

CONDICIONES DE VIDA EN EL CONSUMO INICIAL DE SUSTANCIAS
PSICOACTIVAS EN EL ADOLESCENTE Y EN EL CONSUMO ADICTIVO DEL
ADULTO JOVEN CON ENFERMEDAD MENTAL

MARÍA ALEJANDRA GIRALDO FRANCO
ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA U.D.C.A

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES U.D.C.A
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
BOGOTÁ D.C
2017

CONDICIONES DE VIDA EN EL CONSUMO INICIAL DE SUSTANCIAS
PSICOACTIVAS EN EL ADOLESCENTE Y EN EL CONSUMO ADICTIVO DEL
ADULTO JOVEN CON ENFERMEDAD MENTAL

MARÍA ALEJANDRA GIRALDO FRANCO
ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA U.D.C.A

MONOGRAFÍA PARA OBTENER EL TÍTULO DE ENFERMERA PROFESIONAL
EN PROGRAMA ACADÉMICO

ASESORADO POR:
NELLY ESTHER CÁLIZ ROMERO
ENFERMERA MAGISTER EN PSICOLOGÍA COMUNITARIA Y PhD(c) EN SALUD
COLECTIVA

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES U.D.C.A
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
BOGOTÁ D.C

2017

CONTENIDO

INTRODUCCION

- 1. OBJETIVOS.**
 - 1.1 OBJETIVO GENERAL.**
 - 1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**
- 2. METODOLOGÍA.**
- 3. REVISIÓN DE LITERATURA Y OTRAS FUENTES.**
 - 3.1 CONDICIONES DE VIDA RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE DROGAS.**
 - 3.2 CONDICIONES DE GÉNERO.**
 - 3.3 CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS ASOCIADAS CON ENFERMEDAD MENTAL.**
 - 3.4 ROL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA FRENTE AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.**
- 4. DISCUSIÓN.**
- 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.**
- 6. RESUMEN.**
- 7. BIBLIOGRAFÍA.**

LISTAS ESPECIALES

- 1. TABLA 1: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS.**
- 2. TABLA 2: CONDICIONES DE VIDA QUE DESENCADENAN EL INICIO Y MANTENIMIENTO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.**
- 3. TABLA 3: CONDICIONES DE GENERO RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE DROGAS**
- 4. TABLA 4: CONSUMO ADICTIVO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y SU RELACION CON LA ENFERMEDAD MENTAL**
- 5. TABLA 5: ROL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA FRENTE AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.**

INTRODUCCIÓN

La adolescencia se define como un período de crecimiento y desarrollo humano que va entre los 10 y 19 años, a esta etapa se le denominada pubertad, es una de las fases de transición más importantes en la vida, ya que es la marca entre la niñez y la adultez. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por un ritmo acelerado de cambios biológicos que generan reacciones físicas, químicas y emocionales en los adolescentes (Gualtero, 2009). La mayor parte de estos determinantes biológicos en esta etapa son universales, pero varía la duración y las características, ya que depende del desarrollo de la población, el contexto socioeconómico, las culturas y demás factores que pueden afectar este proceso a lo largo del tiempo (Maddaleno, 2003). Tal como lo muestran registros del siglo pasado en los que hablan de cambios en relación con esta etapa vital, en los que se han hallado un inicio más temprano de la pubertad, la postergación de la edad del matrimonio, la urbanización, la mundialización de la comunicación y la evolución de las actitudes y prácticas sexuales (Marzana, 2013).

Este es un periodo de preparación para la edad adulta durante el cual se presentan experiencias de desarrollo importantes como lo es la maduración física y sexual, independencia social y económica, desarrollo de la identidad, capacidad de razonamiento abstracto, adquisición de aptitudes necesarias para establecer relaciones y funciones adultas. Aunque la adolescencia es sinónimo de crecimiento excepcional y gran potencial constituye también una etapa de riesgos considerables, durante la cual el contexto social puede tener una influencia determinante (Taguelca, 2009). En la última fase de esta etapa comienza la evolución entre un proyecto de vida complementario y familiar, a una forma de enfrentamiento social que se irá poniendo a prueba en la práctica concreta y aportará a la consolidación de los roles y la identidad, también generarán nuevos grupos y redes que establecerán por afinidades en el campo laboral, educacional, comunitario y cultural. La participación organizada se llega a convertir en una opción

para el desarrollo de destrezas en la negociación con entes adultos, la construcción innovadora de vías de satisfacción de sus necesidades y de aceptación de sus expresiones naturales (Scott, 2015).

Existe una transición entre la búsqueda de la identidad condicionada por determinaciones sociales, en las que se desarrolla el adolescente llegando hasta la etapa de la juventud desde aproximaciones demográficas, sociales, psicológicas y culturales, se supera actualmente la consideración de juventud como una categorización por edad cronológica exclusivamente teniendo en cuenta el concepto de diferenciación social y cultural se incorpora en los análisis, porque algunos autores se niegan a hablar de juventud refutando incluso la posible homogeneidad del concepto y hablan de juventudes, las que coexisten incluso dentro de un mismo país o ciudad; esto en el sentido de que la adolescencia y juventud no son sólo procesos biológicos sino psicológicos, sociales y culturales, que por lo tanto asumen características diferentes en distintas estructuras socio culturales (Solano, 2014).

El ser humano se mueve principalmente por metas lejanas y es capaz de anticipar consecuencias futuras en cuya consecución mantiene actividades prolongadas, las cuales no siempre son placenteras con la confianza de alcanzar metas a las que el individuo les asigna un valor de recompensa. Esta conducta motivada es una función de la fuerza de impulso, de expectativas, de logro y del valor personal del incentivo (Zulaica, 2010). Buscando de esta manera que el joven adulto se auto realice de forma laboral, siguiendo una serie de pautas que le plantea la sociedad en que se desenvuelve tales como: motivación por el rendimiento-logro, asumir retos, responsabilidades, confianza y esfuerzo alcanzado; todo esto bajo la promesa de recompensa inmediata y menor esfuerzo (González, 2015).

A medida que el joven crece las condiciones de vida en las que se desarrolla son fundamentales debido a que corresponden al modo en que las personas desarrollan su existencia, individuales, por el contexto histórico, político, económico y social en

el que se desenvuelven. Cuando se vive con escasos recursos económicos, generados por falta de trabajo que a su vez puede provenir de escasa salud o educación, se dice que tienen una precaria condición de vida, que puede afectar en general a una población (Pérez, 2008).

El análisis del problema de las drogas y de las medidas adoptadas al respecto desde la perspectiva de los objetivos del desarrollo sostenible, revela los mecanismos de interacción entre la edad, el sexo y las condiciones sociodemográficas en las que se desarrolla el adolescente, llegando así a un aumento en la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas tanto legales como ilegales ya que se ha incrementado de manera acelerada. El consumo de sustancias psicoactivas se convierte en un problema a nivel mundial, que está íntimamente ligado a todos los aspectos del desarrollo sostenible.

Según el Informe Mundial de Drogas de la Oficina Contra la Droga y el Crimen de la Organización de las Naciones Unidas (UNODC) en el año 2016, 1 de cada 20 adultos jóvenes, es decir, alrededor de 250 millones de personas de entre 15 y 30 años, consumieron por lo menos una droga en este periodo. Cabe destacar que esa considerable cifra equivale aproximadamente a la suma de la población de Alemania, Francia, Italia y el Reino Unido. Esta cifra parece no haber aumentado en los últimos cuatro años de manera proporcional a la población mundial. Sin embargo se calcula que más de 29 millones de personas que consumen drogas sufren trastornos mentales relacionados con ellas; el impacto del consumo de drogas en lo que respecta a sus consecuencias para la salud sigue siendo devastador (UNODC, 2016).

Para el caso de América Latina la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la OEA, revela el alto consumo de alcohol en jóvenes entre 17 y 23 años, el aumento del consumo de marihuana en este sector de la población y la precocidad en el consumo de éxtasis y sustancias inhalables. La

prevalencia del consumo de alcohol entre los estudiantes de secundaria en el continente oscila entre un 20% y un 70%, más de la mitad de los estudiantes de secundaria en Argentina, Barbados, Chile, Colombia, Dominica, Granada, Paraguay, San Vicente, las Granadinas, Santa Lucía, Surinam y Uruguay consumieron alcohol durante el último año (UNODC, 2016).

Respecto al inicio del consumo adolescente, vale la pena destacar el análisis elaborado por Blow (2006) en Latinoamérica a partir de una sub muestra de casi 6.000 individuos participantes, por tratarse de una encuesta longitudinal y representativa a escala estatal, los resultados de este estudio confirman la existencia de una relación inversa entre los ingresos familiares y el consumo de tabaco en adolescentes de entre 11 y 18 años, relacionando una menor renta familiar con un mayor consumo adolescente; el mismo estudio señala que el nivel educativo parental y sobre todo el consumo parental pues este ejerce una influencia más determinante que la renta sobre el consumo adolescente. Tras realizar un seguimiento a lo largo de varios años, se comprueba además que el aumento de los ingresos no implica un descenso de la probabilidad de consumo filial, sino que más bien parece darse el comportamiento opuesto (CDE SISS, 2016).

Por otra parte el consumo de tabaco aumento en casi todos los países del continente, tanto en la población escolar como la general y se encontró que es especialmente alto en jóvenes universitarios del Caribe respecto en comparación con otras regiones. La prevalencia del tabaco en las regiones abarca desde un 24,5% en Chile, a un 1,8% en Antigua y Barbuda. Además de Chile, los países con tasas de consumo superiores al 10% son: Argentina (18,7%), Paraguay (14,7%), Bolivia (13,3%), Canadá (12,9%) y Colombia (12,5%) (UNODC, 2016).

Para el caso de Colombia el estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas muestra las cifras en adolescentes y jóvenes con abuso y dependencia de diferentes sustancias y los intervalos de confianza para dichos grupos. Se

observa que entre las personas que han consumido sustancias psicoactivas en el último año, más del 57.6% muestra signos de abuso o dependencia, siendo esta relación mayor en los varones (58%). Estos porcentajes permiten estimar en casi 440 mil personas con uso problemático-dependiente de sustancias psicoactivas que en mayor medida son varones. Basados en este total, más del 70% son adolescentes y jóvenes que consumen de manera abusiva y el 30% restante ya han desarrollado indicadores de adicción. La tasa global de abusadores dependientes de sustancias psicoactivas es del 1.9% y la diferencia según sexo es estadísticamente significativa (3.1% varones y 0.7% mujeres) (Castillo, 2012). Del total de la población un 2.2% pertenece a adolescentes en la etapa escolar y un 3.5% a jóvenes universitarios (Mini. Justicia, 2015).

