantes y sus efectos, Todo es Historia, N° 399, octubre 2000, Págs.28.

²Bodino, Celeste, Las Adicciones, del abuso a la dependencia; editora Longseller, primer edición, Buenos Aires, 2001, Pág. 13

³Nató, Alejandro. Las Víctimas de las Drogas, Editorial Universidad S.R.L., Pág. 42. Buenos Aires, 2001.

⁴Ibid. Pág. 25.

La cafeína y la nicotina son dos de los tres agentes psicoactivos de mayor consumo mundial (el tercer es el alcohol etílico). Las consecuencias clínicas de esta práctica son múltiples.⁵

Según la Secretaria de Programación para la prevención de la drogadicción y la lucha contra el Narcotráfico la gran mayoría de las personas han probado o consumen algún tipo de estimulantes (estudiados el tabaco y las anfetaminas; excluida del estudio, la cafeína). En el Estudio Nacional sobre sustancias Adictivas de noviembre de 1999 se constató que:

- ✓ de la población entre 16 y 64 años
 - el 67.02% habían consumido tabaco, de estos el 76.02% eran del sexo masculino y el 58.63% del femenino;
 - el 2.85% habían consumido algún tipo de anfetamina, de los cuales el 3.87% eran del sexo masculino y el 1.9% del sexo femenino;
- ✓ de los varones entre 16 y 49 años el 71 al 78% fuman o fumaron el algún momento de sus vidas, y que de las mujeres del mismo grupo etario el 61 al 67% lo hicieron.
- ✓ de los varones entre 16 y 49 años el 2.7 al 5.19% consumen o han consumido anfetaminas, y que de las mujeres del mismo grupo etario el 0.78 al 2.78% lo hicieron.
- ✓ la edad de iniciación en el uso de tabaco tiene un valor medio de 16.7 años. No se obtuvo la edad promedio de iniciación de consumo de anfetaminas
- ✓ el 33.6% de la población presentaron problemas de salud debido al uso de tabaco y el 38.9% por consumo de anfetaminas.
- ✓ el 96.2% de los consumidores de anfetaminas lo hacen vía oral.

La cafeína es un alcaloide que se encuentra en el café, cacao, gaseosas, chocolate, té, mate y medicamentos-analgésicos, estimulantes preparados dietéticos y antigripales. Su consumo se inició en tierras árabes hace casi 1000 años. Algunos advirtieron y elogiaron las propiedades estimulantes y otros la criticaron. Todos los esfuerzos fracasaron y el consumo de cafeína se expandió a todas las sociedades del mundo, alentado por la introducción de vehículos más agradables como las bebidas calientes preparadas con granos de café u hojas de té. A fines del siglo pasado se sumaron las gaseosas, que acrecentaron aún más la difusión, sobre todo

entre los jóvenes. A partir de 1914 se reemplazó la cocaína de todas las gaseosas por la cafeína, es decir, se sustituyó una droga por otra menos nociva.⁶

⁵Greden J F: Anxiety or caffeinism: A diagnostic dilemma. Am J Psychiatry 131: 1089, 1974.

⁶Jaffe J. H.: Trastornos relacionados con sustancias. En Tratado de Psiquiatría, volumen 2. 6ª edición. Pág. 754. editora Intermédica,1995.

A nivel internacional esta cifra parece ser de varios miles de millones de kilogramos anuales. Aunque las similitudes superan a las diferencias, se aprecian variaciones regionales y culturales (...). Casi el 80% de los adultos apela a la cafeína con regularidad. El consumo comienza a fines de la adolescencia o la juventud, es máximo alrededor de los 30 años y luego se estabiliza; es algo más elevado en los varones que en las mujeres.⁷

La sensibilidad de cada persona ante los efectos de la cafeína no siempre es igual: algunas personas pueden beber varias tazas de café, té o gaseosas en el lapso de una hora y no sentir ningún efecto, mientras que otras pueden presentar efectos estimulantes después de una sola taza. La cafeína no se acumula en el torrente sanguíneo o en el cuerpo, y por lo general, se excreta en pocas horas de haber sido ingerida. Puede emplearse en el tratamiento de dolores de cabeza tipo migrañoso y par aliviar, durante poco tiempo, la fatiga y la somnolencia.

Este estimulante leve es la sustancia psicoactiva más consumida en el mundo(...). Se piensa que muchos de los efectos de la cafeína se deben a antagonismo competitivo al nivel de los receptores de adenosina.⁸ En dosis baja, actúa como reforzador positivo: el consumo de 100mg de cafeína despierta cierta euforia, disminuye la somnolencia y la fatiga. Ya el consumo excesivo puede llevar a un cuadro de intoxicación, este es descrito en el Manual de Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM IV).(Anexo 1)

Pronto se adquiere tolerancia a los efectos estimulantes de la cafeína. Por lo tanto, en estudios controlados se ha producido un síndrome de supresión leve al interrumpir de manera repentina el hábito de beber a lo sumo una o dos tazas de café al día. Los síntomas consisten en sensación de fatiga, sedación y somnolencia. En el caso de dosis más altas se han informado cefalea y náuseas durante la abstinencia; es raro el vómito.⁹

En 1984 la *American Medical Association Council on Scientific Affairs*, los bebedores moderados de té o café (< 3 tazas de 235 ml) probablemente no tienen que preocuparse por su salud en relación con el consumo de

cafeína, con tal de que los demás hábitos de su estilo de vida sean moderados también. El consumo de bebidas cafeinadas por un niño puede perjudicar la nutrición al reemplazar alimentos altamente nutritivos, tales como a leche.¹⁰

⁷Greden, John F. y Pomerleau, Ovide: Trastornos relacionados con la cafeína y la nicotina en Tratado de Psiquiatría de Harold I. Kaplan, Pág. 755. MD. Editora Intermédica, 6^{ta} edición, 1995

⁸ Charles P. O'Brien, Las bases de la Farmacología Terapéutica; capítulo 24, Adicción y Abuso de Drogas. 10^{ma} edición, Volumen I Editora McGraw-Hill, 2001. Pág. 645.

⁹Silverman, K. y col.. Withdrawal syndrome alter the double-blind cessation of caffeine consumption. N. England J. Medicine, 1992, 327:1109-1114.

¹⁰ www.medlineplus.com

La historia del tabaco comenzó en 1492, con el desembarco de Cristóbal Colón en la costa de Cuba.¹¹ En América el tabaco se consideraba reparador de la fatiga y con capacidad para saciar el hambre y la sed. Para algunos investigadores sus efectos se extendían hasta el tratamiento del dolor. Así llegaron informes favorables sobre esta planta a Europa.¹² De todos los estimulantes adoptados por la civilización europea a principios de la Edad Moderna, el tabaco fue el más original, pues comportaba unas formas de consumo completamente nuevas. En el siglo siguiente, el tabaco se extendió en todo el mundo y a mediados del siglo XIX, la industria tabacalera estaba en pleno auge.

El consumo de los productos del tabaco, entre ellos cigarrillos puros, pipas y tabaco en inhalación nasal, se acompaña de una mortalidad y morbilidad mayores que las de cualquier otra exposición personal, ambiental o laboral.¹³ Las primeras referencias sobre el efecto cancerígeno del tabaco aparecen en los libros publicados en el siglo XVIII.¹⁴

El consumo de tabaco es una de las principales causas prevenibles de muerte en el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) atribuye 4.9 millones de muertes anuales al tabaco, y se prevé que esta cifra aumente a más de 10 millones de muertes anuales para el 2030.¹⁵ En todo el mundo se observan pronunciadas diferencias entre los sexos en cuanto al consumo de tabaco: La OMS calcula que el 47% de los hombres y el 12% de las mujeres fuman, de los cuales el 42% de los hombres y el 24% de las mujeres están en países desarrollados, y el 48% de los hombres y el 7% de las mujeres en países en vías de desarrollo.¹⁶

Aunque en proporción las mujeres fuman menos que los varones, la proyección lineal de la tendencia señala que a partir de 1995 el hábito predominará en las mujeres. De acuerdo con encuestas recientes, el 20% de las adolescentes fuma, en contraste con el 15% de los adolescentes. Respecto al consumo de estimulantes en general no he encontrado datos al

respecto, pero al hablar del tabaco siempre hubo un distinto nivel de consumo entre varones y mujeres.¹⁷

¹¹Bodino, Celeste. Op. Cit, Pág. 58.

¹²Pergola, Federico. Op. Cit, Pág. 31.

¹³Szczesny LB, Holbrook JH: Cigarette smoking. In Rom WH (ed): Environmental and Occupational Medicine, 2nd ed. Boston, Little, Brown, 1992, pg 1211.

¹⁴John Hill, Caution Against the Inmoderate Use of Snuff (1716?-1775); Percival Pott, Chirurgical Observations (1775), en Tabaquismo, ¿Un problema de salud pública?, Universidad de Santiago de compostela.

¹⁵Peto R, Lopez. Future worldwide health effects of current smoking patterns. In: Koop CE, Pearson CE, Schwarz MR, eds. Critical Issues in Global Health. San Francisco, Calif.: Jossey-Bass; 2001.

¹⁶Tobacco or Health: A Global Status Report. Geneva: World Health Organization. 1997.

¹⁷Pomerleau O F, Collins A C, Schiffman S. Pomerleau, C S: Why some people smoke and others do not: new perspective. J Consult Clin Psychol 61: 723, 1993.

El 40 % de la población mundial adquiere este hábito apenas terminada la infancia. El 43.2 % de los que fumaron o fuman tabaco lo hizo por primera vez entre los 12 a 15 años. El 35% se incorporó entre los 16 y 18 años. Y sólo el 17% de los entrevistados se inició en el consumo luego de los 18 años(...).¹⁸

En la Argentina el consumo aumenta considerablemente. Según estadísticas de Ministerio de Salud de la Nación, en el año 1997 se vendieron 1940 millones de paquetes de cigarrillos y en el año 1999, 1996 millones. Se analizó el período comprendido entre los años 1992 y 1994 y el porcentaje de la población que fumaba era del 35%. Los datos recogidos durante los 1998 y 1999 alcanzaba un 40%.¹⁹

La nicotina es la sustancia que desencadena el estado de dependencia hacia el tabaco, puede tener lugar a cualquier edad, pero suele aparecer semanas, meses o años después del momento de comienzo del tabaquismo. Según el Lic. Daino, “Los cigarrillos están hechos de manera de crear dependencia entre sus consumidores, el cigarrillo es la droga que con mas asiduidad se consume. Nadie se droga cada 25 minutos, el fumador si”. Para que se produzca un síndrome de abstinencia se requiere el consumo diario durante por lo menos varias semanas; menos de 24 horas después de suspenderlo aparecen las manifestaciones características.

Las razones que llevan al tabaquismo son múltiples – estimulación, actividad sensitivomotora (acto de tomar y encender el cigarrillo), relajación placentera, hábito, reducción de afectos negativos y adicción.²⁰

La Organización Mundial de la Salud informa que hay, por lo menos, 52 enfermedades asociadas al hábito de fumar. Algunas de ellas son: bronquitis, enfisema, tos seca irritativa, irritación de la laringe y faringe, halitosis, úlceras gastroduodenales, náuseas y vómitos, leucemia, embolias, angina de pecho, infarto cardíaco, etc.

