



Trabajo Final Integrador para la Obtención de la Especialidad en Medicina Legal

**“EFECTOS MATERIALES Y SUBJETIVOS EN LA SALUD  
MENTAL DE PACIENTES JOVENES CONSUMIDORES DE  
DROGAS ILICITAS EN LA CIUDAD DE SANTA FE”**

Autor: DRAGO, CAMILA

Director de Tesis: HENARES, EDUARDO

- Año 2019 -

---

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco al cuerpo docente y no docente de la carrera de medicina legal por lo brindado para la formación, a mi familia que ha sido mi sostén incondicional y a mis compañeros de la carrera que además de colegas se han vuelto amigos haciendo de esa manera mas placentero el tiempo dedicado a este proyecto.

---

---

## **RESUMEN**

El siguiente trabajo intenta indagar y dar cuenta de los efectos materiales y subjetivos en la salud mental de jóvenes consumidores de drogas ilícitas en la ciudad de Santa Fe.

El mismo se realiza sobre una muestra de diez jóvenes asistentes al Centro Cultural y Deportivo “Ni un pibe menos por la droga” al cuál asisten más de 100 jóvenes, algunos atravesados por situaciones de consumo y otros no, ya que el trabajo institucional está centrado principalmente en el aspecto preventivo y la promoción de hábitos saludables como el deporte y la cultura.

Los datos recabados son recolectados mediante el cuestionario ASSYT, el mismo es una prueba utilizada para la detección y para medir los riesgos que conllevan el consumo de alcohol, tabaco y sustancias desarrollada para la Organización Mundial de la Salud (OMS) y mediante entrevistas clínicas.

Su marco teórico está sustentado en la medicina, las neurociencias, la psiquiatría y la psicología.

Sus objetivos están orientados a poder determinar patrones de consumo y trastornos mentales relacionado al consumo de drogas ilícitas (entre ellas la nueva droga llamada alita de mosca), así como a indagar en las variables sociodemográficas de la población a estudiar y cómo las mismas pueden o no influir en las conductas de los sujetos.

---

## **ÍNDICE GENERAL**

---

	Página
1. RESUMEN.....	xi
2. ÍNDICE GENERAL.....	xiii
3. ÍNDICE DE TABLAS.....	xx
4. ÍNDICE DE FIGURAS.....	xxiii
5. OBJETIVOS.....	xxxiv
6. INTRODUCCIÓN.....	1
3.1.....	2
3.2.1.....	3
3.2.1.....	4
3.2.2.....	5
7. MATERIALES Y MÉTODOS.....	6
8. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	7
9. CONCLUSIÓN.....	8
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	9
11. ANEXO (opcional).....	10

---

---

## ÍNDICE DE TABLAS

**Tabla 1.** El título debe ser breve y descriptivo. .... ¡Error! Marcador no definido.

---

---

## ÍNDICE DE FIGURAS

---

---

## **OBJETIVOS**

**OBJETIVO GENERAL:** Determinar patrones de consumo y trastornos mentales relacionado al consumo de drogas ilícitas (entre ellas la nueva droga llamada alita de mosca) en un grupo de jóvenes entre 13 y 25 años que concurren al centro asistencial (cultural y deportivo para la prevención de adicciones) ubicado en avenida Freyre 2421 de la ciudad de Santa Fe (Ni un pibe menos por la droga)

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- 1) Evaluar las variables socio demográficas de la población a estudiar (variables: edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, trabajo, barrio, cobertura social)
  - 2) Determinar patrones de consumo y riesgo (bajo, moderado o alto) mediante el cuestionario ASSIST.
-

---

## INTRODUCCIÓN

Las drogas son sustancias químicas que afectan el cerebro al penetrar en su sistema de comunicación e interferir con la manera en que las neuronas normalmente envían, reciben y procesan la información. Algunas drogas activan las neuronas porque su estructura química imita la de un neurotransmisor natural. Esta similitud en la estructura “engaña” a los receptores y permite que las drogas se adhieran a las neuronas y las activen. Aunque estas drogas imitan a las sustancias químicas propias del cerebro, no activan las neuronas de la misma manera que lo hace un neurotransmisor natural, y conducen a mensajes anómalos que se transmiten a través de la red.