Cuando se trata de explicar los condicionantes que conllevan al consumo de drogas, se observa una gran diversidad de elementos entre los cuales se encuentran: Las condiciones económicas hablando de pobreza y desempleo, junto a las relaciones sociales en las que se desenvuelve el individuo, siendo estos factores los que contribuyen a la comprensión de dicha problemática social teniendo en cuenta su carácter masivo, pues dejó de ser una situación que afecta la salud de unos pocos para convertirse en un problema a gran escala, es decir, de impacto múltiple, cuyas conciencias negativas afectan no solo al individuo, sino a la sociedad en su conjunto (Olivera, 2010).

Respecto a lo anterior el consumo en adolescentes y jóvenes es una complicación que despierta preocupación en todos los países del mundo dadas las consecuencias que acarrea desde el punto de vista de la salud, como desde lo social, cultural, ideológico y político. El uso y abuso de sustancias adictivas constituye un complejo fenómeno que tiene consecuencias adversas en la salud individual, en la integración familiar, en el desarrollo y la estabilidad social (Silva, 2010).

Aunque en la actualidad la sociedad está expuesta a las drogas, hay grupos con más vulnerabilidad y tendencia a sufrir consecuencias negativas por su uso como lo son los adolescentes y jóvenes, quienes pueden truncar su posibilidad de desarrollo personal y de realizar proyectos positivos de vida. En el caso de un sujeto que ha desarrollado un problema de consumo de sustancias se debe considerar que se ha dado un proceso complejo a través del cual ha intentado lograr cierto bienestar y evitación de malestar, sustituyendo su frustración por un objeto externo que en este caso es una droga. Al proporcionarle parcialmente una sensación de gratificación se instaura en su interior un círculo vicioso debido a que se ve en la necesidad de repetir la experiencia (Laudet, 2013).

Los comportamientos del individuo comienzan a estar condicionados por el consumo de sustancias psicoactivas, por lo cual su proyecto de vida empieza a girar en torno a este eje en su adolescencia, hasta llegar a un consumo crónico o adictivo en el adulto joven quien desarrolla así una gran variedad de enfermedades mentales a causa del deterioro cerebral generado por este tipo de sustancias (Nan Yen, 2011). En la encuesta nacional de salud mental se nombran los principales trastornos mentales y describe los efectos secundarios al consumo de sustancias psicoactivas, abarcando este tipo de patologías desde la intoxicación aguda que causa alteraciones psiquiátricas a raíz de la abstinencia producida por un consumo adictivo, originando también trastornos psicóticos, síndrome amnésico, entre otros que se pueden generar por el uso de una o más sustancias psicótropas (Mini. Salud, 2015).

Sobre las bases de las ideas expuestas anterior mente es importante recalcar la importancia de los profesionales de enfermería como agentes del cuidado de la salud, enfocados a la transformación de los individuos, familias y comunidades; cumpliendo así una función esencial en el diseño y ejecución de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad mediante distintas áreas de interés, tal como lo muestra el modelo de H. Peplau, quien plantea una teoría frente

al rol del profesional de enfermería en toda su amplitud, permitiendo así comprender diversos aspectos de la relación enfermera-paciente y ofreciendo directrices para la intervención en múltiples campos sociales en los cuales se desenvuelve el individuo convirtiéndose en idóneas al momento de crear dependencia a las drogas. De acuerdo a esto es pertinente que se generen programas educativos por parte de un equipo interdisciplinario liderado por profesionales en enfermería buscando una participación social por parte de adolescentes y adultos jóvenes frente a esta problemática; para la creación de dichas estrategias es necesario interactuar de manera integral por parte del personal de enfermería en búsqueda de nuevos conocimientos y nuevas estrategias para brindar los cuidados adecuados con el fin de destacar los potenciales sanos en este tipo de población.

De acuerdo a lo anterior, es imperativo realizar una búsqueda exhaustiva sobre las condiciones de vida en las que se desarrolla el adolescente, ya que si bien el consumo de sustancias psicoactivas es una problemática a nivel social, también causa graves afecciones a nivel de la salud de la población, y es indispensable tener conocimiento sobre estas con el fin de generar acciones y programas que traten a este tipo de población vulnerable teniendo en cuenta las condiciones de vida en las que se desarrolla el individuo mediante la atención primaria en salud para mejorar su calidad de vida; además de contribuir al desarrollo profesional del personal de enfermería al generar conocimiento para ampliar las áreas de atención a estos sujetos de cuidado.

Partiendo de las ideas planteadas anterior mente se genera la pregunta problema de esta revisión sistemática: *¿Cuáles son las condiciones de vida que llevan al adolescente al inicio del consumo de sustancias psicoactivas provocando un consumo adictivo en el adulto joven con enfermedad mental?*

1. OBJETIVOS

1.1 Objetivo general:

Identificar las condiciones de vida en el consumo inicial de sustancias psicoactivas del adolescente y el consumo adictivo del adulto-joven con enfermedad mental, mediante la revisión sistemática de artículos científicos para el segundo periodo del año 2017.

1.2 Objetivos específicos:

- Realizar una revisión sistemática en bases de datos indexadas, sobre las condiciones de vida que influyen en el inicio del consumo de sustancia psicoactivas en el adolescente y el consumo adictivo del adulto-joven con enfermedad mental.
- Identificar las principales enfermedades mentales causadas por consumo adictivo de sustancias psicoactivas.
- Establecer el rol y las acciones realizadas por parte del profesional de enfermería, frente al cuidado de la salud ante las condiciones de vida que llevan al consumo inicial de sustancias psicoactivas y al consumo adictivo del adulto-joven con enfermedad mental.

2. METODOLOGÍA

Se realizó una revisión sistemática de artículos científicos en bases de datos indexadas tales como: ProQuest, Clinical key, Science direct, Escopus y Scielo. A raíz de la pregunta *¿Cuál es el rol del profesional de enfermería frente a las condiciones de vida que llevan al adolescente al inicio del consumo de sustancias psicoactivas provocando un consumo adictivo en el adulto joven con enfermedad mental?*

Se realizó una búsqueda en la que se utilizó criterios de inclusión tales como:

- Publicación no mayor a 17 años.
- Artículos científicos.
- Artículos en inglés, portugués y español.

Para la búsqueda de datos se utilizaron los siguientes descriptores del área de la salud DECS:

- Factores socioeconómicos
- Condiciones sociales
- Inequidad social
- Equidad en salud
- Pobreza
- Consumidores de drogas
- Trastornos relacionados con sustancias
- Trastornos relacionados con alcohol y drogas ilícitas
- Codependencia
- Psicosis alcohólica
- Trastornos mentales
- Enfermos Mentales
- Cuidado.

Al finalizar la búsqueda se realizó la sistematización de los datos por medio de varias categorías plasmadas en la siguiente matriz.

Tabla 1

Matriz de sistematización de datos

CATEGORIA	DESCRIPTORES (DECS)	N° DE RESULTADOS	N° DE ARTICULOS APROBADOS	TITULO	AUTOR	AÑO DE PLUBICACION	BASE DE DATOS	PAIS	TIPO DE ARTICULO
Condiciones de vida	Factores socioeconómicos, Condiciones sociales, Inequidad social, Equidad en salud, Pobreza, Consumidores de drogas, trastornos relacionados con sustancias, trastornos relacionados con alcohol								
Enfermedades mentales	Trastornos relacionados con sustancias, trastornos mentales, enfermedades mentales, psicosis alcohólica, trastornos relacionados con alcohol, consumidores de drogas.								
Rol del profesional de enfermería	Cuidado, Rol de Enfermería, Consumo de drogas, salud publica								

Esta matriz se dividió en tres categorías para la organización de los resultados buscando así responder a cada uno de los objetivos específico

3. REVISIÓN DE LITERATURA Y OTRAS FUENTES:

3.1 Condiciones de vida.

En esta categoría se muestran los modos en que las personas desarrollan su existencia, enmarcadas por particularidades individuales, y por el contexto histórico, político, económico y social que se convierten en factores predisponentes para iniciar el consumo de sustancias psicoactivas, para esto se realizó la búsqueda y el análisis de los siguientes artículos.

Tabla 2: *Condiciones de vida que desencadenan el inicio y mantenimiento del consumo de sustancias psicoactivas.*

<i>Condiciones de vida que determinan el inicio y mantenimiento del consumo de sustancias psicoactivas</i>	<i>Número de artículos encontrados</i>	<i>Número de artículos en español</i>	<i>Número de artículos en inglés</i>	<i>Número de artículos en portugués</i>
<i>Relaciones familiares</i>	15	5	10	0
<i>Relaciones entre pares</i>	10	3	3	4
<i>Creencias culturales</i>	8	2	1	5
<i>Condiciones genéticas</i>	3	0	3	0
<i>Desarrollo socio económico</i>	9	3	3	3
<i>Total de artículos revisados según categoría</i>			40 artículos	

Fuente: Elaboración propia

Esta tabla muestra el número de artículos analizados frente a la categoría de condiciones de vida.

De acuerdo al análisis realizado en cada uno de los artículos es importante mencionar cada uno de los condicionantes sociales y por que conllevan al inicio y mantenimiento del consumo de sustancias psicoactivas. Como primera instancia se nombraran las relaciones familiares ya que como bien es sabido la familia es la agencia socializadora por excelencia, a pesar de los diversos cambios referenciales, la intensidad de los afectos y los estilos disciplinares característicos de las nuevas tipologías familias post-modernas (Pérez, 2008).

Una de las variables que puede ocasionar el inicio del consumo de drogas es la violencia intrafamiliar, pues hace referencia a un abuso permanente que se da entre los miembros de una familia constituida por acciones u omisiones que causan daño físico, psicológico o sexual (Castro , 2013).

Existen importantes modelos teóricos que han explicado la relación entre violencia familiar y abuso de alcohol. El modelo de desinhibición es uno de ellos, este modelo se centra en el efecto farmacológico directo del alcohol sobre la conducta del individuo, subraya que el alcohol reduce el autocontrol que normalmente inhibe a una persona de actuar violentamente, distorsionando la capacidad de análisis. Este modelo es válido, pero no como explicación unicausal, pues se muestra insuficiente a la hora de explicar la relación entre abuso de alcohol y violencia en toda su complejidad. En concreto, el modelo de la desinhibición no ha sido capaz de explicar dos cuestiones: **1.** El abuso de alcohol no siempre conduce a la violencia. **2.** La prevalencia de la violencia relacionada con el alcohol varía según el contexto sociocultura (Solano, 2007).