La abstinencia se clasifica como trastorno inducido por la nicotina. Requiere el consumo diario durante por lo menos varias semanas. Menos de 24 horas después de suspenderlo o reducirlo, aparecen manifestaciones características (Anexo 2), más intensas en los fumadores de cigarrillos que en los que utilizan otros productos que contienen nicotina.²¹

¹⁸Nató, Alejandro. Op. Cit, Pág. 38.

¹⁹Clarín, 16 de octubre de 2000, Págs. 28 y 29, sección Información general.

²⁰Jaffe J. H.. Op Cit, Pág.760.

²¹Ibid, Págs.761 - 762.

Dentro de los estimulantes mayores están las anfetaminas, sintetizadas en 1887, comenzó a usarse en 1932 para contraer mucosas. En 1935 se identificaron sus propiedades estimulantes centrales, útiles en el tratamiento de la narcolepsia. Muy pronto se sugirieron otras aplicaciones.²² La difusión del consumo de estas sustancias tuvo lugar durante la Segunda Guerra Mundial, en que fueron utilizadas por combatientes (especialmente aviadores). En el momento actual existe un descenso importante en su consumo debido a la acertada política sanitaria que ha restringido las posibilidades de adquisición de los preparados farmacéuticos, aunque persiste un mercado ilícito a partir de preparados producidos en laboratorios clandestinos.²³

La ausencia de restricciones en su dispensación provocó en nuestro país un aumento de su consumo, sobre todo en la década del 60. Sus propiedades estimulantes fueron aprovechadas por estudiantes y sus propiedades anorexizantes, para las curas de adelgazamiento; los conductores profesionales de camiones que atraviesan grandes distancias por la noche, lo hacen para permanecer despiertos y alertas, pasándose de un consumo ocasional a un patrón de consumo habitual en un 10% de los casos. Se advirtió entonces la toxicidad potencial de estos agentes, en especial por vía endovenosa(...). En la década siguiente los controles se tornaron cada vez más estrictos.²⁴

Anfetamina, dextroanfetamina, metanfetamina, fenmetrazina, metilfenidato y dietilpropión producen efectos subjetivos semejantes a aquellos causados por la cocaína. Las anfetaminas incrementan la cantidad de dopamina sináptica, ante todo al estimular la actividad presináptica más que bloquear la recaptación, como sucede con la cocaína.²⁵ Se prescriben casi con exclusividad en el tratamiento de la narcolepsia y el trastorno por déficit de la atención con hiperactividad. Algunas sustancias similares se

utilizan como supresores del apetito, pero en algunos estados esta indicación es ilegal.²⁶

Según estimaciones de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), hay cerca de 200 millones de personas que consumen alguna sustancia ilícita. El cannabis es la sustancia ilícita más consumida, seguida de las

²²Glass I B, editor: The Internacional Handbook of Addiction Behavior. Routledge, New York, 1991.

²³Osuna, E, y Luna, A: Adolescent drug abuse and antisocial behavior. Med. Law, 7, 365-370, 1988.

²⁴Gisbert, Calabuig, J.A.: Medicina Legal y Toxicología, 4ª ed. Salvat Editores, Barcelona, 1991.

²⁵Charles P. O'Brien. Op. Cit, Pág. 645.

²⁶Jaffe J H: Drug addiction and drug abuse. In Goddman and Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics, ed B, A G Gilman, TW Rail, A S Nies, P Taylor, editors, p 522. Pergamon, New York, 1990.

anfetaminas. El consumo de sustancias ilícitas es una actividad predominantemente masculina, mucho más que el consumo de cigarrillos o alcohol, y también tiene mayor prevalencia entre los jóvenes que en los grupos de mayor edad.

En las dos últimas décadas el consumo de anfetaminas varió mucho. El consumo de estas drogas siempre fue superior al de cocaína, pero las tasas elevadas de 1982 – habitual del 28% y de los últimos 30 días del 11% - se redujeron al 14 y 2.3% en 1992(...).²⁷ La Encuesta Nacional de Hogares sobre Abuso de Drogas (NSDUH) del 2003 calcula que hubo 12.3 millones de americanos de 12 años en adelante que habían probado la metanfetamina por lo menos una vez en sus vidas (5.2% de la población) y que la mayoría de los que habían usado en el año anterior tenían entre 18 y 34 años de edad. Se observó una disminución significativa en el uso en el año anterior entre los adolescentes de 12 a 17 años de edad.

Según NIDA (Nacional Institute on Drug Abuse), las anfetaminas se consumen por vía oral, intranasal (inhalaando polvo), intravenosa o pulmonar (fumándola); y las acciones sobre el sistema nervioso central que resultan del consumo incluso de pequeñas cantidades incluyen, prolongación del estado de vigilia, mayor actividad física, disminución del apetito, aumento de la actividad respiratoria y cardiaca, hipertermia y euforia.

Las anfetaminas también pueden inducir malformaciones fetales y síntomas de abstinencia en el neonato.²⁸

Desarrollan tolerancia en un corto período y provocan necesidad de aumentar paulatinamente el consumo para obtener los mismos resultados iniciales con el riesgo de llegar a la intoxicación. Producen también dependencia y al dejar el consumo se produce el síndrome de abstinencia. (Anexo 3).

No todos los que utilizan estos fármacos por otros motivos progresan al abuso y dependencia. El riesgo absoluto es incierto, pero se estima que es suficiente para desalentar el consumo. Un trabajo clásico publicado en 1976 evaluó el consumo de drogas en una muestra representativa de jóvenes. El 73% nunca había usado anfetaminas, pero del 27% que las había probado, casi el 10% recurría a ellas a diario.²⁹

²⁷Jaffe J. H. Op Cit, pág.525.

²⁸Rubinstein M. et al: Mice lacking dopamine D4 receptors are supersensitive to ethanol, cocaine, and methamphetamine. Cell90:991, 1997.

²⁹Jaffe J H. Op Cit, Pág. 750.

El consumo de sustancias psicoactivas es considerado en sí mismo una conducta riesgosa para la salud debido a los efectos que las drogas producen en el organismo(...). Si bien los individuos que consumen esporádicamente una droga no son adictos, el consumo ocasional suele ser el comienzo de un camino que conduce a la adicción, de modo que estas personas son consideradas factores de riesgo.³⁰

Según Bodino, los especialistas reconocen que el camino que desemboca en una adicción pasa por varias etapas previas: la abstinencia, la experimentación, el consumo social y por fin se hace adicto. Esta secuencia, se distinguen tres estadios:

- I. Uso: mero consumo de una sustancia en pequeñas cantidades y sin regularidad en el tiempo.
- II. Abuso: aumento importante en cantidad y frecuencia del consumo sustancias que se traduce en consecuencias adversas recurrentes y significativas.
- III. Dependencia: un síndrome que se manifiesta con un patrón conductual que otorga mayor prioridad al consumo de una droga psicoactiva dada que a otros comportamientos que en su momento tuvieron mayor valor.³¹ Se desarrolla una tolerancia, que obligará a aumentar la dosis para volver

a obtener el efecto inicial buscado y existe un deseo imperativo de consumir, deseo muy difícil de controlar.³²

³⁰Bodino, Celeste. Op. Cit, Págs. 24-25.

³¹ Jaffe J. H. Op. Cit Pág.715.

³² Bodino, Celeste. Op. Cit Pág. 25.

E – Propósitos y Objetivos

Propósitos:

Determinar el consumo de estimulantes discriminado en prevalencia y tipo de consumo de estimulantes en estudiantes de medicina de la Universidad Abierta Interamericana a fin de ser presentado ante las autoridades correspondientes y evalúen los mecanismos de prevención si así lo creyeran necesario.

Objetivos Generales:

- Identificar la prevalencia en el consumo de cafeína, tabaco y anfetaminas.
- Describir el nivel de percepción en uso, abuso y dependencia.
- Definir el consumo de otras drogas.

Objetivos Específicos:

- Identificar la edad y el sexo
- Caracterizar la edad de inicio del consumo
- Determinar las características del consumo
- Describir efectos y consecuencias
- Caracterizar tipos de estimulantes empleados
- Determinar la cantidad, forma y vía de administración

CAPITULO II

DISEÑO METODOLÓGICO: MATERIAL Y MÉTODOS

A – Sitio donde se realizó la investigación

La investigación fue llevada a cabo en la Universidad Abierta Interamericana con los alumnos de medicina de la Cursada de Investigación Aplicada y Formulación de Proyectos.

La UAI, Universidad Abierta Interamericana, forma parte del grupo Vanguardia Educativa "VANEDUC", entidad no confesional dedicada al asesoramiento e investigación educativa desde 1942. Con más de 5 décadas de trayectoria, dicha Institución posee 1.200.000 m² de infraestructura, conformados por: 20 Colegios, Gimnasios, Campos de Deportes, Oficinas, y la Universidad. Equipados con tecnología de avanzada, ofrece 7 bibliotecas / videotecas, más de 30 laboratorios de Informática multimedia, equipados con más de 2500 PC, conectadas en una red con intranet y con salida a internet, laboratorios de Medicina, Anatomía, Bioquímica, Patología, Histología, Microbiología, Electromagnetismo e idiomas y 1 estudio de TV. Conforman su personal permanente más de 3.200 educadores altamente capacitados que reciben actualización constante en cada área del conocimiento.

La UAI, fundada en 1995, es miembro de la Asociación Universitaria Iberoamericana de Postgrado, cuenta con acreditaciones de organizaciones Nacionales e Internacionales no gubernamentales de educación entre ellas: ADEEPRA (Asociación de Entidades Educativas Privadas Argentinas), FAEPLA (Federación de Asociaciones Educativas de Latinoamérica y el Caribe), COMEP (Confederación Mundial de Enseñanza Privada) y culmina el ciclo de un proyecto educativo que abarca desde la educación maternal hasta la educación superior universitaria y de postgrados. Actualmente la Universidad cuenta con 20.000 alumnos y sólo en el área de Sistemas, con 1.700 alumnos matriculados, en cuatro de sus Sedes.

B – Población y muestra

La población estudiada fueron los alumnos de las comisiones de la Cursada de Investigación Aplicada y Formulación de Proyectos de la Carrera de Medicina de la Universidad Abierta Interamericana, en los meses de agosto a octubre de 2005. Como muestra, una muestra representativa, al azar del 60%.

la clase, los alumnos completaron a modo de múltiple choice las preguntas elaboradas.

Los alumnos fueron invitados a responder la encuesta, lo hicieron en forma voluntaria y anónima. Mientras contestaban las preguntas estuvo en el ámbito la autora del trabajo, a la cual algunos concurrieron para sacar alguna eventual duda.

E – Métodos para el análisis estadísticos de los datos

Posteriormente a la recolección de datos se procedió al procesamiento de los mismos para darle forma recabada, así haciéndola útil para el cumplimiento nuestros objetivos.

Se utilizó el programa Microsoft Excel para realizar los cruces de las variables y confeccionar tablas y gráficos de tortas y barras para expresar los resultados obtenidos.