Otras drogas (entre ellas la nueva droga llamada alita de mosca) pueden causar que las neuronas liberen cantidades inusualmente grandes de neurotransmisores naturales o pueden prevenir el reciclaje normal de estas sustancias químicas del cerebro. Esta alteración produce un mensaje amplificado en gran medida, que en última instancia interrumpe los canales de comunicación.

La mayoría de las drogas adictivas, directa o indirectamente, atacan al sistema de recompensas del cerebro, inundando el circuito con dopamina. La dopamina es un neurotransmisor que se encuentra en las regiones del cerebro que regulan el movimiento, la emoción, la motivación y los sentimientos de placer. Cuando se activa a niveles normales, este sistema recompensa nuestros comportamientos naturales. Sin embargo, la sobreestimulación del sistema con drogas produce efectos de euforia, que refuerzan fuertemente el consumo y le enseñan al usuario a repetirlo.

“El Sistema Nervioso Central actúa como una computadora y un tablero de combinación, recibiendo mensajes del Sistema Nervioso Periférico y el autónomo, analizando tales mensajes y luego enviando una respuesta al correspondiente sistema del cuerpo. Una droga psicoactiva, al ser una sustancia extraña altera la información enviada a nuestro cerebro y perturba los mensajes que se envían a las diversas partes del cuerpo. Una droga psicoactiva, no sólo afecta al SNC sino que afecta también los otros sistemas del organismo.” (Inaba, D. y Cohen, W. “Drogas: estimulantes, depresores, alucinógenos. Efectos físicos y mentales del abuso de drogas”. Grupo Editor Latinoamericano. BS. As. 1998).

---

---

Para el cerebro, la diferencia entre las recompensas normales y las recompensas producidas por las drogas se puede describir como la diferencia entre alguien que susurra al oído y alguien que grita con un micrófono. Así como rechazamos el volumen demasiado alto de una radio, el cerebro se ajusta a las oleadas abrumadoras de dopamina (y otros neurotransmisores), produciendo menos dopamina o disminuyendo el número de receptores que pueden recibir señales. Como resultado, el impacto de la dopamina sobre el circuito de recompensas del cerebro de una persona que abusa de las drogas puede llegar a ser anormalmente bajo, y se reduce la capacidad de esa persona de experimentar cualquier tipo de placer.

Así, una persona que abusa de sustancias ante la ausencia de la misma o a causa de la abstinencia puede sentirse a placada, deprimida. Ahora, la persona necesita seguir consumiendo una y otra vez sólo para tratar de que la función de la dopamina regrese a la normalidad, lo cual solo empeora el problema, como un círculo vicioso. Además, la persona a menudo tendrá que consumir cantidades mayores de sustancias psicoactivas para conseguir el efecto deseado y que resulta, un fenómeno de la dopamina alta, conocido como tolerancia.

Sabemos que el mismo tipo de mecanismos implicados en el desarrollo de la tolerancia pueden finalmente conducir a cambios profundos en las neuronas y los circuitos del cerebro, con el potencial de comprometer seriamente la salud del cerebro a largo plazo. Por ejemplo, el glutamato es otro neurotransmisor que influye en el circuito de recompensas y en la capacidad de aprender. Cuando la concentración óptima del glutamato se ve alterada por el abuso de drogas, el cerebro intenta compensar este cambio, lo que puede causar un deterioro de la función cognitiva. Del mismo modo, el abuso de drogas a largo plazo puede desencadenar adaptaciones en los sistemas de memorias no conscientes o habituales. El condicionamiento es un ejemplo de este tipo de aprendizaje, donde ciertos indicios en la rutina o el entorno diarios de una persona se asocian con la experiencia del consumo y pueden disparar deseos incontrolables cada vez que la persona está expuesta a estos indicios, aun cuando la droga en sí no está disponible. Este "reflejo" aprendido es extremadamente durable y puede afectar a una persona que alguna vez consumió drogas incluso después de muchos años de abstinencia.

---

---

“Es necesario aclarar la relación existente entre la subjetividad y su base material, el organismo y el SNC. Como ha planteado Eric R. Kandel: “no cabe separar la mente del cerebro. El cerebro es un órgano biológico complejo que tiene una enorme capacidad de cómputo y construye nuestras experiencias sensibles, regula nuestros pensamientos y emociones y controla nuestras acciones. Desde esta perspectiva, la mente es un conjunto de operaciones que lleva a cabo el cerebro.” (Tabares Horacio.” Drogas. Debates sobre políticas Públicas.” Corpus Libros médicos y científicos. 1ª Ed. CABA. 2018. P. 66)

**EL DSM** (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association, APA) y contiene descripciones, síntomas y otros criterios para diagnosticar trastornos mentales.