Asociando la violencia intrafamiliar al consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes, tal como lo muestra la mayor parte de la literatura se nombra la severidad de la agresión, el miedo, la molestia y el enojo tanto en hombres como mujeres que participan en la agresión a sus hijos. Para las víctimas la experiencia es más severa, porque en este caso el adolescente busca un escape a esta

problemática e inicia con el consumo de sustancias con la marihuana (Milanés, 2014).

Otro de los determinantes asociados a la familia es la sobreprotección, debido al exceso de protección y angustia que ejercen los padres ante unos hijos que cada vez son más independientes, causa en el adolescente poca autonomía, irresponsabilidad, escaso sentido crítico y dificultad para tomar decisiones, ya que en todo momento va a necesitar la aprobación de sus progenitores (Magdalena R, 2004). Un adolescente que acaba asumiendo las consecuencias de esta sobreprotección puede presentar una seria dificultad para establecer relaciones grupales o hacerlo de forma dependiente, porque estará excesivamente vinculado a sus padres o asumirá que él como individuo, debe ser objeto de aprobación en toda relación y tratará de cumplir expectativas aunque no tengan nada que ver con su escala de valores (Rebolledo & Costa, 2005). Es así como lo nombra Alfonso Barca en su artículo "*Determinantes familiares, escolares y grupales del consumo de drogas en la adolescencia*" quien habla de la necesidad y la importancia del grupo familiar en la aparición de la drogodependencia al llegar la juventud, puesto que si se inicia en la adolescencia el consumo abusivo de sustancias legales como el tabaco y el alcohol, esto puede llevar a un consumo habitual de sustancias psicoactivas a pesar de las consecuencias (Alfonso Barca Lozano, 2006).

La tipología y estructura familiar es otra de las variables que llevan al adolescente al inicio del consumo de sustancias psicotrópicas, pues la ruptura en las relaciones padres-hijos causan un deterioro de los lazos familiares, que llegan a tener repercusiones en el comportamiento individual de los hijos y se puede ver representado en el consumo abusivo de drogas; lo cual lleva a la disminución de sus expectativas de vida y a no plantearse proyectos para un futuro (Laudet, 2015). Una de las vías de influencia del conflicto matrimonial en el consumo de drogas postula un efecto indirecto, es decir los conflictos matrimoniales actúan

indirectamente, siendo mediatizados por el aumento de relaciones coercitivas de los padres con los hijos y por un deterioro en las prácticas de crianza (Dumaisa, 2012).

Una relación afectuosa protege a los hijos del consumo, mientras que en una relación conflictiva y con carencia de vinculación entre padres e hijos, aumenta el riesgo de problemas de conducta, como el consumo de alcohol y de otras drogas. Al consumo de drogas se llega a través de la afiliación con iguales problemáticos, dicho esto es muy probable que se produzca cuando los padres ejercen escasa supervisión o control sobre sus hijos (Steinberg, 2006). La literatura sugiere que las madres consumidoras pueden jugar un rol más influyente que los padres en el inicio y mantenimiento del consumo de drogas entre adolescentes, puesto a que se desarrollan en un entorno de violencia y pobreza relacionadas directa mente con el consumo de drogas (Farell y White, 2006).

Una de las principales limitaciones de la literatura es que la mayoría de los estudios tienden a centrarse en los siguientes aspectos, el consumo de drogas de los hijos, estructura familiar, conflicto matrimonial y relación entre padres e hijos, muy pocos estudios han analizado el efecto interactivo de ambas variables, siendo mucho más evidente si se trata del conflicto matrimonial y la relación con el consumo de drogas (Cid-Monckton, 2011). Todas estas variables han generado una alta tasa separaciones familiares en la infancia y adolescencia. En estas familias existe una ausencia de uno de los progenitores, bien sea por muerte, divorcio, separación o abandono. Normalmente el progenitor faltante suele ser el padre ya que se presentan mas casos de muerte o abandono causando una ausencia de la figura paterna (Bekir, 2006).

Por último, las indagaciones en las prácticas de crianza parental como factor de riesgo familiar señalan que; los adolescentes consumidores de drogas tienen padres que asumen comportamientos de crianza caracterizados por rechazo hostil, falta de afecto y aceptación, indiferencia, abandono, bajo apoyo, falta de supervisión

y acciones coercitivas caracterizadas por golpes, amenazas y gritos (Chia-Nan Yen, 2011). Se puede afirmar que la estructura familiar y la historia parental ejerce una influencia directa para que el adolescente consuma algún tipo de droga, lo hacen a través de la naturaleza de las relaciones intrafamiliares, que se ven afectadas por posibles cambios resultantes en la estructura familiar y por las consecuencias propias del consumo de drogas en los padres (Cogollo, 2011).

Otro de los determinantes sociales más implicados en el inicio del consumo de sustancias psicoactivas, trata de la relación entre pares o el desarrollo de las redes sociales del adolescente. El consumo de Sustancias psicoactivas por parte de los pares ha sido frecuentemente uno de los predictores más fuertes del uso de dichas sustancias en la juventud (Padrón, 2010). Es posible afirmar, que los adolescentes atraviesan una etapa de reorganización de estructuras cognitivas y de personalidad, que los hace más vulnerables ante la manipulación del entorno social (Díaz, 2012). De esta manera el grupo de amigos en el que se desarrolla el individuo se convierte esencial debido a que si estos son consumidores de drogas, aumenta la probabilidad de que el adolescente las consuma también, debido a que se encuentra en un periodo de desarrollo crítico, en el que se ve altamente influenciado por sus pares y tiende a involucrarse en las mismas acciones que estos realizan (Loaiza, 2015).

Dicha etapa inicia con la pubertad, debido a que es en esta donde se evidencia un traslado de la figura de referencia, que en este caso es la familia el referente básico y pasa a ser primordial el grupo de iguales. Este cambio de figura y la necesidad que surge de sentirse parte del grupo, hacen que sea una etapa de posible vulnerabilidad (Ahern, 2007). No toda la presión que ejercen tiene un efecto negativo también hay líderes de grupos positivos que pueden persuadir al adolescente para resistir la presión, hay algunos que respetan los deseos individuales de las personas que forman parte de este y no se rechaza la disparidad de ritmos o intereses (Galdós, 2006).

En algunas ocasiones la presión puede ser negativa y perjudicial, en el sentido, que el grupo persuade para hacer algo que el adolescente puede o no desear experimentar como, fumar, beber alcohol o consumir otras drogas. Son situaciones de presión en las que se toman las decisiones buscando sentirse aceptado, apreciado, respetado y por lo tanto evitar en lo posible el rechazo o la expulsión del grupo (Yip, 2016).

Uno de los estudios revisados muestra el consumo de drogas en cuanto a la relación de su uso y la influencia de amigos, hay aproximadamente una probabilidad de error menor al 0.01, se puede afirmar que los estudiantes que consumen drogas sufrieron influencia de sus compañeros. En cuanto al consumo de alcohol el 33.6% refiere haber consumido una o dos veces al mes (Scott, 2015).

En el estudio de Barbosa (2012) se muestra otra estadística donde se encuestaron 250 estudiantes universitarios el 14% afirman que sus amigos no consumen ningún tipo de droga y el 86% restante refiere que sus amigos las han consumido alguna vez en su vida. La relación es directa entre la influencia de los compañeros y el consumo de drogas y dicha asociación es estadísticamente significativa. Por otro lado existe una correlación estadística de 0.01% de adultos-jóvenes que determinan la relación entre amigos que usan drogas y la motivación al consumo de las mismas, en este caso, las variables están altamente correlacionadas (Barbosa, 2012).

En estos estudios se detecta la percepción de las drogas como poco peligrosas lo que puede llegar a ser un factor de riesgo, que predice la experimentación y el uso continuo de sustancias psicoactivas. Las expectativas negativas se señalan como un factor protector, que influyen significativamente para que no se inicie la conducta del consumo en los adolescentes; mientras que la utilización de drogas por parte de los jóvenes universitarios y sus pares en especial el consumo del tabaco y alcohol, se ha encontrado en límites muy sensibles en esta población (Degenhardt, 2012).

Continuando con la descripción de los determinantes ante esta problemática múltiple y las diferentes adicciones que plantea la sociedad moderna, sobre la que existe una gran variedad de lecturas, destaca la falta de literatura sobre el contexto cultural; en un sentido antropológico del término, en el cual la adicción se inscribe. En efecto, son pocos los autores que se han enfocado en el problema de las adicciones comúnmente conocidas como toxicomanía y drogodependencia. (Degenhardt, 2012).

Algunos autores como Oriol Romaní (2003) quien se refiere a que el problema de la droga está atravesado por dos dimensiones de la vida moderna. Por un lado, las drogas constituyen una respuesta técnica e industrial al proceso de tener que inventarse o hacerse a sí mismo, como parte de la sociedad, en el modelo americano que está representado por el self-made-man. Muestra al ser humano en un proceso de Jerarquía (Hammond, 2016). Es aquí donde se debe recordar que la democracia es un tipo de sociedad que se funda sobre la soberanía del individuo, donde el capitalismo y la privatización de grandes industrias a generado un problema social basado en iniquidad y pobreza. La producción y el consumo de drogas permite gestionar algunos de los problemas generados por el propio proceso de civilización (Hammond, 2016). Así, se decodifica hoy una multiplicidad de problemas cotidianos basados en la toxicomanía o drogadicción, sin tener una correlación con el individuo mediante la presencia del socialismo. La dolencia de la prisión individualista que se mitiga gracias a antídotos legales como el alcohol, los antidepresivos, ansiolíticos, anfetaminas y esteroides (Pérez, 2008).

Este tipo de drogas pueden generar cierto tipo de afecciones en aquellas personas adictas a sustancias ilegales que quieran llevar su aislamiento al terreno real serán aisladas, el adolescente en medio de su búsqueda de la identidad crea cierto tipo de adicciones socialmente aceptadas, que lo único que hacen es crear comunidades ficticias, pues son la unión de individuos unidos justamente por aquello que los separa (Ahern, 2009). Estas personas que se encuentran en un proceso de

desarrollo social realizan un viaje al interior de sí mismas, relegando así cualquier vínculo de la nada y esa es la mayor trasgresión, un límite que no se perdona, porque no participa en lo único público que la sociedad ha dejado, la economía la cual se convierte en el pilar de la vida para el adulto joven ya que se encuentran íntimamente ligados con la pobreza y el desempleo, en lo que se refiere a la medida de estatus socioeconómico, utilizando la variable de nivel educativo y situación laboral que muestran una asociación clara con el consumo, mientras que tal asociación resulta más matizada, si el estatus se mide a través del nivel de renta o del tipo de ocupación de la persona. La mayoría de los estudios que analizan la relación entre nivel educativo y consumo de sustancias, encuentran una asociación significativa entre ambas variables, en general los estudios tienden a mostrar que el bajo nivel educativo constituye un factor de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas (Scott, 2015).