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

A – Presentación, análisis e interpretación de los resultados

Tabla n • 1: Estudiantes de Medicina entrevistados discriminados por sexo.

FEMENINO	53.57%
MASCULINO	46.42%

Fuente de datos: encuestas aplicadas a estudiantes de medicina de la Universidad Abierta Interamericana.



Discusión, análisis e interpretación:

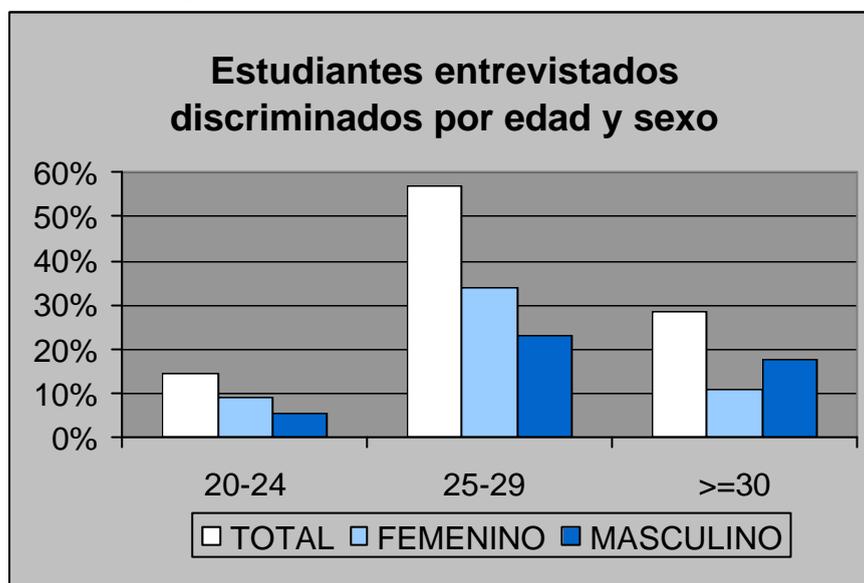
Del total de la población entrevistada, el 54% corresponden al sexo femenino y el 46% al sexo masculino.

Aunque en proporción las mujeres fuman menos que los varones, la proyección lineal de la tendencia señala que a partir de 1995 el hábito predominará en las mujeres. De acuerdo con encuestas recientes, el 20% de las adolescentes fuma, en contraste con el 15% de los adolescentes. Respecto al consumo de estimulantes en general no he encontrado datos al respecto, pero al hablar del tabaco siempre hubo un distinto nivel de consumo entre varones y mujeres.^a Respecto al consumo de anfetaminas, del 2.85% de la población entre 16 y 64 años que habían consumido algún tipo de anfetamina, el 3.87% eran del sexo masculino y el 1.9% del sexo femenino.^b

Tabla n • 2: Estudiantes de medicina entrevistados discriminados por edad y sexo.

	20-24	25-29	>=30
TOTAL	14.28%	57.14%	28.57%
FEMENINO	8.92%	33.92%	10.71%
MASCULINO	5.35%	23.21%	17.85%

Fuente de datos: encuestas aplicadas a estudiantes de medicina de la Universidad Abierta Interamericana.



Discusión, análisis e interpretación:

La encuesta fue presentada con tres grupos etarios, de 20 a 24, de 25 a 29 y >=30 años. En el primer grupo se encontró el 14.28% de los alumnos, de ellos, el 8.92% del sexo femenino y 5.35% del masculino. La mayoría, el 57.14% pertenecen al segundo grupo, el 33.92% mujeres y 23.21% varones. Con edad >=30 años, el 28.57% de los estudiantes, con 10.71% del sexo femenino y 17.85% del masculino.

El consumo de cafeína comienza a fines de la adolescencia o la juventud, es máximo alrededor de los 30 años y luego se estabiliza; es algo más elevado en los varones que en las mujeres.^c

^aPomerleau O F, Collins A C , Schiffman S. Pomerleau, C S: Why some people smoke and others do not: new perspective. J Consult Clin Psychol 61: 723, 1993.

^bEstudio Nacional sobre sustancias adictivas, Secretaría de Programación para la Prevención de la drogadicción y la lucha contra el Narcotráfico, Argentina, 1999.

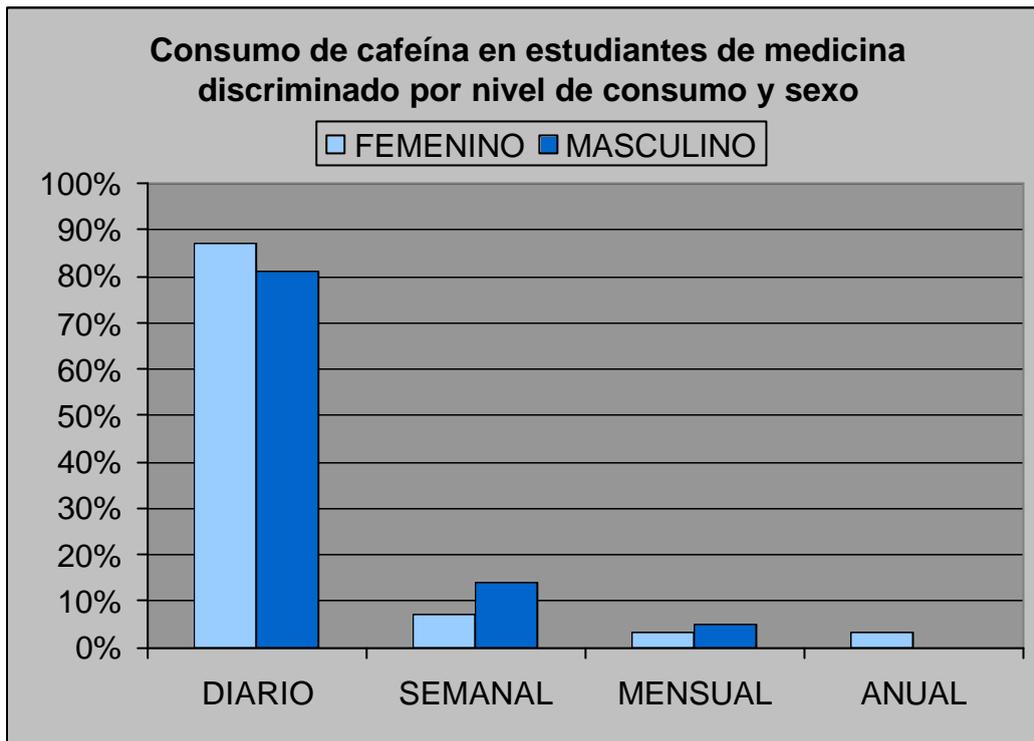
^cGreden, John F. y Pomerleau, Ovide: Trastornos relacionados con la cafeína y la nicotina en Tratado de Psiquiatría de Harold I. Kaplan, Pág. 755. MD. Editora Intermédica, 6^{ta} edición, 1995.

Tabla n • 3: Consumo de cafeína en estudiantes de medicina discriminado por nivel de consumo.

	FEMENINO	MASCULINO
DIARIO	87%	81%
SEMANAL	7%	14%
MENSUAL	3%	5%

ANUAL	3%	0%
-------	----	----

Fuente de datos: encuestas aplicadas a estudiantes de medicina de la Universidad Abierta Interamericana.



Discusión, análisis e interpretación:

A nivel internacional el consumo promedio diario de todas las fuentes de cafeína es de varios miles de millones de kilogramos anuales. Aunque las similitudes superan a las diferencias, se aprecian variaciones regionales y culturales. Casi el 80% de los adultos apela a la cafeína con regularidad.^d

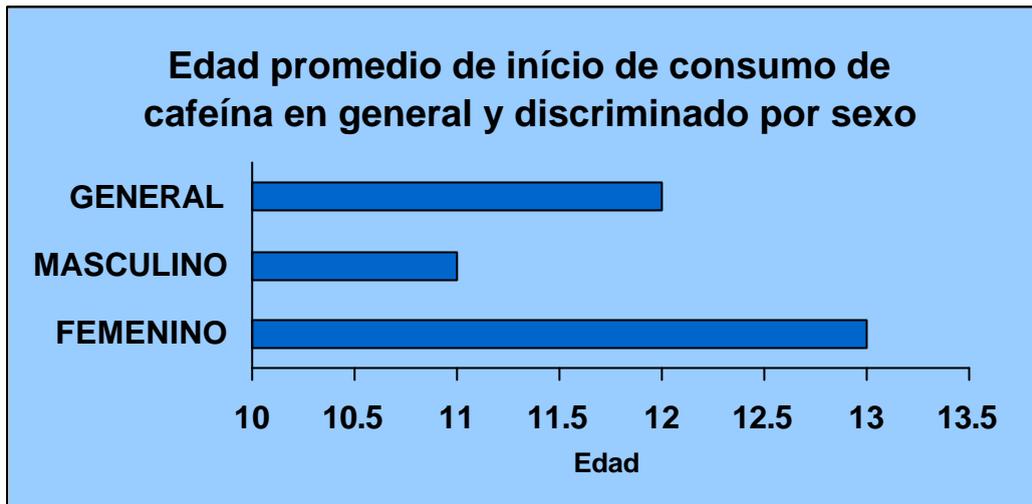
Entre los estudiantes de medicina es muy frecuente el consumo de esta droga, el 87% de las mujeres y el 81% de los varones la consumen diariamente.

Tabla n • 4: Edad promedio de inicio de consumo de cafeína discriminada por sexo.

GENERAL	12
FEMENINO	13
MASCULINO	11

Fuente de datos: encuestas aplicadas a estudiantes de medicina de la Universidad Abierta Interamericana.

^dIbid Pág.755.



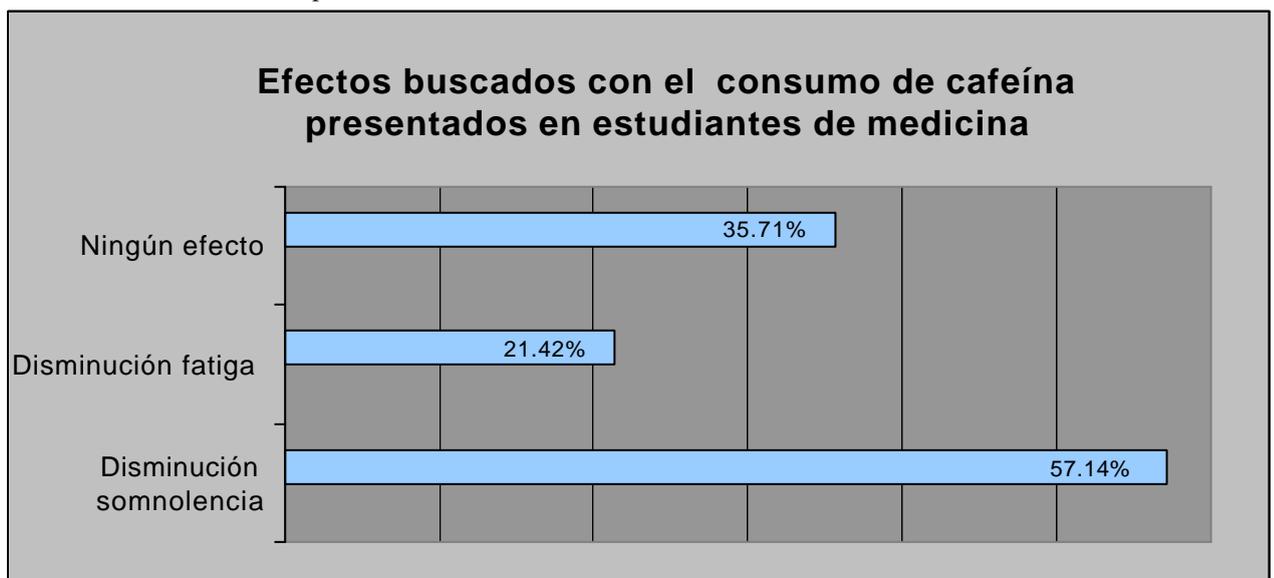
Discusión, análisis e interpretación:

El consumo de cafeína comienza a fines de la adolescencia o la juventud, es máximo alrededor de los 30 años y luego se estabiliza...^e La edad promedio en general del inicio de consumo de cafeína fue de 12 años, los varones empezaron a los 11 años y las mujeres a los 13.