Este manual describe ciertos conceptos claves a la hora de entender este tipo de condiciones.

**INTOXICACION:** se refiere a todos los cambios que conlleva la persona en los aspectos Psicológicos y Físicos en el momento agudo del consumo de la sustancia de abuso. Desapareciendo cuando la sustancia es eliminada del organismo (DSM IV). El cuadro esencial está relacionado con la reversibilidad del síndrome específico producido debido a la reciente ingestión o exposición a las mismas.

**DEPENDENCIA:** se corresponde a un grupo de síntomas cognitivos, psicológicos y fisiológicos indicadores de un continuo uso de la sustancia produciendo alteraciones relacionadas con ese uso. Hay un patrón de auto administración repetida que comúnmente lleva a la tolerancia, abstinencia o un comportamiento compulsivo para tomar la droga.

**TOLERANCIA:** es la necesidad de aumentar la cantidad de sustancia para lograr la intoxicación (o el efecto deseado). El efecto de las mismas cantidades de sustancias disminuye claramente con el consumo continuado.

**ABUSO:** El rasgo esencial es el patrón mal adaptativo del uso, manifestado por consecuencias adversas repetitivas y significativas relacionado con la repetición del uso de esas sustancias. No incluye TOLERANCIA y ABSTINENCIA.

---

---

ABSTINENCIA: es un cambio de la conducta, con repercusiones psicológicas y cognitivas. Ocurre cuando la concentración sanguínea o tisular de la sustancia disminuye después que el individuo ha mantenido un uso prolongado y considerable de la misma. Se podría dividir al Sme de Abstinencia en cuatro sub-tipos; 1) Sme de Abstinencia Agudo-SAA- 2) Sme de Abstinencia Precipitado-SAP- 3) Sme de Abstinencia Tardío-SAT- 4) Sme de Abstinencia condicionado-SAC-. 1) SME DE ABSTINENCIA AGUDO: Es producido fundamentalmente por la supresión o disminución de la sustancia. 2) SME DE ABSTINENCIA PRECIPITADO: Es consecuencia de cuadros generales, intervenciones quirúrgicas o estados de ansiedades muy agudos. 3) SME DE ABSTINENCIA TARDÍO: Es un conjunto de desregulaciones (pequeños trastornos) en el sistema nervioso vegetativo y funciones psíquicas básicas, que aparecen después de la desintoxicación y llegan a durar varios años. Interfieren en la recuperación total, dificultando la adaptación social. Los síntomas desaparecen cuando vuelve a consumir la sustancia, por lo que las recaídas son frecuentes en estos pacientes. 4) SME DE ABSTINENCIA CONDICIONADO: se refiere que con la aparición de elementos ambientales estresantes, similares o relacionados íntimamente con su pasado consumidor, se produce un brusco cambio nocivo en la vida intra e interpersonal. Necesita consumir la sustancia para atenuar su malestar, llegando a aparecer el por consecuencia el Sme de Abstinencia Agudo. Los síntomas de abstinencia varían con las distintas sustancias de consumo.

La exposición crónica a las drogas adictivas altera la forma en que las estructuras cerebrales críticas interactúan para controlar e inhibir las conductas relacionadas con el consumo de drogas. Al igual que el abuso continuo puede llevar a la tolerancia o la necesidad de dosis más altas de drogas para producir un efecto, también puede llevar a la adicción, lo que puede llevar a un consumidor a buscar y consumir drogas de forma compulsiva. La adicción a las drogas merma el autocontrol y la capacidad de una persona de tomar decisiones acertadas, a la vez que produce impulsos intensos de consumir drogas.