Hay unanimidad a la hora de relacionarlo con una mayor prevalencia de conductas de riesgo y de daños derivados del consumo, también parece existir suficiente evidencia científica para relacionar la situación laboral y el consumo de drogas. En el caso de las personas adolescentes, el hecho de tener padres desempleados parece estar asociado a un mayor riesgo en cuanto al consumo de tabaco y cannabis (Galdós, 2013). En personas adultas, el desempleo se relaciona con una mayor probabilidad de consumo de tabaco y con patrones de consumo de alcohol de mayor riesgo. En cuanto al nivel de ingresos, un elevado nivel de renta parece ejercer un efecto protector en la población adulta, reduce el riesgo de consumos excesivos de alcohol e incrementa las probabilidades de abandono de tabaco; Las dificultades económicas se asocian con mayor probabilidad de conductas de riesgo como fumar durante el embarazo (Onyeka, 2015). En el caso de los adolescentes, no hay consenso sobre el efecto del nivel de renta familiar en el consumo aunque sí se observa una asociación entre mayor disponibilidad económica de los propios adolescentes el dinero de bolsillo del que disponen y consumos más elevados (Yipa, 2016).

En cuanto al tipo de ocupación entre las personas adultas, un bajo nivel ocupacional se relaciona con mayor riesgo de ser consumidor habitual de tabaco y una menor probabilidad de abandonar el consumo, también se ha asociado a una mayor mortalidad por consumo de alcohol y otras drogas. En adolescentes, parece que el bajo estatus ocupacional de los padres, se relaciona con un mayor riesgo de iniciarse en el consumo de tabaco y de cannabis, pero sin embargo, no existen evidencias suficientes respecto al consumo de alcohol (Hodder, 2017).

La revisión de la literatura muestra una gran variabilidad dependiendo de la sustancia, siendo la influencia del contexto mayor en el caso de las drogas ilegales en cuanto al consumo de tabaco y alcohol. Este resultado indica que la sección censal de residencia constituye un ámbito geográfico significativo para la intervención preventiva en materia de adicciones, especialmente en la prevención del consumo de sustancias ilegales (Onyeka, 2015). Sin embargo, la base científica para afirmar la existencia de una relación entre características socioeconómicas del entorno y consumo de sustancias, resulta ser algo débil (Barreiro, 2006).

Una revisión sistemática realizada por Karriker-Jaffe et al (2013), apunta a la existencia de asociaciones significativas en aproximadamente una tercera parte de los casos analizados y siempre en relación con la población adulta. Por otra parte, la asociación encontrada no indica un mayor consumo en barrios desfavorecidos, esta asociación puede afirmarse primordialmente respecto al consumo excesivo de alcohol y al uso de drogas ilegales distintas al cannabis y la relación es inversa si se considera el consumo entre adolescentes, es decir, consumen más los adolescentes pertenecientes a barrios con una mejor posición socioeconómica.

Los estudios multinivel individuales incluidos en la presente revisión apuntan a la existencia de asociaciones significativas entre las características socioeconómicas del entorno y el consumo de sustancias en general, dicha asociación refiere que el bajo nivel socioeconómico incluye, mayor desigualdad, menores rentas, mayor

proporción de población con bajo nivel educativo, ya que esto supone un riesgo para el consumo (SIIS, 2017).

3.2 CONDICIONES DE GÉNERO

En esta categoría se muestran las condiciones de género como la masculinidad, el abuso por parte del hombre de acuerdo a su jerarquía social, junto con las diferentes formas de maltrato que llevan a la mujer a iniciar el consumo de diferentes tipos de sustancias psicoactivas tanto legales como ilegales.

Tabla 3 *Condiciones de genero relacionadas con el consumo de drogas*

<i>Condiciones de Genero</i>	Número de artículos encontrados	Número de artículos en español	Número de artículos en ingles	Número de artículos en portugués
<i>Violencia hacia el género femenino</i>	8	3	2	3
<i>Violencia intrafamiliar</i>	5	3	1	1
<i>Maltrato frente a la mujer y consumo de drogas</i>	3	2	1	0
<i>Total de artículos revisados según categoría</i>	16 Artículos			

Fuente: Elaboración propia

Esta tabla muestra el numero de articulos analizados frente a la categoria de condiciones de genero.

Para comenzar a hablar sobre este tipo de condiciones, es importante tener claridad acerca de la definición de género, teniendo en cuenta que se trata de un conjunto de rasgos asignados a hombres y mujeres en una sociedad y que son adquiridos en el proceso de socialización. Son las responsabilidades pautas de comportamiento, valores, gustos, limitaciones, actividades y expectativas que la cultura asigna en forma diferenciada a hombres y mujeres (Villanueva, 2014).

Se derivan necesidades y demandas diferentes para hombres y mujeres en su desarrollo y realización personal. Se distingue del término “sexo”, pues alude a diferencias socioculturales y no biológicas, al ser una construcción social, está sujeta a modificaciones históricas, culturales y aquellas que derivan de cambios en la organización social. Como categoría de análisis se basa fundamentalmente, en las relaciones sociales entre hombres y mujeres (Dumaisa, 2012).

La masculinidad es un formato normativo de género, a través del cual las sociedades reglamentan cómo deben ser los hombres para ser dignos de esa etiqueta, contiene en su estructura, una serie de creencias con una cara prescriptiva “lo que se debe hacer para ser hombre” y otra proscriptiva “lo que no puede hacerse para ser hombre”. Dichas creencias se interiorizan durante la socialización generando un tipo de identidad particular denominada masculinidad. Esto es así, porque de ellas derivan mandatos y de esos mandatos derivan ciertos valores que como ideales, propician la elección de determinados modos de pensar, sentir y hacer que son lo que los varones tienden a realizar para definirse como varones valiosos (Yipa, 2016).

La masculinidad se construye simultáneamente en dos campos interrelacionados de las relaciones de poder; primero se encuentran aquellas de hombres con mujeres a través de la desigualdad de género y después se habla sobre las relaciones entre hombres mediante desigualdades basadas en: la raza, etnia, sexualidad, edad, etc (Barreiro, 2009).

En la sociedad patriarcal existe un formato específico predominante llamado “la masculinidad tradicional”, que monopoliza las definiciones sobre lo masculino y que por ello se le nombra como masculinidad hegemónica. Hay otras masculinidades y otros modelos, pero son subordinadas, ya que poseen menor valor social como ideales masculinos (Arendta, 2016).

Las creencias de la masculinidad tradicional dificultan para los varones en general, pensar y comportarse como iguales a las mujeres, en una igualdad cooperativa con otros varones. Tiene como ejes la subordinación y discriminación de las mujeres (sexismo), la desvalorización de lo percibido como femenino, la homofobia (temor u odio irracional hacia las personas homosexuales) y las jerarquías entre los mismos hombres (Degenhardt, 2012).

Algunas características sobresalientes de la construcción de la identidad masculina dominante son: la comprobación de la hombría mediante la violencia, la multiplicidad de parejas, experimentación con el cuerpo de las mujeres, coerción en las relaciones sexuales, erotización de la subordinación femenina, sexualización de la violencia, falo centrismo y obsesión por el desempeño sexual o el orgasmo (Goebel, 2011).

Otras características pueden ser las prácticas temerarias como, conducir a altas velocidades, la exposición a graves riesgos de salud, por ejemplo, rechazo a el uso del condón y el consumo compulsivo de alcohol, tabaco y otras drogas. (Goebel, 2011).

Por otra parte la violencia es un fenómeno distinto de la agresión, ya que debe señalarse la asimetría propia del acto violento, su carácter coercitivo y su remisión al concepto de poder. Su intención más que dañar, es dominar, someter, doblegar,

paralizar por medio del ejercicio de la fuerza ya sea esta física, psicológica, económica o sexual (Onyeka, 2015).

Los conocimientos derivados de los estudios de género contribuyeron a visibilizar la asociación entre violencia y masculinidad y a desmitificar las explicaciones de la violencia masculina en el ámbito doméstico como secundaria de trastornos psicopatológicos individuales, vinculados al uso de alcohol, drogas, factores económicos y educacionales. Aunque estos se pueden entender como factores de riesgo o disparadores socioculturales (Hammond, 2016).

Los hombres que ejercen violencia, han incorporado en su proceso de socialización de género un conjunto de creencias, valores y actitudes que en su configuración más estereotipada delimitan la denominada “mística masculina”, la cual genéricamente se relaciona con la restricción emocional, homofobia, modelos de control, poder y competencia, obsesión por los logros y el éxito (Gray, 2011).

“Se ha demostrado que la violencia en los vínculos y su reproducción, son el producto de la internalización de pautas de relación en una estructura jerárquica entre los géneros, modelo familiar y social propio del patriarcado que la acepta como procedimiento viable para resolver conflictos” (Fernández, 2013).

Actualmente los especialistas en problemática del género acentúan la importancia de las prácticas sociales, en la construcción de las identidades y prefieren hablar de “femineidades” y “masculinidades”, de esta forma no sólo evitan los esencialismos, sino que procuran respetar las diferencias relativas de la etnia, cultura y clases sociales a la que cada sujeto pertenece (Schmidt, 2013). En esta cultura, la construcción de la subjetividad masculina tendría un carácter reactivo y tres serían sus pilares: No ser mujer, no ser niño, no ser homosexual (Badinter, 2006).

El modelo de masculinidad tradicional asentado en el mito del héroe, persiste entre la sociedad como un estereotipo promedio aunque sea cuestionado. Un verdadero hombre debe ser fuerte, competitivo, autosuficiente, agresivo, exitoso en el trabajo y con las mujeres, valiente y arriesgado aunque deba pagar el costo de sus excesos (Cerezo, 2004).

El estudio internacional sobre género, alcohol y cultura (GENACIS), exploró y analizó la relación entre el consumo de alcohol y la violencia en la pareja específicamente en 10 países de las Américas: Argentina, Canadá, Costa Rica, Brasil, Belice, Estados Unidos, México, Nicaragua, Perú y Uruguay. Su consecución no sólo permite encarar un aspecto infra-atendido del dilema de la violencia, sino también progresar en la metodología de investigación al recolectar información detallada sobre la manera en que los hombres y las mujeres experimentan los actos de agresión en la pareja (Pérez, 2008).