Tabla n • 5: Efectos buscados con el consumo de cafeína presentados en estudiantes de medicina.

Disminución somnolencia	57.14%
Disminución fatiga	21.42%
Ningún efecto	35.71%

Fuente de datos: encuestas aplicadas a estudiantes de medicina de la Universidad Abierta Interamericana



^e Ibib, Pág. 755.

Discusión, análisis e interpretación:

El 35.71% de los entrevistados consume cafeína a pesar de no les producir ningún efecto, la consumen por un simple hábito. Ya el 21.42% refiere disminución de la fatiga y la mayoría, el 57.14%, refiere disminución de la somnolencia.

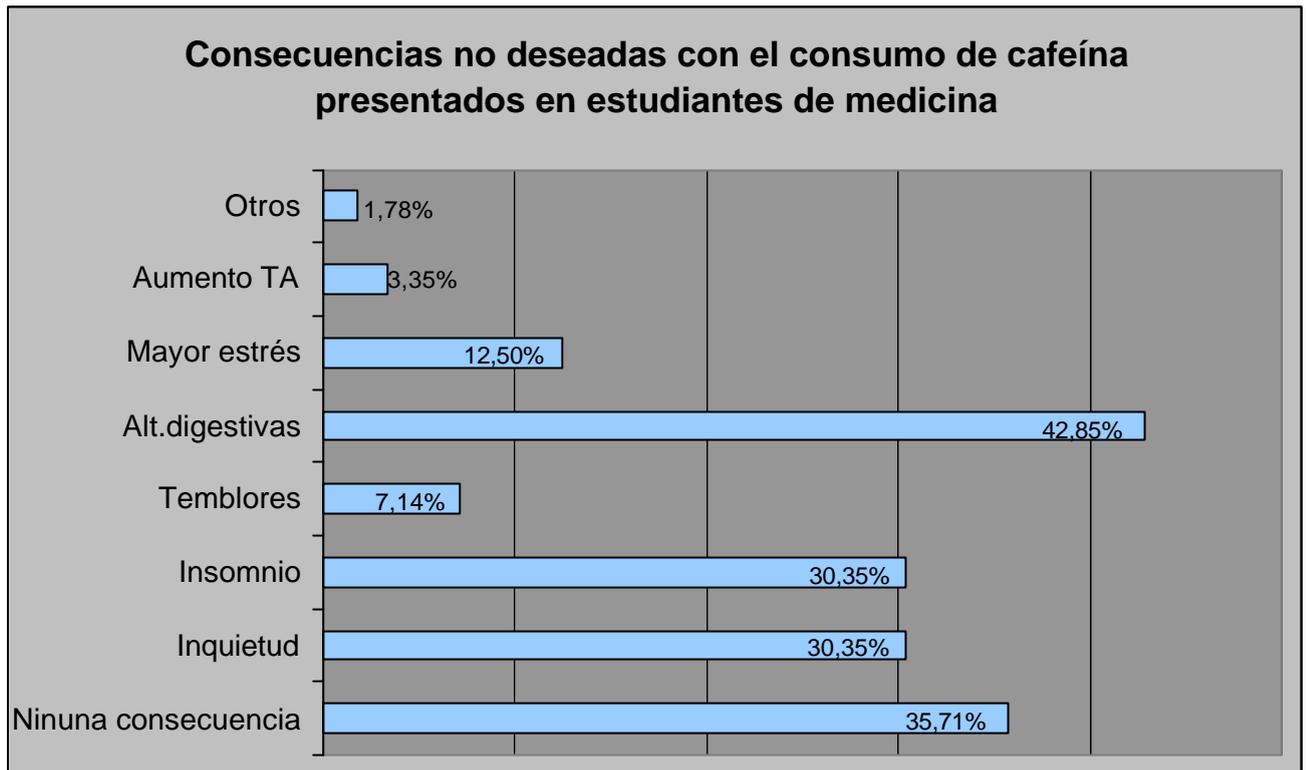
La sensibilidad de cada persona ante los efectos de la cafeína no siempre es igual: algunas personas pueden beber varias tazas de café, té o gaseosas en el lapso de una hora y no sentir ningún efecto, mientras que otras pueden presentar efectos estimulantes después de una sola taza.

En dosis baja, actúa como reforzador positivo: el consumo de 100mg de cafeína despierta cierta euforia, disminuye al somnolencia y la fatiga.

Tabla n • 6: Consecuencias no deseadas con el consumo de cafeína presentados en estudiantes de medicina.

Ninguna consecuencia	35.71%
Inquietud	30.35%
Insomnio	30.35%
Temblores	7.14%
Alt. digestivas	42.85%
Mayor estrés	12.50%
Aumento TA	3.35%
Otros	1.78%

Fuente de datos: encuestas aplicadas a estudiantes de medicina de la Universidad Abierta Interamericana.



Discusión, análisis e interpretación:

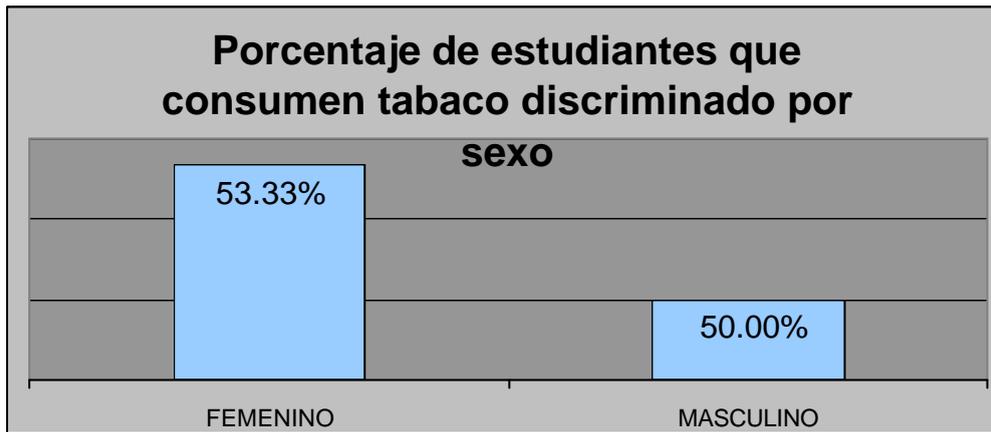
La mayoría de los estudiantes citó algún tipo de consecuencia del consumo de cafeína, de ellas la más frecuente son las alteraciones digestivas, en el 42.85%. Insomnio e inquietud se presentan en el 30.35% de ellos y el 35.71% dice no presentar ninguna consecuencia.

El consumo excesivo puede llevar a un cuadro de intoxicación. Puede presentar, inquietud nerviosismo, excitación, insomnio, diuresis, taquicardia o arritmia cardiaca, etc.^f

Tabla n • 7: Porcentaje de estudiantes que consumen tabaco discriminado por sexo.

FEMENINO	53.33%
MASCULINO	50.00%

Fuente de datos: encuestas aplicadas a estudiantes de medicina de la Universidad Abierta Interamericana.



Discusión, análisis e interpretación:

En todo el mundo se observan pronunciadas diferencias entre los sexos en cuanto al consumo de tabaco: La OMS calcula que el 47% de los hombres y el 12% de las mujeres fuman, de los cuales el 42% de los hombres y el 24% de las mujeres están en países desarrollados, y el 48% de los hombres y el 7% de las mujeres en países en vías de desarrollo.^g El mayor porcentaje de estudiantes de medicina fumadores, corresponde al sexo femenino, el 53.33%, mientras que del sexo masculino el 50% fuman, hecho que no corrobora con los datos de la OMS de 1997.

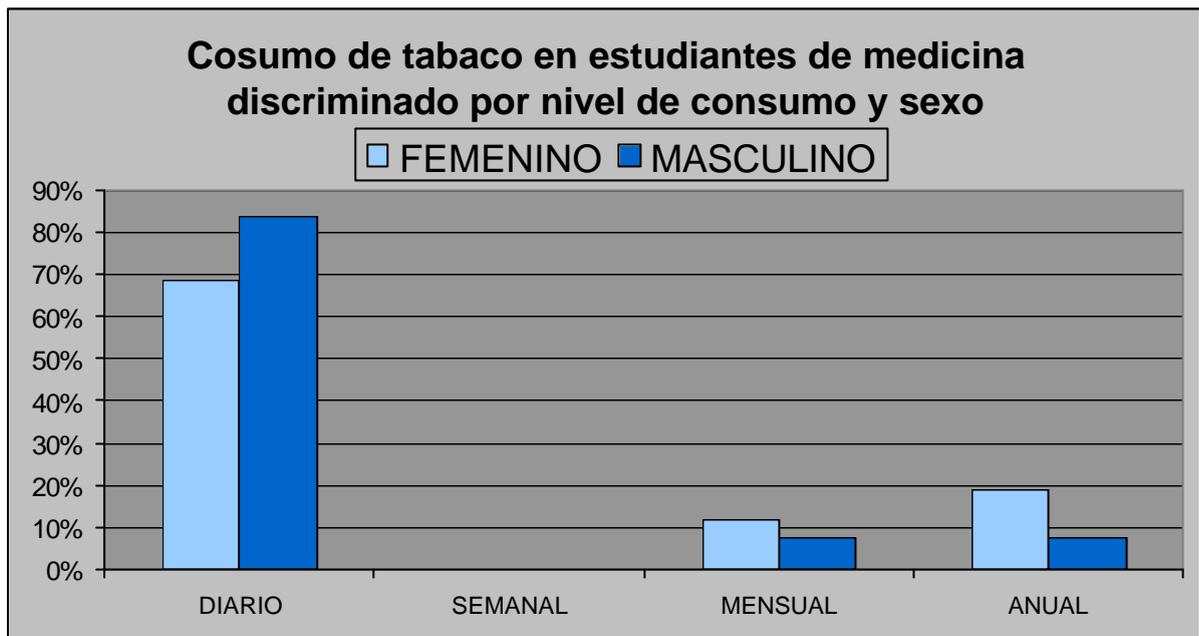
^f Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (Anexo 1)

^g Tobacco or Health: A Global Status Report. Geneva: World Health Organization. 1997.