El abuso de drogas y la enfermedad mental a menudo coexisten. En algunos casos, los trastornos mentales como la ansiedad, la depresión o la esquizofrenia pueden preceder a la adicción; en otros casos, el abuso de drogas puede desencadenar o exacerbar los trastornos mentales, particularmente en personas con vulnerabilidades específicas. Esto es lo que se conoce como patología dual. Aproximadamente una tercera parte de los pacientes psiquiátricos presentan también abuso de alguna sustancia, en algún momento de su vida, el doble de la proporción esperada para la

---

---

población general, y el 50% de los individuos con trastornos mentales severos presentan abuso de sustancias. (Regier DA, Farmer ME, Rae DS, et al: Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. JAMA 264:2511–2518, 1990).

Es decir que, la patología dual, presenta una asociación cruzada, coexistencia o comorbilidad de dos entidades clínicas: la presencia de un trastorno mental y una adicción a drogas o conductual. Este término aún no ha sido incluido en las clasificaciones diagnósticas internacionales vigentes. (Alfredo H. Cía. "Tratamiento de la ansiedad en la clínica Médica y Atención Primaria" 1ª Edic. CABA. Polemos 2014. Pag. 149)

Este mismo autor diferencia la adicción de la dependencia física. La adicción tiene que ver con un descontrol, uso continuo a pesar de problemas causados por el abuso, negación, mentira. La considera como una enfermedad compleja, progresiva, biopsicosocial y potencialmente fatal.

A la dependencia física la considera como la adaptación celular a la presencia continua de una sustancia biológicamente activa que produce síntomas de abstinencia con la discontinuación abrupta.

Se hace hincapié en esta cuestión ya que existen diferentes maneras de clasificar las diferentes etapas ya que el DSM a pesar de establecer un sistema de referencia para el diagnóstico que trae muchos beneficios tanto en la objetivación del diagnóstico, así como el intercambio de información de manera sistematizada; aún este sistema de codificación no entiende la adicción en su real expresión, como un desorden que abarca, no solo el uso de sustancias, sino además una amplia gama de conductas.

Horacio Tabares en su libro Debates sobre Políticas Públicas, toma el enfoque del Dr. Hugo Miguez que caracteriza los consumos en diferentes fases, que van desde la experimentación hasta concluir en la dependencia o adicción. Esta última fase está compuesta por un conjunto de indicadores patológicos que configuran la entidad clínica denominada "adicción a sustancias psicoactivas". El consumidor en esta fase puede presentar varios de los siguientes síntomas: un cuadro psicopatológico de alta complejidad, un cuadro socio patológico, deterioros cognitivos, alteraciones a nivel neurobiológico, en los dispositivos de liberación de neurotransmisores, como hipofunción cortical, deterioro de sus funciones clínicas o severas lesiones en su red vincular familiar.

---

---

Según el criterio de este autor la presencia de alguno de estos indicadores patológicos justifica para considerar a las adicciones a sustancias como una entidad clínica que implica lesiones y alteraciones a niveles corticales.

La "alita de mosca" es cocaína refinada de altísima pureza con el agregado de fenacetina. La fenacetina es un analgésico y antiinflamatorio utilizado entre 1887 y 1983, cuando fue prohibido por la FDA. Luego, fue prohibida por otros países, entre ellos, Uruguay. La droga aporta brillo a las tizas de pasta base y está probada su toxicidad cuando se la suministra por vía oral, pero se desconoce qué efectos produce al ser inhalada junto con cocaína y cafeína. Se conoce que "lesiona los glóbulos rojos generando falta de oxígeno, por lo que puede sobrevenir depresión respiratoria y paros cardíacos. Luego, al pasar el efecto, ante la falta de estímulo de la sustancia, aparecen fuertes dolores musculares y la incontinencia es algo casi natural. La fenacetina es utilizada para darle el color nacarado y la transparencia que esta droga tiene al momento de llegar a manos del cliente. recibe este nombre por su aspecto escamoso, laminado y con un brillo traslúcido. Estas características están relacionadas con las condiciones de elaboración y refinado de la sustancia.

Esta sustancia, al tener altísimas concentraciones de cocaína, viaja rápidamente hasta el sistema nervioso central. Entre otros efectos, se destaca en la persona que lo consuma la sensación de estar siendo invadido por bichos dentro de la piel. Por eso, es común ver a los adictos con cortes en el cuerpo.

El consumo desmedido de "alitas de mosca" provoca trastornos a nivel físico y cerebral, Su ingesta acarrea fuertes dolores musculares y severos daños a nivel hepático.