Los hallazgos del estudio *Sobre Género Alcohol y Cultura* son sorprendentemente consistentes, pese a las diferencias de idioma, cultura, prosperidad económica y otros factores que afectan. Por ejemplo, en todos los países la agresión en la pareja parece disminuir con la edad. En cuanto a la relación entre el patrón de consumo de alcohol y la agresión en la pareja, los resultados mostraron que los bebedores tenían mayores probabilidades que los abstemios de notificar agresión en la pareja (como víctimas y como agresores) y que quienes bebían más, tenían mayores probabilidades de verse envueltos en agresión que aquellos que bebían menos, sin embargo, no surgió un patrón claro que vinculara la agresión en la pareja con la frecuencia de consumo (Hammond, 2016).

En los países con diferentes patrones de consumo y culturas diversas, hay cada vez más datos probatorios de que el vínculo entre el consumo de alcohol y la agresión en la pareja se relaciona principalmente con la cantidad de alcohol consumida, al menos a nivel individual, contribuyendo de este modo a comprender mejor las

relaciones previamente observadas entre la agresión física del hombre hacia la mujer, problemas de pareja y problemas de alcohol (Monckton, 2011).

Por otro lado la influencia del género en los hábitos de consumo de drogas está condicionada por el factor generacional entre la población adulta, educada mayoritariamente en el modelo tradicional de los roles de género. Los consumos entre las mujeres son mucho más reducidos que entre los hombres, pero en el caso de los adolescentes educados en un modelo de roles más igualitarios, se observa una tendencia a la equiparación de los hábitos de consumo de drogas, que ya es una realidad en el caso de sustancias como el tabaco y el alcohol (Quimbayo, 2013).

El abuso de drogas es uno de los principales factores determinantes de la salud, en especial entre las poblaciones más jóvenes, una conducta que en la actualidad también afecta de manera importante a las mujeres (Orozco, 2006).

Otro aspecto que puede insitar a mujeres jóvenes al consumo de sustancias psicoactivas es violencia contra la mujer, siendo esta considerada como:

“... Un acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para las mujeres, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública o privada...” (Calvo, 2005).

Entre los muchos factores implicados en la violencia de género, merece especial consideración el consumo de sustancias tóxicas de carácter adictivo, tanto en el maltratador como en la propia víctima, sin embargo aun cuando estos 2 conflictos coexisten en un alto porcentaje de los casos (Calvo, 2005).

Los estudios muestran que las mujeres que abusan de drogas son más propensas a convertirse en víctimas de la violencia doméstica, incluso se ha planteado que la madre con abuso de sustancias es incapaz de protegerse a sí misma o a sus hijos como víctimas de maltrato (Márkez, 2002). Las mujeres maltratadas pueden

presentar como consecuencia del maltrato, un comportamiento autodestructivo como: automedicación, suicidio, abuso de alcohol y otras drogas. Son más propensas a recibir tratamientos farmacológicos y a empezar a ser drogodependientes de tranquilizantes, sedantes, estimulantes y analgésicos. El abuso de sustancias tóxicas de carácter adictivo puede surgir como una estrategia para hacer frente a la situación de violencia, para afrontar su miedo e ira y poder continuar con su vida diaria como si se tratara de una especie de medicación (Laudet, 2015).

3.3 CONSUMO ADICTIVO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y ENFERMEDAD MENTAL

En esta categoría se muestra como el uso y abuso de distintos tipos de sustancias psicoactivas pueden llegar a ocasionar un deterioro a nivel cognitivo en el individuo llevándolo a diferentes afecciones psiquiátricas.

Tabla 4.

Consumo adictivo de sustancias psicoactivas y su relacion con la enfermedad mental

consumo adictivo y enfermedad mental	Número de artículos encontrados	Número de artículos en español	Número de artículos en ingles	Número de artículos en portugués
<i>Trastorno de la ansiedad</i>	15	5	4	6
<i>Trastornos psicóticos y esquizofrenia</i>	6	3	2	1
<i>Trastornos relacionados con el estado de animo</i>	5	1	4	0
<i>Total de artículos revisados según categoría</i>	26 Artículos			

Fuente: Elaboración propia

Esta tabla muestra el numero de articulos analizados en cuanto a la relacion entre el consumo adictivo de sustancias psicoactivas y la enfermedad mental.

Para comenzar a hablar sobre las enfermedades mentales asociadas al mantenimiento del consumo de sustancias psicoactivas, se debe tener en cuenta el concepto de consumo adictivo, el cual consiste en la dependencia de la ingesta de sustancias que afectan directamente al sistema nervioso central, sus principales funciones, que lo hace estrictamente sensorial y también respecto a los estados de ánimo. Comportamiento, percepción, emociones y juicio se verán afectados por el consumo adictivo y descontrolado, las drogas que ostentan un alto grado de dependencia son cocaína, heroína, marihuana, LSD, entre otros (Segala, 2017).

También es importante conocer el concepto de dependencia teniendo en cuenta que es cuando se siente o se cree que no se puede vivir sin algún tipo de droga, y el individuo empieza a utilizarla en forma permanente o de manera compulsiva. La dependencia a las drogas es una de las formas de consumir psicoactivos. Pero no es ni la única ni la más habitual, desarrollar una dependencia con las drogas es haber llegado a los últimos peldaños de una escalera que se ha comenzado a subir mucho tiempo antes, de manera gradual, casi siempre sin conciencia de ello por parte de la persona. Algunos autores se refieren a una dependencia física y a una dependencia psíquica en este caso se muestra al individuo como un ser íntegro, considerando que de ambas maneras prevalece en la persona la compulsión e imperiosa necesidad de consumir drogas. (Duarte & Silva, 2015)

Uno de los principales trastornos asociados al consumo de drogas es la ansiedad, la cual es denominada como el conjunto de síntomas psíquicos, físicos y conductuales, mediados por mecanismos neurobiológicos y asociados a diferentes etiologías. El síndrome ansioso puede ser secundario a intoxicación, abuso, abstinencia, hipertiroidismo, hipoglicemia, insuficiencia cardíaca, epilepsia, o bien ser producido por cualquier trastorno de ansiedad (Gutiérrez, 2006).

El diagnóstico de este trastorno, requiere un predominio del síntoma de ansiedad o bien de crisis de pánico, obsesiones, compulsiones, síntomas fóbicos que se dan durante la intoxicación en el primer mes siguiente al consumo como lo es malestar clínicamente significativo o deterioro social, ocupacional u otro en la vida del individuo. Como en el resto de los trastornos inducidos por drogas, éste también se debe establecer únicamente cuando los síntomas son claramente excesivos, en comparación con lo que cabría esperar de una intoxicación y cuando son de suficiente gravedad, como para merecer una atención clínica independiente (Micin, 2011).

La aparición de expresiones de ansiedad en estado de intoxicación se explica entendiendo el tetrahidrocannabinol como estresor químico. Como ya se conoce, el estrés agudo está asociado con la activación meso límbico cortical, teniendo en cuenta esto y la presencia abundante de algunos receptores en estructuras límbicas como el núcleo para ventricular del hipotálamo y el núcleo central de la amígdala, se puede inferir que la administración aguda del tetrahidrocannabinol puede desencadenar una respuesta comportamental similar al estrés, debido a que su captación por ciertos receptores de estas regiones, facilitando la liberación de hormona adrenocorticotropa implicada en la ansiedad (Laudet, 2009).

Estudios estadísticos, asocian el uso diario de sustancias psicoactivas en jóvenes con el riesgo de presentar ansiedad o depresión cinco veces mayor al de los no consumidores y se indica que el uso frecuente en adolescentes duplica el riesgo de aparición de ansiedad o depresión más adelante (Manning, 2015). La historia de dependencia está ligada en concreto con un incremento del riesgo de aparición de crisis de pánico y con el inicio de la misma, significativamente más temprano en personas que consumen droga en comparación con las que no (Mondragon, 2013).

La ansiedad provoca un mayor o menor grado de malestar, fruto de esa amenaza que el sujeto no puede afrontar con éxito, la percepción que se tiene de este se

traduce en pensamientos y sentimientos negativos, percepción de alta activación fisiológica, etc. Algunas respuestas consumatorias (comer, fumar, beber) pueden reducir este malestar, de hecho, una de las siete respuestas motoras de ansiedad que evalúa el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) es "*fumo, como o bebo demasiado*", siendo ésta una de las respuestas motoras que mejor discriminan entre personas con alta y baja ansiedad. En general, existen grandes diferencias individuales en las manifestaciones de ansiedad, pero son especialmente curiosas las diferencias en la especialización fisiológica que hacen algunos individuos, así como en la que hacen otros con respecto a las respuestas consumatorias (Torres, 2011).

Según esta especialización fisiológica, algunos individuos tienden a desarrollar fuertes reacciones autonómicas en el estómago, mientras que otros apenas perciben molestias en el estómago; algunos sujetos se especializan en una alta respuesta cardiovascular, pero a otros les afecta más el sistema respiratorio o la garganta, entre otras. Así mismo, parece que algunos sujetos van a adoptar un determinado tipo de respuesta consumatoria ante una situación ansiógena, mientras que otros sujetos van a responder de otro modo (Tziraki, 2012). Los trastornos del estado de ánimo y los trastornos afectivos, pueden solaparse con los síntomas de la ansiedad, o puede darse en el cuadro clínico de una psicosis (Gutiérrez, 2006).

El trastorno afectivo bipolar consiste en ocasionar cambios abruptos del estado de ánimo, generando cambios anímicos, que van desde la excitación y euforia, hasta la depresión y desesperanza (Manning, 2015); Por otra parte la depresión es un trastorno caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (Micin, 2011). Esta patología y la transmisión genética de ambas condiciones, advierten que el alcoholismo y la

depresión son dos enfermedades comunes pero independientes, que a veces se dan en una misma familia (Posada, 2003).

En una encuesta realizada por el Instrumental Gold a 6.355 pacientes adictos a sustancias, encontró una incidencia de depresión profunda de por vida del 43,7% y una incidencia de depresión sub-clínica del 9,6% (Arendt, 2005). Los resultados de algunos estudios longitudinales indican que ciertas condiciones psicopatológicas incluyendo la depresión, el trastorno bipolar y en menor grado el trastorno por ansiedad, guardan relación con el uso de cannabis y su progresión a trastornos por consumo, generando dependencia y abuso (Arendt, 2005). Se evidencia una asociación significativa entre el uso de cannabis y el trastornos de ansiedad, también se relaciona el uso de droga y el riesgo de un primer episodio depresivo mayor o trastorno bipolar. (Fernández, 2011).