Tabla n° 8: Consumo de tabaco en estudiantes de medicina discriminado por nivel de consumo y sexo.

	FEMENINO	MASCULINO
DIARIO	69%	84%
SEMANAL	0%	0%
MENSUAL	12%	8%
ANUAL	19%	8%

Fuente de datos: encuestas aplicadas a estudiantes de medicina de la Universidad Abierta Interamericana.



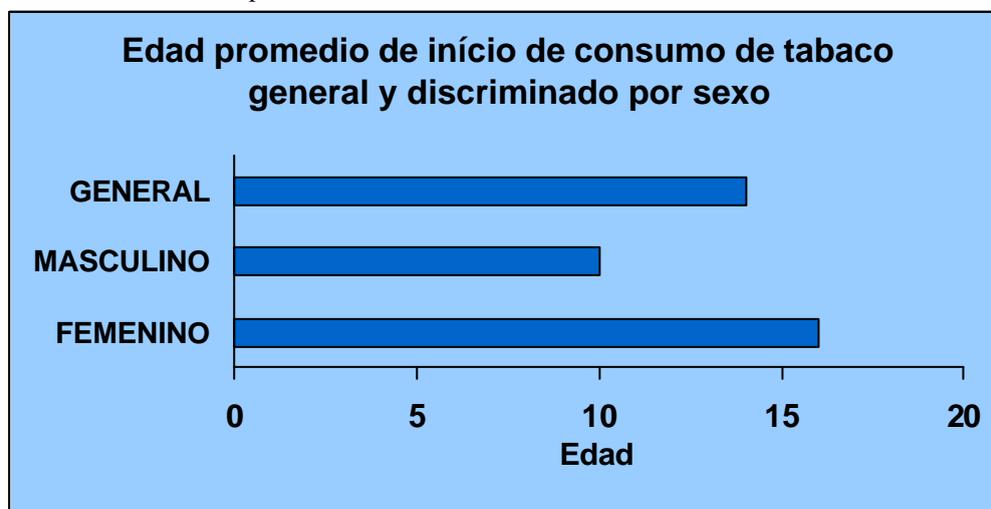
Discusión, análisis e interpretación:

Según el Lic. Daino, “Los cigarrillos están hechos de manera de crear dependencia entre sus consumidores, el cigarrillo es la droga que con mas asiduidad se consume. Nadie se droga cada 25 minutos, el fumador si”. De hecho, el 84% de los varones y el 69% de las mujeres fumadoras recurren al cigarrillo diariamente para satisfacer a su anhelo.

Tabla n • 9: Edad promedio de inicio de consumo de tabaco general y discriminado por sexo.

FEMENINO	16
MASCULINO	10
GENERAL	14

Fuente de datos: encuestas aplicadas a estudiantes de medicina de la Universidad Abierta Interamericana.



Discusión, análisis e interpretación:

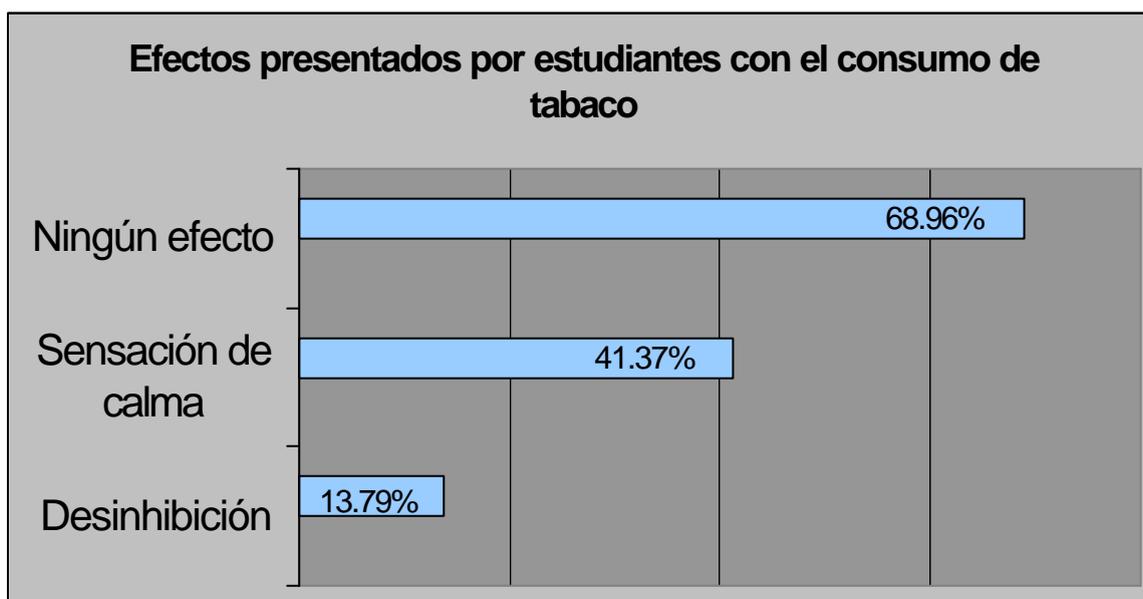
El 40 % de la población mundial adquiere este hábito apenas terminada la infancia. El 43.2 % de los que fumaron o fuman tabaco lo hizo por primera vez entre los 12 a 15 años. El 35% se incorporó entre los 16 y 18 años. Y sólo el 17% de los entrevistados se inició en el consumo luego de los 18 años(...).^h

Entre los varones entrevistados, la edad promedio de inicio de consumo fue a los 10 años y las mujeres de 16 años.

Tabla n • 10: Efectos presentados por estudiantes con el consumo de tabaco.

Desinhibición	13.79%
Sensación de calma	41.37%
Ningún efecto	68.96%

Fuente de datos: encuestas aplicadas a estudiantes de medicina de la Universidad Abierta Interamericana.



^hNató, Alejandro. Las Víctimas de las Drogas, Editorial Universidad S.R.L., Pág. 38. Buenos Aires, 2001.

Discusión, análisis e interpretación:

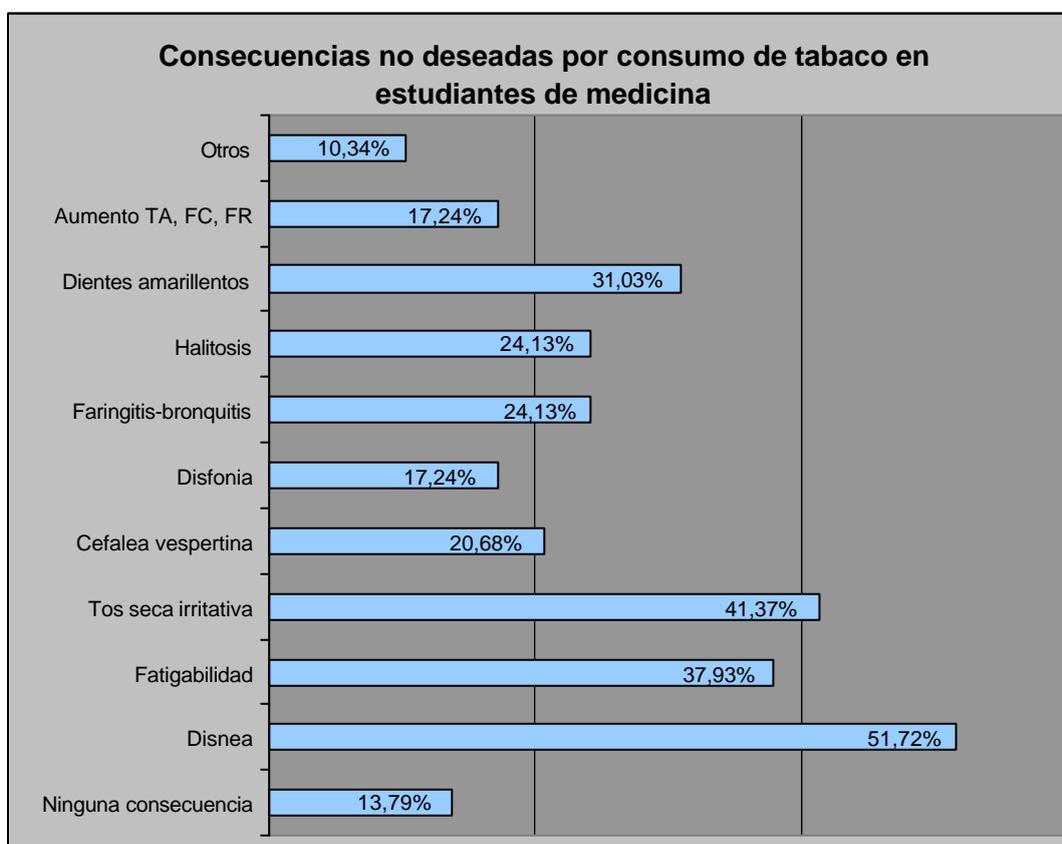
La mayor parte de los entrevistados (68,96%) relataron no presentar ningún efecto por el consumo de tabaco, 41,37% obtuvieron sensación de calma y solamente el 13,79% presentaron desinhibición.

Las razones que llevan al tabaquismo son múltiples – estimulación, actividad sensitivomotora (acto de tomar y encender el cigarrillo), relajación placentera, hábito, reducción de afectos negativos y adicción.ⁱ

Tabla n • 11: Consecuencias no deseadas por consumo de tabaco en estudiantes de medicina.

Ninguna consecuencia	13.79%
Disnea	51.72%
Fatigabilidad	37.93%
Tos seca irritativa	41.37%
Cefalea vespertina	20.68%
Disfonia	17.24%
Faringitis-bronquitis	24.13%
Halitosis	24.13%
Dientes amarillentos	31.03%
Aumento TA, FC, FR	17.24%
Otros	10.34%

Fuente de datos: encuestas aplicadas a estudiantes de medicina de la Universidad Abierta Interamericana.



¹Jaffe J. H.: Trastornos relacionados con sustancias. En Tratado de Psiquiatría, volumen 2. 6ª edición. Pág. 760. editora Intermédica,1995.