Tanto el 'paco' como la 'alita de mosca' son derivados de la cocaína y los dos son altísimamente tóxicos por las sustancias que les agregan cuando los preparan. Mientras que el 'paco' es la basura de la cocaína, la 'alita de mosca' es mucho más pura. El agregado de fenacetina es la que le da un aspecto transparente, similar al ala de un insecto.

Algunos sospechan que fue traída al país hace algunos años por personas de origen peruano que pertenecen al movimiento ilegal conocido como Sendero Luminoso. Sin embargo, en los últimos procedimientos ya quedó en claro que la "alita de mosca" se elabora en nuestro país, el cuál paso en los últimos 10 años de ser un país de tránsito a un país productor de sustancias.

---

---

Horacio Tabares define a las adicciones como una pandemia social de consumo de sustancias psicoactivas y formula el concepto de ecuación adictiva que consta de tres factores interrelacionados entre sí: efectores adictivos, cultura tóxica y población vulnerable.

Se hace especial hincapié en las formulaciones de este autor y los autores que el mismo trabaja, ya que es a partir de su marco teórico y metodológico sobre el cuál se sostiene el proyecto institucional de Centro cultural y Deportivo NI UN PIBE MENOS POR LA DROGA.

---

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

Análisis descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal (desde enero 2018 a junio 2018) de las características que presentan los jóvenes que concurren al centro asistencial por el consumo de sustancias ilícitas.

Para establecer el diagnóstico nos basaremos en los siguientes elementos: a) La entrevista clínica b) Cuestionarios de detección de uso de sustancias c) Exploración general

**La entrevista clínica** 1. Comparar los datos aportados por el usuario con los datos de la historia clínica. 2. Corroborar, si es posible, la información del consumo y sus efectos sobre el comportamiento, con varias fuentes (familiares y amigos).

**Cuestionario de detección de uso de sustancias: ASSIST** "The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): manual for use in primary care".

La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST, por sus siglas en inglés) fue desarrollada para la Organización Mundial de la Salud (OMS) por un grupo internacional de investigadores y médicos como una herramienta técnica para ayudar a la identificación temprana de riesgos para la salud y trastornos debido al uso de sustancias en la atención primaria de salud, la atención médica general y otros entornos. El ASSIST puede ser administrado por los profesionales de la atención primaria de salud y por cualquier otro profesional de la salud que se encuentre ante personas que consumen sustancias de manera riesgosa o dañina, o por los que trabajan con personas cuyo consumo de sustancias puede colocarlos en un mayor riesgo de daños comparados con el resto de la comunidad. Los profesionales de la salud de la comunidad, profesionales de la salud mental, enfermeras, trabajadores sociales, médicos y generalistas, psicólogos, personas que trabajan con jóvenes e indígenas, psiquiatras, obstetras, parteras, asesores, trabajadores del servicio correccional y todos los que trabajan en la prevención del uso de drogas y alcohol podrán realizar la prueba de detección

La puntuación obtenida permite clasificar a los individuos según el nivel de riesgo para cada sustancia en 'bajo', 'moderado' o 'alto', y en cada caso se determina la intervención más adecuada ('no tratamiento', 'intervención breve' o 'derivación a un servicio especializado para evaluación y

---

---

tratamiento' respectivamente). Asimismo, el ASSIST proporciona información sobre el consumo de sustancias a lo largo de la vida, así como el consumo y los problemas relacionados en los últimos tres meses. Además, permite identificar una serie de problemas relacionados con el consumo de sustancias, tales como intoxicación aguda, consumo regular, consumo dependiente o de 'alto riesgo' y conductas asociadas con inyectarse.

### **ASSIST**

FECHA.....

Nombre de la persona que responde la encuesta: .....

DNI: .....

Edad: ..... Fecha de Nacimiento ..... Sexo: F.....M..... Etnia: .....

Discapacidad.....

Estado civil: .....Religión:.....

Escolaridad: ..... Barrio/vereda: .....

Dirección: ..... Teléfono:.....