Los trastornos psicóticos como otra de las patologías mentales de mayor prevalencia como consecuencia del consumo de sustancias, este hace referencia a un estado mental descrito como, una pérdida de contacto con la realidad a las personas que lo padecen se las denomina psicóticas. Los individuos que experimentan psicosis pueden presentar alucinaciones, delirios y pueden exhibir cambios en su personalidad y pensamiento desorganizado; Estos síntomas pueden estar acompañados por comportamientos inusuales o extraños, así como por dificultad para interactuar socialmente e incapacidad para llevar a cabo actividades de la vida diaria (Díaz, 2010).

Los trastornos psicóticos mentales graves causan ideas y percepciones anormales, las personas con psicosis pierden el contacto con la realidad. Dos de los síntomas principales son: **1. Los delirios:** son falsas creencias, tales como la idea de que alguien está en su contra o que la televisión les envía mensajes secretos. **2. Las alucinaciones:** son percepciones falsas, como escuchar, ver o sentir algo que no existe (Arendt , 2005).

Una de las enfermedades más conocidas dentro de los trastornos psicóticos es la esquizofrenia, existen cuadros psicóticos de larga duración de tipo esquizofrénico puestos en marcha por el consumo de cannabis, que plantean una confusión en el diagnóstico. Se presentan dos tipos de esquizofrenia una puede ser “endógena”, cuyo factor desencadenante es el consumo de drogas o bien puede ser una “psicosis”, cuyo causal es el consumo de tóxicos, denominada psicosis cannabica (Dolengevich, 2015). Clínicamente, al comienzo de la sintomatología suele haber un estado de euforia y desinhibición, locuacidad, risa fácil, bienestar, agudización de las percepciones visuales, auditivas y táctiles, así como una ligera distorsión del espacio y el tiempo. Entre los signos físicos destacan el enrojecimiento conjuntival, la boca seca y la taquicardia. En consumidores inexpertos o con dosis elevadas pueden aparecer ansiedad, disforia y sintomatología paranoide (Tziraki, 2012).

El cerebro adolescente se encuentra en una fase crucial del neurodesarrollo y de esta forma el consumo de esta sustancia en edades tempranas se asocia a problemas académicos, cognitivos y comportamentales (Torrensa, 2011). El consumo de cannabis no suele tener un impacto negativo en la mayoría de casos sin embargo, alrededor de un 10% de los consumidores tiene el riesgo de desarrollar una dependencia. Los adolescentes son particularmente vulnerables, ya que se ha evidenciado que a más temprana edad de inicio en el consumo y a mayor frecuencia de este se aumenta la probabilidad de desarrollar una dependencia (Díaz, 2010). Conviene destacar también que el consumo de cannabis en el adulto joven se asocia con una mayor incidencia de trastornos psiquiátricos, tanto de psicosis como de trastornos de ansiedad y de ánimo (Mula, 2009).

Un estudio Cross-site¹ muy reciente, observa una asociación entre el inicio temprano de consumo de cannabis y la aparición de signos de depresión

¹ permiten estimar la prevalencia de una enfermedad en una población determinada.

posteriormente en la vida del consumidor, sin una significativa distinción de sexo. Además, la tasa de suicidio en consumidores de cannabis es de dos a cuatro veces mayor, que la de los trastornos afectivos no inducidos por cannabis, este dato es un tanto sorprendente (Goebel, 2011). También se asocia el uso de cannabis, alcohol, tabaco y cocaína, con el uso de otras drogas y con trastornos mentales. Los resultados obtenidos en distintas investigaciones refieren que el cannabis y el tabaco se correlacionan con aumentadas tasas de trastornos mentales, aunque el cannabis en concreto no se ha mostrado significativamente asociado con trastornos de ansiedad, ni afectivos, igual que el alcohol. Los tres tipos de droga se han asociado con una alta probabilidad de usar otras sustancias, aunque el cannabis presenta la asociación más fuerte (Fernández, 2011).

3.3 ROL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL INICIO Y MANTENIMIENTO DEL CONSUMO DE DROGAS

En esta categoría se muestra el rol del profesional de enfermería frente a las condiciones en las que se desarrolla el individuo llegando a ocasionar algún tipo de enfermedad mental, mediante acciones no solo a nivel del individuo enfermo si no en búsqueda de acciones que puedan prevenir el consumo de sustancias psicoactivas mediante intervenciones estandarizadas en el plan de atención en enfermería.

Tabla 5:

Rol del profesional de enfermería frente al consumo de sustancias psicoactivas.

<i>Rol del profesional de enfermería</i>	Número de artículos encontrados	Número de artículos en español	Número de artículos en inglés	Número de artículos en portugués
<i>Atención primaria en salud</i>	6	3	2	1
<i>Rol del profesional de enfermería en psiquiatría</i>	6	3	2	1
<i>Total de artículos revisados según categoría</i>	12 Artículos			

Fuente: Elaboración propia

Esta tabla muestra el número de artículos analizados frente a las acciones realizadas por el personal de enfermería en cuanto al consumo de sustancias psicoactivas.

Los nuevos patrones de consumo constituyen un fenómeno diferenciado cuyo abordaje puede hacerse de forma eficaz desde atención primaria (Epel e, 2008). Muchos consumos comienzan en el transcurso de la adolescencia, el uso ocasional de tabaco, alcohol y cannabis en jóvenes desde los 14 años genera un llamado de atención y debe hacer reflexionar sobre el importante papel que enfermería debe desempeñar (Cueva, 2012). Es evidente que el abuso de cualquier droga, puede tener consecuencias negativas sobre el desarrollo y la salud de los adolescentes. Pero también es cierto, que los medios de comunicación ofrecen en demasiadas ocasiones una imagen deformada del fenómeno, presentando como habituales y cotidianos los casos más extremos (Monckton, 2011).

Debe realizarse un abordaje integral para la atención de estos sujetos de cuidado, basado en una visión biopsicosocial, la accesibilidad del sistema, el contacto con la unidad familiar, la posibilidad de trabajo interdisciplinar y de una atención continuada son características del sistema, que facilitan su eficiencia en este sentido (Laudet, 2015). La mayoría de los profesionales de atención primaria, han permanecido al margen del diagnóstico, tratamiento, prevención y seguimiento de los problemas derivados del consumo de cualquier droga. En algunos casos por prejuicio y en otros por falta de formación, el “drogadicto” ha sido tradicionalmente considerado como un paciente incómodo y de difícil abordaje (Posada, 2004).

De acuerdo con el modelo clásico tomado de las enfermedades infecciosas, se le considera “prevención primaria”, el conjunto de medidas destinadas a evitar que las personas entren en contacto con las drogas. Sí se toma como indicador las prevalencias de consumo de drogas, la eficacia y eficiencia de las estrategias de prevención primaria utilizadas hasta el momento en grandes poblaciones parece escasa. Sería adecuada una reflexión a profundidad, sobre los objetivos y estrategias de prevención, en un enfoque de criterios mas centrado de tipo sanitario y no de índole moral. (Denomme, 2017).

Las cuestiones relacionadas con las drogas van a ser causa de una profunda preocupación para muchos padres, por este motivo es imprescindible que el/la enfermera/o disponga de conocimientos, herramientas y habilidades suficientes para abordar multitud de situaciones que pueden presentarse en la atención al sujeto de cuidado, como patologías derivadas del consumo de drogas en jóvenes y adolescentes. Dudas y cuestiones planteadas tanto por los jóvenes como por sus padres, demandas analíticas por parte de éstos para saber si sus hijos “se drogan” y aspectos preventivos (Monckton, 2011). Además de los mensajes destinados a evitar el consumo, es necesario que aquellas personas en mayor riesgo conozcan estrategias encaminadas a minimizar las consecuencias negativas para la salud. La reducción de riesgos y daños, debe entenderse como una prevención específica sobre colectivos concretos, complementaria a la prevención primaria, no como opuesta a ella (Wright, 2002).

Los ámbitos más idóneos para las intervenciones de prevención primaria son la familia y la escuela, aunque el profesional de atención primaria puede realizar una labor importante de apoyo, los programas de prevención sobre drogas, deben ser realistas, objetivos y ajustados a la evidencia científica disponible, huyendo siempre de enfoques alarmistas y exagerados. Puede ser contraproducente ignorar los riesgos del consumo de drogas, como aquellos enfoques tremendistas, que llevan al desprestigio del emisor de los mensajes en beneficio de otros canales alternativos y no controlados (Denomme, 2017).

Tanto la prevención, como el tratamiento de muchos de los problemas derivados del consumo de este tipo de sustancias, pueden ser abordados desde la atención primaria de una forma eficaz. No se trata de sustituir el papel de dispositivos como los centros de atención a drogodependientes o salud mental, sino de complementarlo a través del enfoque de cuidados mediante el desarrollo de potenciales sanos en el individuo, pero para ello es necesario una mayor formación

e implicación, por parte de todo el equipo interdisciplinar en este interesante campo de trabajo (Lozano, 2015).

Por otro lado la enfermería en psiquiatría ha ido evolucionando a la par que otras áreas, de acuerdo con los avances científicos y tecnológicos aportados por las ciencias sociales, biomédicas y de la conducta. Se ha fortalecido además con teorías propias hoy reconocidas, las cuales se destacan la teoría de la "relación interpersonal enfermera paciente" de Hildegard Peplau, la teoría de "las necesidades humanas" de Virginia Henderson, la aplicación de la teoría de "adaptación" de la hermana Calixta Roy y otras tantas que han aportado elementos importantes, no solo al trabajo de la enfermera en el área de Psiquiatría, sino han contribuido con sus aportes al manejo integral de la persona enferma, sea cual sea el lugar donde se encuentre y el problema que tenga el individuo (Privatizando el Cuidado, 2008).

Si bien es cierto que cuando se nombra por primera vez a los profesionales de enfermería, el área de psiquiatría y salud mental, la primera impresión es: temores, inquietudes y falsas creencias acerca de las enfermedades mentales no es menos cierto que muchos de los elementos teóricos y prácticos adquiridos en Salud Mental y Psiquiatría van a promover un mejor conocimiento personal, facilitando la comprensión de su propio comportamiento y de las personas que le rodean, teniendo en cuenta que éste no es un hecho aislado sino que está influenciado por el pasado, el presente y el futuro de la persona (Cueva, 2012).

La enfermería en salud mental, es un área que emplea teoría del comportamiento humano, para prevenir y tratar los trastornos mentales y sus secuelas y para fomentar una salud mental óptima en el individuo, la familia y la comunidad (Denomme, 2017). Reconociendo al ser humano como un ser único, integral, con potencialidades para desarrollarse, para cambiar y adaptarse a diferentes

circunstancias, un ser influenciado en su comportamiento por múltiples factores provenientes de su entorno familiar y social (Wright, 2002).