Discusión, análisis e interpretación:

Las consecuencias más frecuentes presentadas en el gráfico son referentes al aparato respiratorio, la disnea (51.72%), la tos seca irritativa (41.37%) y los cuadros de faringitis y bronquitis (24.13%). También cobran gran importancia la fatigabilidad (37.93%) y la coloración amarillenta de los dientes (31.03%). De esta tabla sólo el 13.79% de los

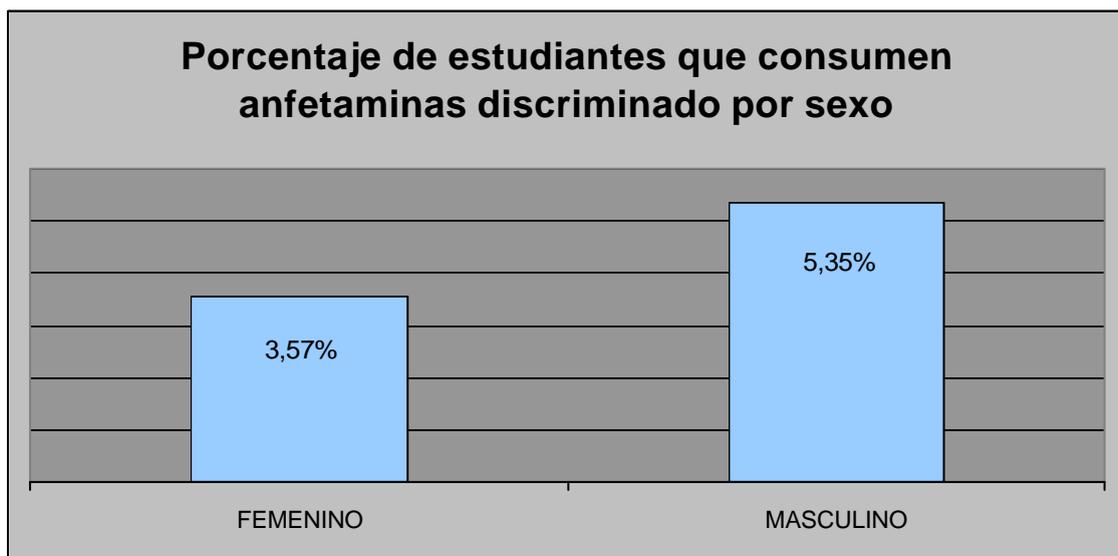
entrevistados no presentaron sintomatología como consecuencia de la droga.

La Organización Mundial de la Salud informa que hay, por lo menos, 52 enfermedades asociadas al hábito de fumar. Algunas de ellas son: bronquitis, enfisema, tos seca irritativa, irritación de la laringe y faringe, halitosis, úlceras gastroduodenales, náuseas y vómitos, leucemia, embolias, angina de pecho, infarto cardíaco, etc.

Tabla n • 12: Porcentaje de estudiantes que consumen anfetaminas discriminado por sexo.

Fuente de datos: encuestas aplicadas a estudiantes de medicina de la Universidad Abierta Interamericana.

FEMENINO	3,57%
MASCULINO	5,35%



Discusión, análisis e interpretación:

La mayoría de los consumidores de anfetaminas corresponden al sexo masculino (5.35%), pero las mujeres no quedan mucho atrás, son el 3.57% de las entrevistadas.

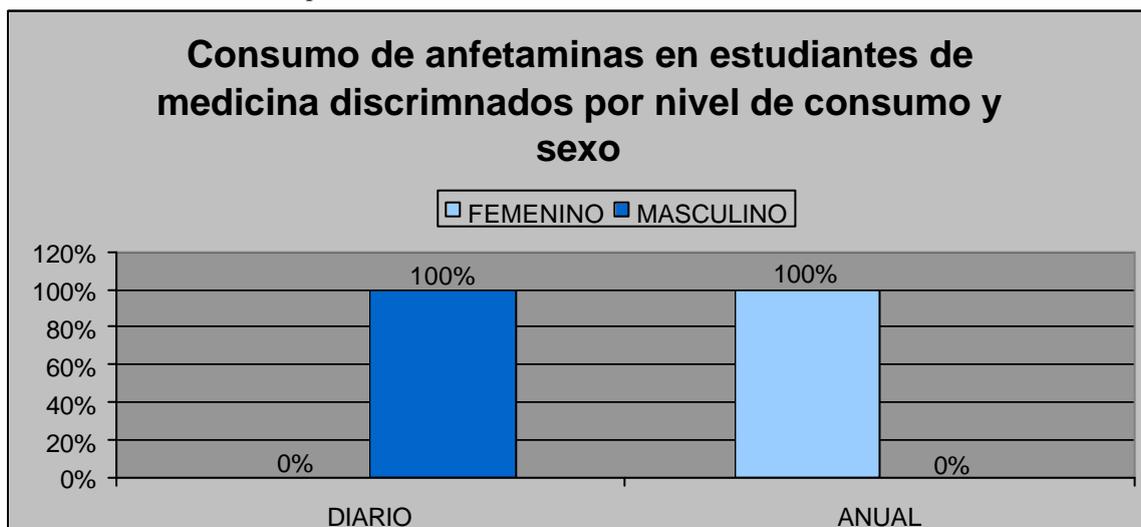
Según estimaciones de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), hay cerca de 200 millones de personas que consumen alguna sustancia ilícita. El cannabis es la sustancia ilícita más consumida, seguida de las

anfetaminas. El consumo de sustancias ilícitas es una actividad predominantemente masculina, mucho más que el consumo de cigarrillos o alcohol, y también tiene mayor prevalencia entre los jóvenes que en los grupos de mayor edad.

Tabla n • 13: Consumo de anfetaminas en estudiantes de medicina discriminados por nivel de consumo y sexo.

	FEMENINO	MASCULINO
DIARIO	0%	100%
ANUAL	100%	0%

Fuente de datos: encuestas aplicadas a estudiantes de medicina de la Universidad Abierta Interamericana



Discusión, análisis e interpretación:

No todos los que utilizan estos fármacos por otros motivos progresan al abuso y dependencia. El riesgo absoluto es incierto, pero se estima que es suficiente para desalentar el consumo. Un trabajo clásico publicado en 1976 evaluó el consumo de drogas en una muestra representativa de jóvenes. El 73% nunca había usado anfetaminas, pero del 27% que las había probado, casi el 10% recurría a ellas a diario.^j

En la población estudiada se observó que las personas del sexo femenino consumen anfetaminas esporádicamente, describieron que consumen

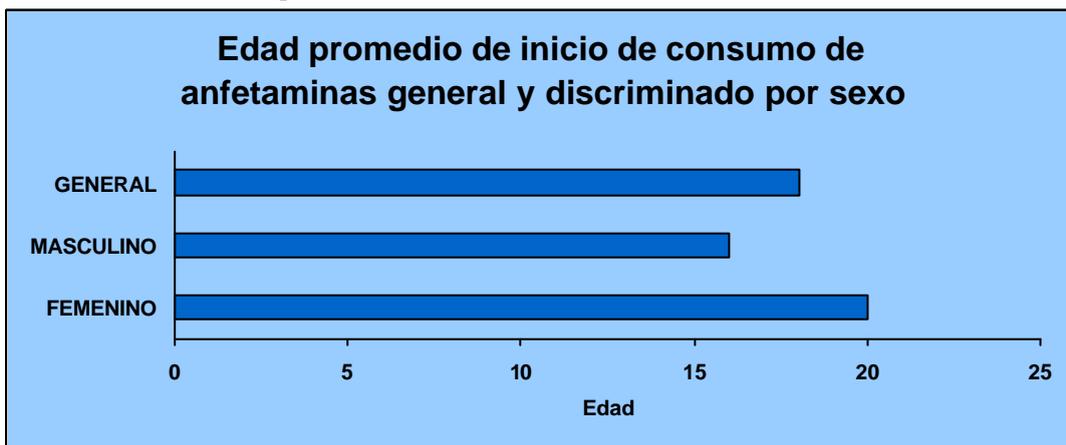
sólo algunas veces al año, mientras que las personas del sexo masculino recurren a esta droga con mayor frecuencia, describieron su consumo como diario.

¹Jaffe J H. Op Cit, Pág. 750.

Tabla n • 14: Consumo de anfetaminas en estudiantes de medicina discriminados por nivel de consumo y sexo.

FEMENINO	20
MASCULINO	16
GENERAL	18

Fuente de datos: encuestas aplicadas a estudiantes de medicina de la Universidad Abierta Interamericana



Discusión, análisis e interpretación:

La tabla expresa que los jóvenes entrevistados comienzan a consumir anfetaminas a una edad media de 18 años, los varones dos años antes y las mujeres dos después.

Según la Secretaria de Programación para la prevención de la drogadicción y la lucha contra el Narcotráfico, la edad de iniciación en el uso de tabaco tiene un valor medio de 16.7 años. No se obtuvo la edad promedio de iniciación de consumo de anfetaminas.

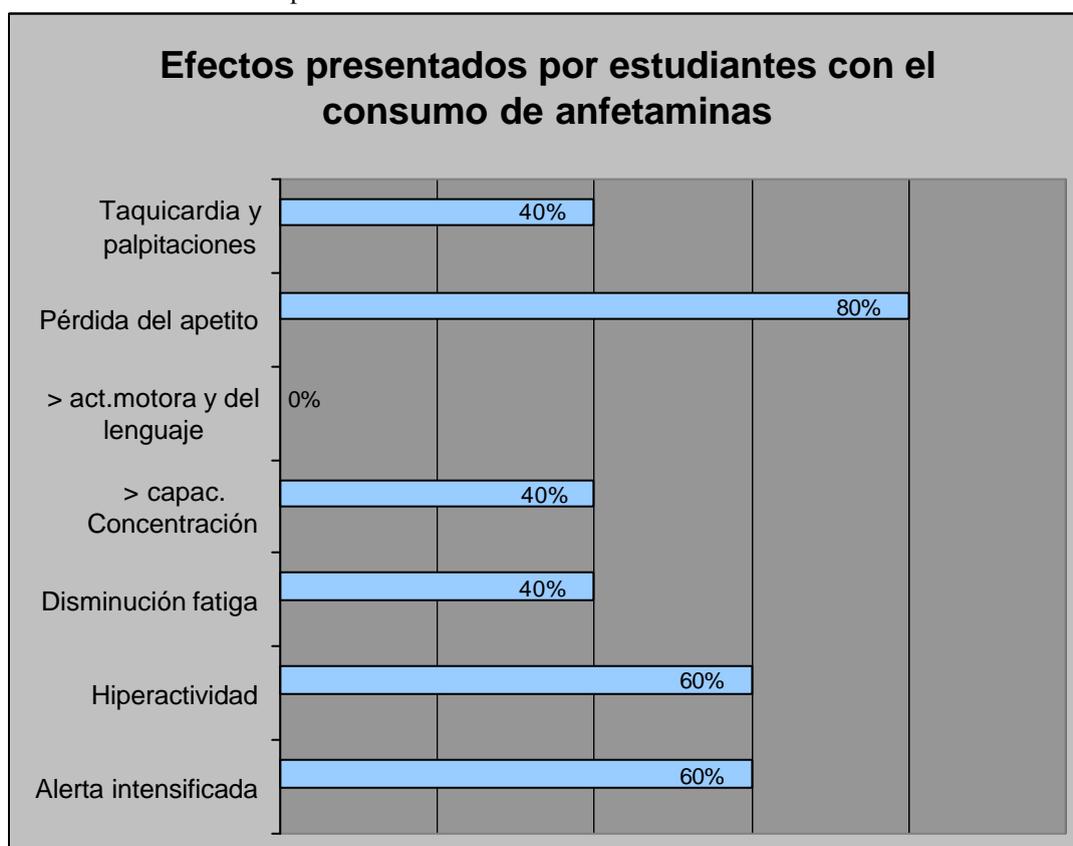
La Encuesta Nacional de Hogares sobre Abuso de Drogas (NSDUH) del 2003 calcula que hubo 12.3 millones de americanos de 12 años en adelante que habían probado la metanfetamina por lo menos una vez en sus vidas (5.2% de la población) y que la mayoría de los que habían usado en el año anterior tenían entre 18 y 34 años de edad. Se

observó una disminución significativa en el uso en el año anterior entre los adolescentes de 12 a 17 años de edad.