### **INTRODUCCIÓN**

*Gracias por aceptar esta breve entrevista sobre alcohol, tabaco y otras drogas. Le voy a hacer algunas preguntas sobre su experiencia de consumo de sustancias a lo largo de su vida, así como en los últimos tres meses. Estas sustancias pueden ser fumadas, ingeridas, aspiradas, inhaladas, inyectadas o tomadas en forma de pastillas o píldoras (muestre la tarjeta de drogas).*

*Algunas de las sustancias incluidas pueden haber sido recetadas por un médico (p.ej. pastillas adelgazantes, tranquilizantes, o determinados medicamentos para el dolor). Para esta entrevista, no vamos a anotar medicinas que hayan sido consumidas tal como han sido prescritas por su médico. Sin embargo, si ha tomado alguno de estos medicamentos por motivos distintos a los que fueron prescritos o los toma más frecuentemente o en dosis más altas a las prescritas, por favor dígamelo. Si bien estoy interesado en conocer su consumo de diversas drogas, tenga la plena seguridad que esta información será tratada con absoluta confidencialidad.*

---

---



---

**Pregunta 1 (uno)**

A lo largo de su vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido <u>alguna vez</u> ? (SOLO PARA USOS NO-MÉDICOS)		
	No	Si
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.) NOTA: Si la respuesta es afirmativa: Preguntar a qué edad inicio a fumar: _____	0	[3]
b. bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	[3]
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	[3]
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	[0]	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	[3]
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	[0]	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	[0]	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	0	[3]
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	[0]	3
j. Otras - especifique: <b>GHB</b>	0	[3]

**Si contestó "Si" a alguno de estos ítems, siga a la Pregunta 2 para cada sustancia que ha consumido alguna vez. Si contestó "No" a todos los ítems, termine la entrevista.**

**Pregunta 2**

En los <u>últimos tres meses</u> , ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (1era DROGA, 2da DROGA, ¿ETC)?					
	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	2	3	4	[6]
b. bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	2	3	[4]	6
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	2	[3]	4	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	[0]	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	2	[3]	4	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	[0]	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	[0]	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	[0]	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	[0]	2	3	4	6
j. Otras - especifique: <b>GHB</b>	[0]	2	3	4	6

---

**Si ha respondido "Nunca" a todos los ítems en la Pregunta 2, salte a la Pregunta 6.  
Si ha consumido alguna de las sustancias de la Pregunta 2 en los últimos tres meses,  
continúe con las preguntas 3, 4 y 5 para cada una de las sustancias que ha consumido.**

### Pregunta 3

En los <u>últimos tres meses</u> , ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir ( <i>PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC</i> )?					
	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3	4	5	
b. bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	[0]	3	4	5	6
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	[0]	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	[0]	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	[0]	3	4	5	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	[0]	3	4	5	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	[0]	3	4	5	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	[0]	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina)	[0]	3	4	5	6
j. Otras - especifique:	[0]	3	4	5	6

### Pregunta 4

En los <u>últimos tres meses</u> , ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de ( <i>PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC</i> ) a problemas de salud, ¿sociales, legales o económicos?					
	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	[0]	4	5	6	7
b. bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	[4]	5	6	7
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	[0]	4	5	6	7

d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	[0]	4	5	6	7
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	4	[5]	6	7
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	[0]	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	[0]	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	[0]	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	[0]	4	5	6	7
j. Otras - especifique:	[0]	4	5	6	7

## Pregunta 5

En los <u>últimos tres meses</u> , ¿con qué frecuencia dejó de hacerlo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ¿ETC)?					
	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario
a. Tabaco					
b. bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	[0]	5	6	7	8
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	[0]	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	[0]	5	6	7	8
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	[0]	5	6	7	8
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	[0]	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	[0]	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	[0]	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	[0]	5	6	7	8
j. Otras - especifique:	[0]	5	6	7	8

**Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que el consultante o paciente ha consumido alguna vez (es decir, aquellas mencionadas en la Pregunta 1)**

## Pregunta 6

<b>¿Un amigo, un familiar o alguien más <u>alguna vez</u> ha mostrado preocupación por su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ¿ETC)?</b>	<b>No, nunca</b>	<b>Si, en los últimos 3 meses</b>	<b>Si, pero no en los últimos 3 meses</b>
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	[6]	3
b. bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	[0]	6	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	6	[3]
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	[0]	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	[6]	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	[0]	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	[0]	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	[3]
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	[0]	6	3
j. Otras - especifique: <b>GHB</b>	[0]	6	3