Si se revisan las funciones del profesional de enfermería en Psiquiatría, se aprecia que no difiere mucho a las de otras áreas. La enfermera debe contar con muy buenas bases para optimizar su desempeño, en los roles funcionales que le corresponden como administradora, educadora, investigadora y proveedora de cuidado a nivel individual, familiar o grupal (Ínsula, 2013). La finalidad de la práctica asistencial es la salud mental, se basa en acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria. La salud mental es algo inherente a cada uno de los seres humanos y debe estar presente en todo tipo intervenciones profesionales (Díaz, 2010).

4. DISCUSIÓN

En seguida se realizará una postura crítica frente al análisis realizado, de acuerdo con la lectura de las diferentes investigaciones sobre las condiciones de vida que influyen en el inicio y mantenimiento del consumo de sustancias psicoactivas, llevando al individuo a una enfermedad mental.

Para iniciar cabe destacar que el inicio del consumo de sustancias psicoactivas es más prevalente si el individuo se desenvuelve en cierto tipo de condiciones o entornos sociales, entre estos se encuentra el entorno familiar en el que se desarrolla el individuo hasta llegar a su edad adulta. La literatura muestra que existe mayor probabilidad de que un adolescente inicie un consumo de sustancias psicoactivas si se desenvuelve en un entorno familiar disfuncional con condiciones de pobreza y violencia. Uno de los condicionantes más importantes es la ausencia de uno de los padres en el núcleo familiar, principalmente se debe a la ausencia del padre quien ejerce autoridad en la familia, aunque alguna literatura nombra el rol materno como uno de los principales condicionantes en la adolescencia para iniciar el consumo de drogas debido al abandono o violencia intrafamiliar.

Aunque no solamente se asocia el consumo de drogas a la tipología familiar, también se relaciona la sobreprotección por parte de los padres como uno de los factores asociados al inicio del consumo de drogas debido a la limitación de la autonomía del adolescente convirtiéndolo en un ser con poco sentido crítico y dificultad al momento de la toma de decisiones; aunque existe alguna literatura que nombra el abandono de los padres por cuestiones laborales como uno de los factores predisponentes para que el adolescente consuma este tipo de psicoactivos, ya que no tiene alguna figura de referencia para diferenciar entre lo que es bueno y lo que es malo.

Teniendo en cuenta lo anterior las relaciones sociales en el adolescente se pueden convertir en uno de los principales factores para el inicio consumo de sustancias

psicoactivas, ocasionado por el cambio de grupo de referencia de la familia a una relación de iguales; es así como la influencia de los amigos frente al consumo de drogas se convierte en una de las condiciones sociales más relevantes para este tipo de población, pues si el grupo social del adolescente es consumidor de algún tipo de sustancia, este para ser aceptado iniciará el consumo de drogas como una práctica social.

También es importante destacar las relaciones de pareja, pues es aquí donde se hacen relevantes las condiciones de género en las que se desarrolla el individuo ya que tiende a generar cierto tipo de acciones violentas hacia la mujer por el grado de superioridad que muestra el hombre, de acuerdo a las connotaciones sociales de masculinidad en las que se desarrolle el individuo, este tipo de inequidad puede ser inducido por el consumo adictivo de cierto tipo de sustancias psicoactivas, siendo en este caso más prevalente el consumo de alcohol; alguna literatura muestra que el consumo de sustancias psicoactivas por parte de la pareja induce a la mujer a ingerir este tipo de sustancias para poder ser aceptada por el entorno social de su pareja o como una salida ante las problemáticas en su relación sentimental. Otro tipo de literatura muestra que las acciones de las mujeres frente al consumo de sustancias psicoactivas cada día se hacen más prevalentes debido a la necesidad de superar la figura masculina como superior a la mujer en la sociedad.

Por otra parte los factores socioeconómicos asociados al consumo de sustancias psicoactivas son más prevalentes en el caso del adulto joven, ya que la literatura muestra que si el proyecto de vida del joven se ve obstaculizado por una economía deficiente, este tiene mayor riesgo a iniciar un consumo adictivo de sustancias psicoactivas como una salida a sus problemas económicos; Cabe destacar que el adulto joven crece y crea su proyecto de vida en entornos de pobreza, violencia y siendo influenciados por sus pares o iguales para consumir este tipo de sustancias, sumándole a estos el desempleo y la falta de educación que se origina en este tipo de población.

Es así como este consumo que alguna vez fue inicial para el adolescente se convierte en un consumo adictivo para el adulto joven, causado a raíz de los determinantes socioeconómicos en los que se desenvuelve el individuo; generando afecciones a nivel de la salud, como lo son los trastornos psicológicos y psiquiátricos; principalmente se asocian los trastornos de la ansiedad puesto a que el individuo genera la necesidad de consumo de una sustancia, que se manifiesta a nivel de pensamientos o emociones, ante una situación estresante, o algún problema; también se relacionan muy frecuentemente los trastornos psicóticos con el consumo de drogas causados principalmente por el deterioro cerebral que causan este tipo de sustancias alucinógenas, estas asociadas al consumo dependiente de drogas pueden llegar inclusive a ocasionar enfermedades crónicas como la esquizofrenia.

De acuerdo con lo anterior es importante que el profesional de enfermería tenga conocimientos frente a las condiciones en las que se desarrolla el adolescente, para de esta manera generar acciones desde la atención primaria en salud por medio del plan de atención en enfermería, buscando generar nuevos diagnósticos e intervenciones por parte de estos, basadas en tratar al adolescente no solo en la enfermedad si no también generar intervenciones frente a las condiciones de vida que pueden llegar al inicio del consumo de drogas. Es de esta forma como se muestra la importancia de las acciones realizadas para la atención a este tipo de población por parte del personal de enfermería, brindando intervenciones estandarizadas que evalúen el riesgo del adolescente según las condiciones de vida en las que se desarrolle, por medio de una valoración de las condiciones socioeconómicas, de esta manera planear acciones encaminadas a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la población adolescente. Este tipo de intervenciones se deben basar en la educación a la población vulnerable sobre las consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas, y a acciones que fortalezcan las relaciones en el ámbito familiar en el que se desarrolla el individuo;

con el fin de destacar los potenciales de una manera adecuada para la creacion de su proyecto de vida.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A pesar de que se realizó una búsqueda exhaustiva de artículos científicos que nombraran el rol del profesional de enfermería frente a las condiciones de vida en las que se desarrolla el individuo ante el consumo de sustancias psicoactivas, siendo esta una problemática a nivel social, se encontró que existe poca literatura que muestre el consumo de drogas como un problema de salud pública que afecta a la mayor parte de la población adolescente según los boletines epidemiológicos más recientes, teniendo en cuenta que a raíz de la revisión sistemática realizada se encontró que las condiciones de vida en las que se desarrolla el adolescente pueden obstaculizar el proyecto de vida del adulto-joven, llevándolo a un consumo adictivo de sustancias psicoactivas generando un deterioro cognitivo y llegar a causar una enfermedad mental. También es importante tener en cuenta que el rol del profesional de enfermería es muy importante frente a las condiciones de vida en las que se desarrolla el adolescente mediante la atención primaria en salud, buscando intervenciones adecuadas por medio del plan de atención en enfermería con el fin de crear intervenciones estandarizadas para que el adolescente tenga un óptimo desarrollo familiar, un disfrute adecuado de los potenciales sanos y orientándolo para que este pueda desarrollar su proyecto de vida.

Por otra parte se recomienda realizar más investigaciones por parte del personal de enfermería frente a las condiciones de vida en las que se desarrolla el individuo, ya que se identificó la carencia de conocimientos en el área de enfermería frente a las condiciones en las que se desarrolla el adolescente; aunque existen teorías que avalan los cuidados de la salud en pacientes psiquiátricos, no se muestran acciones ni intervenciones en el plan de atención en enfermería que orienten al adolescente sobre las repercusiones en la salud frente al consumo de drogas.

6. RESUMEN

Cuando se trata de explicar los condicionantes que conllevan al consumo de drogas, se observa una gran diversidad de elementos entre los cuales se encuentran: Las condiciones económicas y las relaciones sociales en las que se desenvuelve el individuo, siendo estos factores los que contribuyen a la comprensión de dicha problemática, teniendo en cuenta no solo su carácter masivo, sino también que afecta a la salud de los individuos; por esto se hace imperativo recalcar la importancia de los profesionales de enfermería como agentes del cuidado de la salud, enfocados en el diseño y la ejecución de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad frente al consumo de drogas. Por todo lo anterior esta revisión sistemática se planteó como objetivo Identificar las condiciones de vida en el consumo inicial de sustancias psicoactivas del adolescente y el consumo adictivo del adulto-joven con enfermedad mental, mediante la revisión de artículos científicos. Para el cumplimiento de este se realizó la búsqueda y sistematización de los datos por medio de criterios de inclusión tales como el tiempo de publicación y que fueran en idiomas como inglés, portugués y español, esta búsqueda arrojó como resultado que las condiciones de vida en las que se desarrolla el individuo se encuentran enmarcadas por particularidades individuales, y por el contexto histórico, político, económico y social en el que se desarrolla el adolescente está íntimamente ligado con el consumo de sustancias psicoactivas. Finalmente se recomienda realizar investigaciones por parte de los profesionales de enfermería frente a esta problemática social para poder generar intervenciones estandarizadas en el plan de atención de enfermería para este tipo de población.

PALABRAS CLAVE: Condiciones de vida, consumo de drogas, enfermedad mental, rol del profesional de enfermería, atención primaria en salud.