Tabla n • 15: Efectos presentados por estudiantes de medicina por consumo de anfetaminas.

Alerta intensificada	60%
Hiperactividad	60%
Disminución fatiga	40%
> capac. Concentración	40%
> act.motora y del lenguaje	0%
Pérdida del apetito	80%
Taquicardia y palpitaciones	40%

Fuente de datos: encuestas aplicadas a estudiantes de medicina de la Universidad Abierta Interamericana



Discusión, análisis e interpretación:

De los efectos obtenidos con el consumo de anfetaminas, el más presentado fue la pérdida del apetito (80%); luego otros efectos buscados, el alerta intensificada y la hiperactividad, cada una se presentó en el 60% de los estudiantes, y la mayor capacidad de concentración y disminución de la fatiga fueron logrados por el 40%.

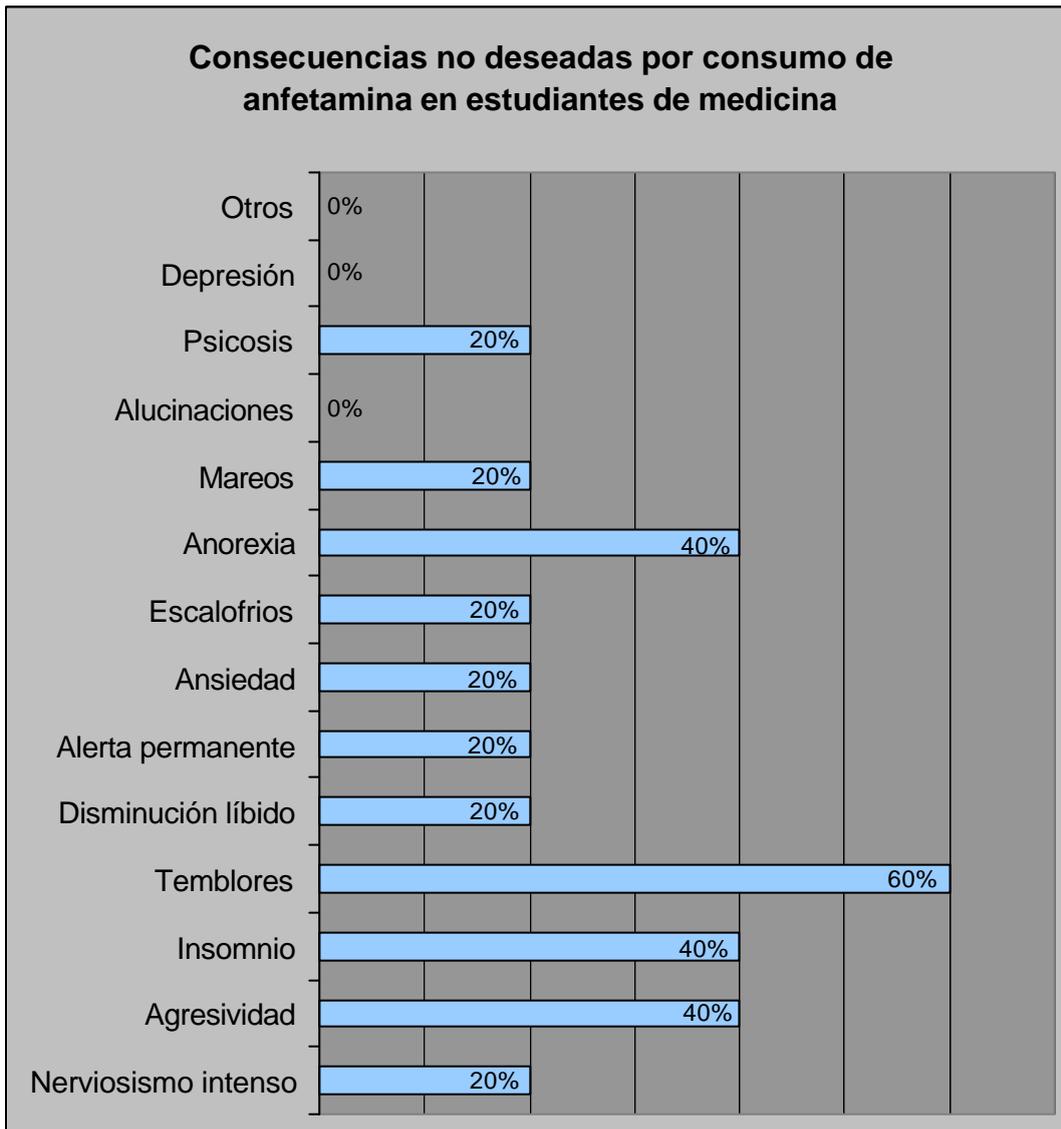
Sus propiedades estimulantes fueron aprovechadas por estudiantes y sus propiedades anorexizantes, para las curas de adelgazamiento; los conductores profesionales de camiones que atraviesan grandes distancias por la noche, lo hacen para permanecer despiertos y alertas...^k

^kGisbert, Calabuig, J.A.: Medicina Legal y Toxicología, 4ª ed. Salvat Editores, Barcelona, 1991.

Tabla n • 16: Consecuencias no deseadas por consumo de anfetaminas en estudiantes de medicina.

Nerviosismo intenso	20%
Agresividad	40%
Insomnio	40%
Temblores	60%
Disminución líbido	20%
Alerta permanente	20%
Ansiedad	20%
Escalofrios	20%
Anorexia	40%
Mareos	20%
Alucinaciones	0%
Psicosis	20%
Depresión	0%
Otros	0%

Fuente de datos: encuestas aplicadas a estudiantes de medicina de la Universidad Abierta Interamericana



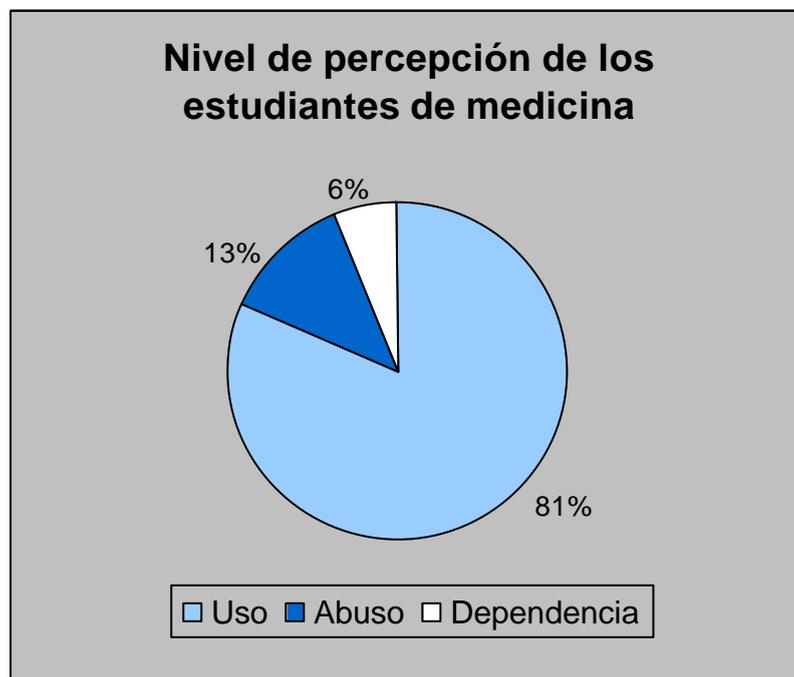
Discusión, análisis e interpretación:

De las consecuencias expresadas en la tabla, las más frecuentes fueron los temblores, aparecieron en el 60% de los consumidores de anfetaminas. Otras consecuencias comunes fueron la anorexia, el insomnio y la agresividad que se presentaron en el 40% y alerta permanente, nerviosismo intenso, disminución de la libido, ansiedad, escalofríos, mareos y psicosis en el 20% de los estudiantes de medicina.

Tabla n • 17: Nivel de percepción de los estudiantes respecto a uso, abuso y dependencia.

Fuente de datos: encuestas aplicadas a estudiantes de medicina de la Universidad Abierta Interamericana

Uso	81,25%
Abuso	12,50%
Dependencia	6,25%



Discusión, análisis e interpretación:

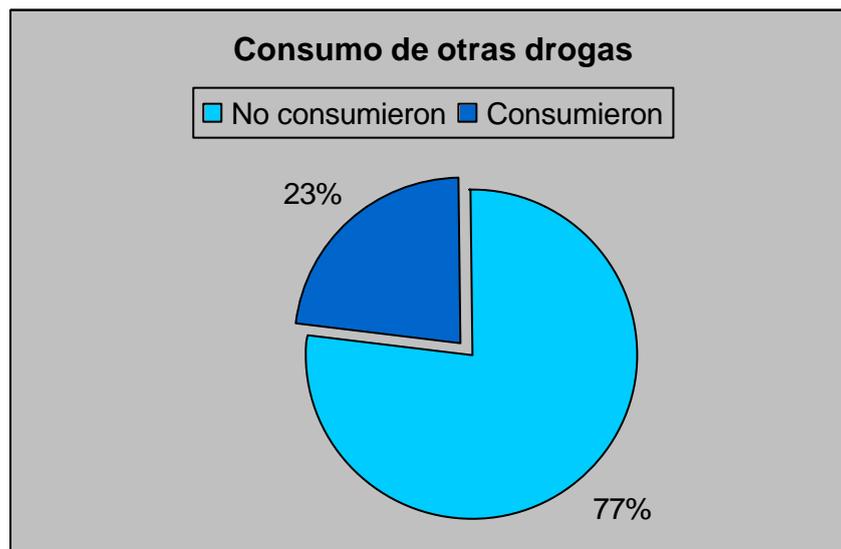
Según Bodino, los especialistas reconocen que el camino que desemboca en una adicción pasa por varias etapas previas: la abstinencia, la experimentación, el consumo social y por fin se hace adicto. Esta secuencia, se distinguen tres estadios:

*uso: mero consumo de una sustancia en pequeñas cantidades y sin regularidad en el tiempo; *abuso: aumento importante en cantidad y frecuencia del consumo sustancias que se traduce en consecuencias adversas recurrentes y significativas; *dependencia: un síndrome que se manifiesta con un patrón conductual que otorga tolerancia, que lo obligará a aumentar la dosis para volver a obtener el efecto mayor prioridad al consumo de una droga psicoactiva dada que a otros comportamientos que en su momento tuvieron mayor valor.¹ Se desarrolla una inicial búsqueda y existe un deseo imperativo de consumir, deseo muy difícil de controlar.^m

Tabla n • 18: Consumo de otras drogas en los estudiantes de medicina.