## Pregunta 7

<b>¿Ha intentado <u>alguna vez</u> controlar, reducir o dejar de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ¿ETC) y no lo ha logrado?</b>	<b>No, nunca</b>	<b>Si, en los últimos 3 meses</b>	<b>Si, pero no en los últimos 3 meses</b>
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	[3]
b. bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	[0]	6	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	[0]	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	[0]	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	[0]	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	[0]	6	3

g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	[0]	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	[0]	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina)	[0]	6	3
j. Otras - especifique: <b>GHB</b>	[0]	6	3

## Pregunta 8

¿Ha consumido <u>alguna vez</u> alguna droga por vía inyectada?  (ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)	No, nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
	[0]	2	1

**CÓMO CALCULAR LA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA PARA CADA SUSTANCIA.**

Para cada sustancia (de la a. a la j.) sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7.

No incluya los resultados de la pregunta 1 ni de la 8 en esta puntuación.

Por ejemplo, la puntuación para cannabis se calcula como: **P2c + P3c + P4c + P5c + P6c + P7c**

Note que la P5 para el tabaco no está codificada, y se calcula como: **P2a + P3a + P4a + P6a + P7a**

---



---

**EL TIPO DE INTERVENCIÓN SE DETERMINA POR LA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA PARA CADA SUSTANCIA**

	Registre la puntuación para cada sustancia	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. Tabaco	21	0 – 3	4 – 26	27+
b. Alcohol	8	0 – 10	11 – 26	27+
c. Cannabis	6	0 – 3	4 – 26	27+
d. Cocaína	0	0 – 3	4 – 26	27+
e. Anfetaminas	14	0 – 3	4 – 26	27+
f. Inhalantes	0	0 – 3	4 – 26	27+
g. Sedantes	0	0 – 3	4 – 26	27+
h. Alucinógenos	3	0 – 3	4 – 26	27+
i. Opiáceos	0	0 – 3	4 – 26	27+
j. Otras drogas	0	0 – 3	4 – 26	27+

---

---

**TARJETAS DE RESPUESTA para los Pacientes**

Sustancia	Puntuación	Nivel de Riesgo
a. Productos derivados del tabaco		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
b. Bebidas alcohólicas		0-10 Bajo 11-26 Moderado 27+ Alto
c. Cannabis		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
d. Cocaína		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
e. Estimulantes de tipo anfetamínico		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
f. Inhalantes		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
g. Sedantes o Pastillas para dormir		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
h. Alucinógenos		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
i. Opiáceos		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
J. Alita de mosca		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto

**¿Qué significan sus puntuaciones?**

**Bajo:** Su actual patrón de consumo representa un riesgo bajo sobre su salud y de otros problemas.

**Moderado:** Usted presenta riesgo para su salud y de otros tipos de problemas derivados de su actual patrón de consumo de sustancias.

**Alto:** Usted presenta un riesgo elevado de experimentar problemas graves (de Salud, sociales, económicos, legales, de pareja) derivado de su patrón Actual de consumo y probablemente sea dependiente.

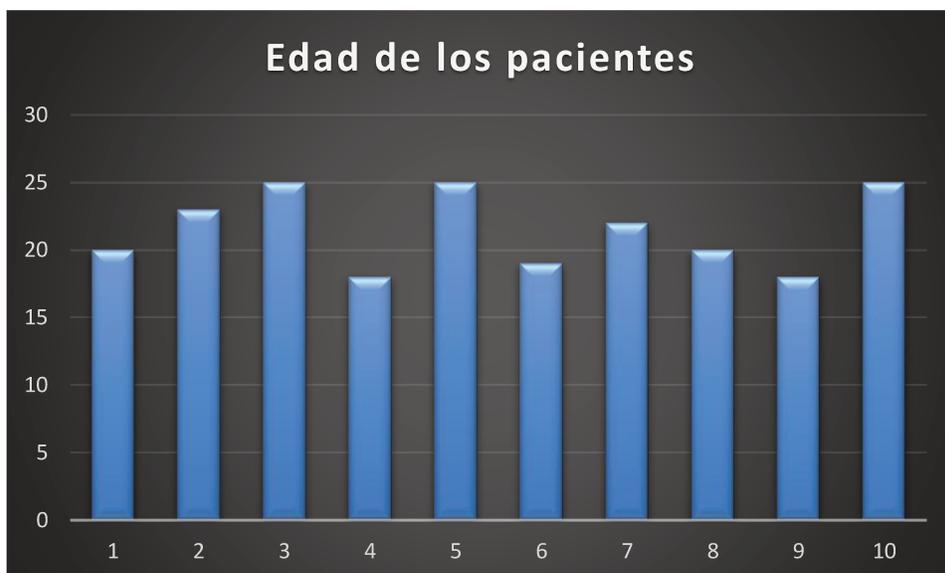
---

---

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

De las 10 personas entrevistadas que concurren al centro asistencial ubicado en avenida Freyre 2421 de la ciudad de santa fe (Ni un pibe menos por la droga) estos son los resultados de los datos recolectados.