7. BIBLIOGRAFIA

1. Arendt M. (2005). Psicosis Inducida por Cannabis y Subsecuentes Trastornos del Espectro Esquizofrénico: Estudio de Seguimiento de 535 Casos. *British Journal of Psychiatry*, 23.
2. Ahern, J. (2009). Stigma, discrimination and the health of illicit drug users. *Drug and Alcohol Dependence*. 9 - 12.
3. Alvarez, J. (2009). Stigma and the health of illicit drug users. 9 - 12.
4. Barca, A. (2006). Determinantes familiares, escolares y grupales del consumo de drogas en la adolescencia. *Jornal estudies in psycology*, 22.
5. Barbosa. (2012). Consumo de crack: repercusiones en la estructura y en la dinámica de las relaciones familiares. *Enfermería global*, 11.
6. Belmonte. (2009). El concepto de juventud. *Revista mexicana de sociología*, 32.
7. Barreiro, G. (2009). Consumo de sustancias psicoactivas: estudio comparativo entre anesthesiólogos e internistas en Uruguay. *A v psicol*, 6.
8. Barreiro, G. (2006). Consumo de sustancias psicoactivas: estudio comparativo entre anesthesiólogos e internistas en Uruguay. *Adicciones*.16-18.
9. Cogollo, Z. (2011). Prevalencia y factores asociados al consumo de sustancias ilegales en adultos de Cartagena, Colombia. *Rev. Colombia Psiquiat*. 11 - 13.
10. Chait, L., Calvo, Z. (2005). Mujeres drogodependientes maltratadas: análisis para la intervención. *Trastornos adictivos*, 23.
11. Cueva, G. (2012). violencia y adicciones: problemas de salud pública. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 5 - 9.
12. Denomme, W. J. (2017). Helping concerned family members of individuals with substance use and concurrent disorders: An evaluation of a family

- member-oriented treatment program. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 23.
13. Dumaisa, A. (2012). Esquizofrenia y violencia grave: un análisis del perfil clínico que incorpora la impulsividad y los trastornos de consumo de sustancias. *Psiquiatría Biológica*, 16.
 14. Díaz, L. P., Palucci, M. H. (2010). El papel de los profesionales en centros de atención en drogas en ambulatorios de la ciudad de Bogotá, Colombia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 8.
 15. Dolengevich. (2017). Trastornos por consumo de sustancias y fármacos. *actualización*, 9.
 16. Díaz, K. (2012). Factores familiares, individuales y ambientales en el consumo y no consumo de drogas en adolescentes. *Av. Enferm.* 10
 17. Degenhardt, L. (2012). Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. *Adicción*, 8 -16 - 23.
 18. Díaz, L. P. (2010). El papel de los profesionales en centros de atención en drogas en ambulatorios de la ciudad de Bogotá, Colombia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 10.
 19. Enríquez, H. M. (2011). Los estudios sobre juventud en México. *Espiral, Estudios sobre Estado y Sociedad*, 32.
 20. Epele, M. E. (2008). Privatizando el cuidado: desigualdad, intimidad y uso de drogas en el gran Buenos Aires, Argentina. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología*. 7.
 21. Fernández, M., González, M., Sáiz, P., Gutiérrez, E. y Bobes, J. (2011). Calidad de vida y severidad de la adicción en heroínómanos en mantenimiento prolongado con metadona. *Adicciones*, 10.
 22. Fernández, O. (2013). Consumo de marihuana en estudiantes de una universidad colombiana. *Salud pública*. 13.
 23. Galdós, J. S. (2006). El abuso de cocaína, ¿problema de oferta o de demanda social?: un estudio transcultural y correlación que compara variables macrosociales, económicas y culturales. *Adicciones*, 23.

- 24.** Goebel, J. R. (2011). Prescription Sharing, Alcohol Use, and Street Drug Use to Manage Pain Among Veterans. *Journal of Pain and Symptom Management*. 18.
- 25.** Gómez, A. P. (2014). El impacto del consumo de drogas en el mundo y en América Latina. *Salud pública en america latina*. 24.
- 26.** Goebel, J. (2011). Prescription Sharing, Alcohol Use, and Street Drug Use to Manage Pain Among Veterans. *Journal of Pain and Symptom Management*. 11.
- 27.** Gray, K. (2011). Cigarette and cannabis use trajectories among adolescents in treatment for attention deficit hyperactivity disorder and substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*. 6 - 16.
- 28.** Gutiérrez, L. (2006). Efectos del cannabis sobre la salud mental en jóvenes consumidores. *Rev. Med univ navarra*. 9 - 23.
- 29.** Hammond, C. J. (2016). Early Childhood Traumatic Events and Adolescent-Onset Illicit Drug Use: Implications for Prevention and Treatment. *journal of the american academy of child & adolescent psychiatry*. 16.
- 30.** Hodder R, K. (2017). Systematic review of universal school-based 'resilience' interventions targeting adolescent tobacco, alcohol or illicit substance use: A meta-analysis. *Preventive Medicine*. 21 - 26.
- 31.** Ifeoma N., Onyeka, C. M. (2015). Hospitalization in a Cohort Seeking Treatment for Illicit Drug Use in Finland. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 7 - 26.
- 32.** Insula, J. M. (2013). El problema de drogas en las Américas. *Ciencia y enfermería*. 23.
- 33.** Laudet, A. (2009). Don't wanna go through that madness no more: Quality of life satisfaction as predictor of sustained remission from illicit drug misuse. *NIH Public Access Author Manuscript*, 23.
- 34.** Loaiza, T. (2015). influencia de pares en el consumo de spa en adolescentes. *Enfergem*. 23.

35. Lozano, O. S. (2015). Drogas y Acción Colectiva: Nuevas identidades e institucionalización del discurso hacia el cambio de paradigma frente consumo de drogas en Colombia. *Universidad Nacional de Colombia*. 13.
36. Monckton, C. P., Pedrão, L. J. (2011). Factores familiares protectores y de riesgo relacionados al consumo de drogas en adolescentes. *Rev. Latino-Americana. Enfermagem*, 13 - 27.
37. Márquez, I. (2002). Violencia doméstica, consumo de sustancias y otras circunstancias concurrentes. ¿El derecho versus derecho a la salud? *Rev. Asociación. Esp. Neuropsiquiátrica*. 9.
38. Mondragon, L. (2013). La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de alcohol y drogas. *Salud mental*. 10.
39. Marco Mula, R. J. (2009). Manic hypomanic symptoms and quality of life measures in patients with epilepsy. *Seizure*. 23.
40. Morales M. (2009). Influencia familiar sobre las actitudes ante el consumo de drogas en adolescentes españoles. *SUMMA psicológica UST*. 22.
41. Medina, M. (2003). Mujer, pobreza y adicciones. *Perinatol Reprod Hum*. 22.
42. Torrens, M. (2011) Psychiatric comorbidity in illicit drug users: Substance-induced versus independent disorders. *Drug and Alcohol Dependence*. 10.
43. Maddaleno, M. (2010). Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. *Salud publica en mexico*. 8.
44. Monckton, P. (2011). Factores familiares protectores y de riesgo relacionados al consumo de drogas en adolescentes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 9.
45. Micin, S. (2011). Salud Mental en Estudiantes Universitarios: Incidencia de Psicopatología y Antecedentes de Conducta Suicida en Población que Acude a un Servicio de Salud Estudiantil. *Terapia psicológica*. 9 -12.
46. Manning, V. (2015). Suicidal ideation and life time a ttempt sin substance and gambling disorders. *Psychiatry research*. 19 - 23.

- 47.** Orozco, G. R. (2006). intervención con mujeres adultas, con o sin hijos, y con consumo problemático de alcohol y/o drogas. *consumo problemático de alcohol y/o drogas*
- 48.** Pedrero, Á. (2008). Cuestionario CAD-4: una medida biopsicosocial de la calidad de vida autopercebida en pacientes drogodependientes. *Trastornos Adictivos*. 19.
- 49.** Posada, J. (2003). Prevalencia, severidad y necesidades no satisfechas del tratamiento de los trastornos de ansiedad, relacionados con sustancias, del estado de ánimo y del control de los impulsos en adultos según el Estudio Nacional de Salud Mental. *Med UNAB*. 8 – 9.
- 50.** Padrón, H. S. (2010). Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación. *Rev. Salud*. 9
- 51.** Quimbayo, J. (2013). Consumo de marihuana en estudiantes de una universidad colombiana. *Rev. salud pública*. 13.
- 52.** Ribera, M. (2005). Factores de riesgo para el consumo de alcohol en escolares de 10 a 18 años, de establecimientos educativos fiscales en la ciudad de la paz Bolivia (2003 - 2004). *Rev. Latino-am Enfermagem*, 9 - 16.
- 53.** Rebolledo, N. O., Costa, M. C. (2005). significados y contradicciones del fenómeno de las drogas: Drogas lícitas e ilícitas en Chile. *Latino-am Enfermagem*. 10.
- 54.** Salazar, E. (2004). Consumo de alcohol, drogas y factores psicosociales asociados en adolescentes de Lima. *Facultad de medicina universidad mayor de san marcos*, 9.
- 55.** Seguel, F. (2013). Validez y confiabilidad del test de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT) en estudiantes de una universidad chilena. *Ciencia y enfermería*. 13.
- 56.** Schmidt, L. (2011). Influencia de los trastornos de consumo de sustancias en de la esquizofrenia: un estudio de seguimiento de 15 años Diagnóstico doble a lo largo de 15 años. *Psiquiatría biológica*. 8 - 10.

- 57.** Scott, M. (2015). influencia de pares, familia, espiritualidad entretenimiento y consumo de drogas en estudiantes de universidad en manabi, ecuador. *Florianópolis*. 18.
- 58.** Saiz, J. (2013). El abuso de cocaína, ¿problema de oferta o de demanda social?: un estudio transcultural y correlacional que compara variables macro sociales, económicas y culturales. *Adicciones*. 16.
- 59.** Scott, M. (2015). influencia de pares, familia, espiritualidad, entretenimiento y consumo de drogas en estudiantes de universidad en manabi, ecuador. Florianópolis. 12.
- 60.** SIIIS. (2017). desigualdades socioeconómicas, consumo de drogas y territorio. *Desigualdades socioeconómicas, consumo de drogas y territorio*. 236.
- 61.** Social. (2013). Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia. *min salud*.
- 62.** Solano, M. H. (2007). Drogodependencias: un enfoque de género y estratificación social. *INGURUAK*. 18.
- 63.** Solano, M., Solano, J. C. (2007). Drogodependencias: un enfoque de género y estratificación social. *INGURUAK*. 18.
- 64.** Tziraki, S. (2012). Trastornos mentales y afectación neuropsicológica relacionados con el uso crónico de cannabis. *Rev. Neurología*, 9 -11.
- 65.** Villanueva, S. D. (2013). Violencia familiar asociado al consumo de sustancias psicoactivas en hombres que ejercen violencia. *Av. psicol.* 12 - 16.
- 66.** Velázquez, R.G(2008). Privatizando el Cuidado: Desigualdad, Intimidad y Uso de drogas en el Gran Buenos Aires, Argentina. *Revista de Antropología y arqueológica*, 21.
- 67.** Wright, M. D. (2002). la contribución de la enfermería frente al fenómeno de las drogas y la violencia en américa latina: un proceso de construcción. *Ciencia y enfermería*. 15 - 20.

- 68.** Yen, C. (2011). Quality of life and its correlates among heroin users in Taiwan.
Kaohsiung Journal of Medical Sciences, 7.