No consumieron	76,78%
Consumieron	23,21%

Fuente de datos: encuestas aplicadas a estudiantes de medicina de la Universidad Abierta Interamericana



Discusión, análisis e interpretación:

Uno de los errores más difundidos en nuestras sociedades en relación con el problema de la drogadependencia es utilizar el término *droga* como vocablo genérico que agrupa a todas las drogas ilegales, reduciendo el problema a su consumo. Este error propicia que se siga eximiendo a las drogas legales, cuando en realidad éstas no sólo producen graves problemas de toda índole, sino que además su consumo precoz y masivo es una de las causas principales del inicio del consumo de las drogas ilegales (...).ⁿ

La tabla expresa que el 23% de los entrevistados han consumido algún otro tipo de droga, entre las citadas por los estudiantes: el alcohol, el guaraná, el cannabis y la cocaína.

^lJaffe J. H. Op. Cit Pág.715.

^mBodino, Celeste. Op. Cit Pág. 25.

ⁿNató, Alejandro. Op. Cit, Pág. 42.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES

A – Conclusiones

De la presentación, análisis e interpretación de los resultados del Consumo de Estimulantes en Estudiantes de Medicina se pudo concluir lo siguiente.

Que toda la población estudiada consume algún tipo de estimulante, algunos en mayor y otros en menor medida, o sea, algunos como dependientes y otros que hacen uso o abuso de los mismos.

El estimulante consumido por mayor número de estudiantes y también el consumido en mayor cantidad es la cafeína, lo consumen el 100% de la población estudiada y más del 80% lo hacen diariamente. En segundo lugar, el tabaco, consumido por el 51.78% de los entrevistados, de los cuales, más del 70% lo hacen diariamente. La anfetamina es la menos consumida de los tres estimulantes, lo hacen el 8.92% de los estudiantes, esta es usada con mayor frecuencia por el sexo masculino.

Conforme lo descrito en los párrafos anteriores, el índice de consumo de estimulantes en los estudiantes de medicina es alto, sin embargo el 81% de la población considera que usa estimulantes, el 12.5% dice que abusa y solamente el 6.25% se cree dependiente de ellos.

De los estudiantes entrevistados, el 23% ha consumido algún otro tipo de drogas, tales como, guaraná, alcohol, cannabis o cocaína.

- los estudiantes del sexo masculino consumen más estimulantes que las del sexo femenino, los primeros consumen más tabaco y anfetaminas, mientras que las estudiantes son mayores consumidoras de cafeína.

- la cafeína fue el primer estimulante consumido por los estudiantes, lo hicieron, los varones a los 11 años y las mujeres a los 13.

- el tabaco es consumido por los varones desde los 10 años y por las mujeres, desde los 16.

- a los 16 años los estudiantes del sexo masculino empezaron a consumir anfetaminas, las del sexo femenino empezaron a los 20.

- algunos estimulantes son consumidos diariamente la cafeína (por 84%) y el tabaco (por 76%) de los estudiantes. Las anfetaminas son consumidas diariamente por el sexo masculino y anualmente por el femenino.

- un gran porcentaje (35.71%) de los consumidores de cafeína no ha obtenido ningún efecto con su consumo, pero en el 57.14% disminuyó la somnolencia y en el 51.42% disminuyó la fatiga.

- mayor diferencia hubo relación a los efectos del consumo del tabaco, el 68.96% no ha presentado ningún efecto, mientras que 41.37% sintieron una sensación de calma y apenas 13.79% desinhibición.

- consumidores de anfetaminas obtuvieron muchos efectos, el más notable fueron la pérdida del apetito (en el 80%), hiperactividad y alerta intensificada (en el 60%).

- más de la mitad de los estudiantes presentaron consecuencia por uso de cafeína, el 42.85% con alteraciones digestivas y 30.35% con insomnio e inquietud. El 35.71% no refirió ninguna consecuencia.

- el consumo de tabaco produjo varias consecuencias, tales como: disnea (en 51.72%), tos seca irritativa (en 41.37%), fatigabilidad (en 37.93%), coloración amarilla de los dientes (en 31.03%), halitosis y faringitis-bronquitis (en 24.13%), entre otras. Sólo un pequeño porcentaje, 13.79%, no refirió ninguna consecuencia.

○ las anfetaminas produjeron temblores en el 60%, insomnio, agresividad y anorexia en el 40% y nerviosismo, disminución de la libido, alerta permanente, ansiedad, escalofríos, mareos y psicosis en el 20%.

B – Recomendaciones

Si bien existen campañas de lucha contra las drogas, es necesario extender esa lucha también contra las drogas lícitas, las socialmente aceptadas. El estimulante consumido a la menor edad de todos los estudiados fue el tabaco, a los 10 años en el sexo masculino. Es preciso que desde pequeños los niños se enteren de que los estimulantes como el tabaco y la cafeína también son drogas, que también producen dependencia y causan diversas consecuencias.

Es preciso ampliar el trabajo en las escuelas con los niños y adolescentes, para detener el aumento en el consumo de estimulantes.

También es necesario que los padres sean orientados, que no sean el ejemplo dentro de la propia casa y que no inciten a sus hijos al camino de las drogas.

Anexo 1

DSM IV

Criterios Diagnósticos de los Trastornos Mentales

Trastornos relacionados con cafeína

Criterios para el diagnóstico de F15.00 Intoxicación por cafeína (305.90)

A. Consumo reciente de cafeína, normalmente más de 250 mg (p. ej., más de 2-3 tazas de café).

B. Cinco (o más) de los siguientes signos, que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de cafeína:

1. inquietud
2. nerviosismo
3. excitación
4. insomnio
5. rubefacción facial
6. diuresis
7. alteraciones digestivas
8. contracciones musculares
9. logorrea y pensamiento acelerado
10. taquicardia o arritmia cardíaca
11. sensación de infatigabilidad
12. agitación psicomotora

C. Los síntomas de criterio B causan un malestar clínicamente significativo o un deterioro laboral o social, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., un trastorno de ansiedad).

Trastornos inducidos por cafeína

- Intoxicación por cafeína
- Trastorno de ansiedad de ansiedad inducido por cafeína
- Trastorno del sueño inducido por cafeína
- Trastorno relacionado con cafeína no especificado

Anexo 2

DSM IV

Criterios Diagnósticos de los Trastornos Mentales

Trastornos relacionados con nicotina

Criterios para el diagnóstico de F17.3 Abstinencia de nicotina (292.0)

A. Consumo de nicotina durante al menos algunas semanas.

B. Interrupción brusca o disminución de la cantidad de nicotina consumida, seguida a las 24 horas por cuatro (o más) de los siguientes signos:

1. estado de ánimo disfórico o depresivo
2. insomnio
3. irritabilidad, frustración o ira
4. ansiedad
5. dificultades de concentración
6. inquietud
7. disminución de la frecuencia cardíaca
8. aumento del apetito o del peso

C. Los síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Trastornos inducidos por nicotina

- Abstinencia de nicotina
- Trastorno relacionado con nicotina no especificado.

Anexo 3

DSM IV

Criterios Diagnósticos de los Trastornos Mentales

Trastornos relacionados con anfetaminas (o sustancias de acción similar)

Criterios para el diagnóstico de F15.00 Intoxicación por anfetamina (292.89)

A. Consumo reciente de Anfetamina o sustancias afines (p. ej., metilfenidato).

B. Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (p. ej., euforia o embotamiento afectivo; cambios de la sociabilidad; hipervigilancia; sensibilidad interpersonal; ansiedad, tensión o cólera; comportamiento estereotipado; deterioro de la capacidad de juicio o de la actividad social o laboral) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de Anfetamina o sustancias afines.

C. Dos (o más) de los siguientes signos y síntomas, que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de Anfetaminas o sustancias afines:

1. taquicardia o bradicardia
2. dilatación pupilar
3. tensión arterial aumentada o disminuida
4. sudoración o escalofríos
5. náuseas o vómitos
6. pérdida de peso demostrable
7. agitación o retraso psicomotores
8. debilidad muscular, depresión respiratoria, dolor en el pecho o arritmias cardíacas
9. confusión, crisis comiciales, discinesias, distonías o coma

D. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Nota de codificación: Codificar F15.04 si Con alteraciones perceptivas.

Criterios para el diagnóstico de F15.3 Abstinencia de Anfetamina (292.0)

A. Interrupción (o disminución) del consumo de Anfetamina (o sustancias afines) después de su consumo prolongado y en grandes cantidades.

B. Estado de ánimo disfórico y dos (o más) de los siguientes cambios fisiológicos, que aparecen horas o días después del Criterio A:

1. fatiga
2. sueños vividos, desagradables
3. insomnio o hipersomnia

4. aumento del apetito
5. retraso o agitación psicomotores

C. Los síntomas del Criterio B causan un malestar clínicamente significativo o un deterioro laboral o social, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Trastornos inducidos por anfetaminas

- Intoxicación por anfetamina
- Intoxicación por anfetamina, con alteraciones perceptivas
- Abstinencia de anfetamina
- Delirium por intoxicación por anfetamina
- Trastorno psicótico inducido por anfetamina
- Trastorno de ansiedad inducido por anfetamina
- Trastorno del sueño inducido por anfetamina
- Trastorno sexual inducido por anfetamina
- Trastorno del estado de ánimo inducido por anfetamina
- Trastorno relacionado con anfetamina no especificad

BIBLIOGRAFIA

- Bodino, Celeste; Las adicciones, del abuso a la dependencia. 1^{er} edición, editora Longseller, Buenos Aires, 2001.
- Brailowsky, Simón: Las sustancias de los sueños, neuropsicofarmacología, FCE-CONACYT, México, 1995.

- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades(CDC) – www.cdc.gov
 - Diario “La Maga” del 13 de diciembre de 1995, Historia de los Estimulantes.
 - Gisbert Calabuig J. A.: Medicina Legal y Toxicología. 5^a edición. Editora Masson, 1998.
 - Goodman y Gilman; Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica, volumen I. 10^{ma} edición, editora McGraw-Hill Interamericana, 2001.
 - Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM – IV) –<http://biblioteca.consultapsi.com/DSM>
 - Materazzi, Prof. Dr. Miguel Angel, Salud Mental, Enfoque Transdisciplinario. Editorial Salermo, 3^{er} edición, 2004
 - Nacional Institute on Drug Abuse - www.nida.nih.gov
 - Nató, Alejandro; Las víctimas de las Drogas. Editorial Universidad S.R.L., Buenos Aires, 2001.
 - Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. OMS, 2004.
 - Revista “Todo es Historia”. La historia de las hierbas “maltitas” de América. N° 399 de octubre, Págs. 28 – 34.
 - Robbins; Patología Estructural y Funcional. 6^a edición; México, editora McGraw-Hill Interamericana, 2000.
-
- Secretaria de Programación para la prevención de la drogadicción y la lucha contra el Narcotráfico; Estudio Nacional sobre sustancias Adictivas, Argentina, 1999.
 - Harold I. Kaplan, MD; Benjamín J. Sadoda, MD. Tratado de Psiquiatría; volumen 2. Editora Intermedica, 6^a edición, 1995.

- www.intramed.net
- www.medlineplus.com