### Edad



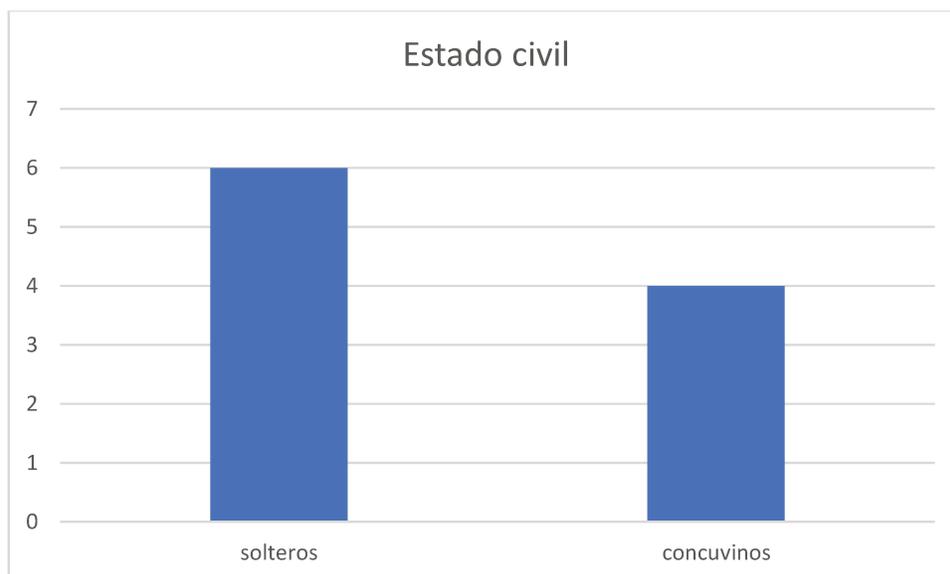
La edad promedio fue de: 21,5 años.

Con respecto al sexo 8 eran varones y 2 mujeres.

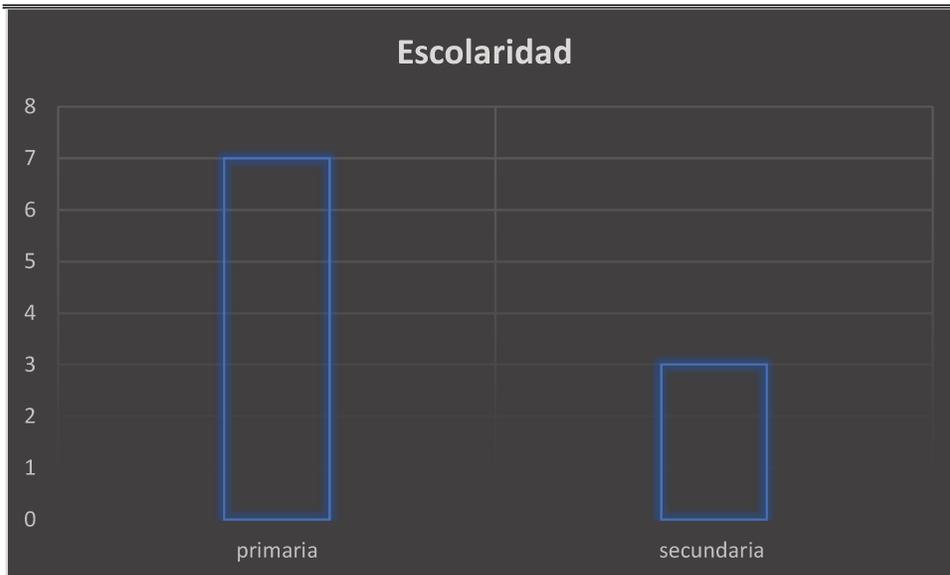
---



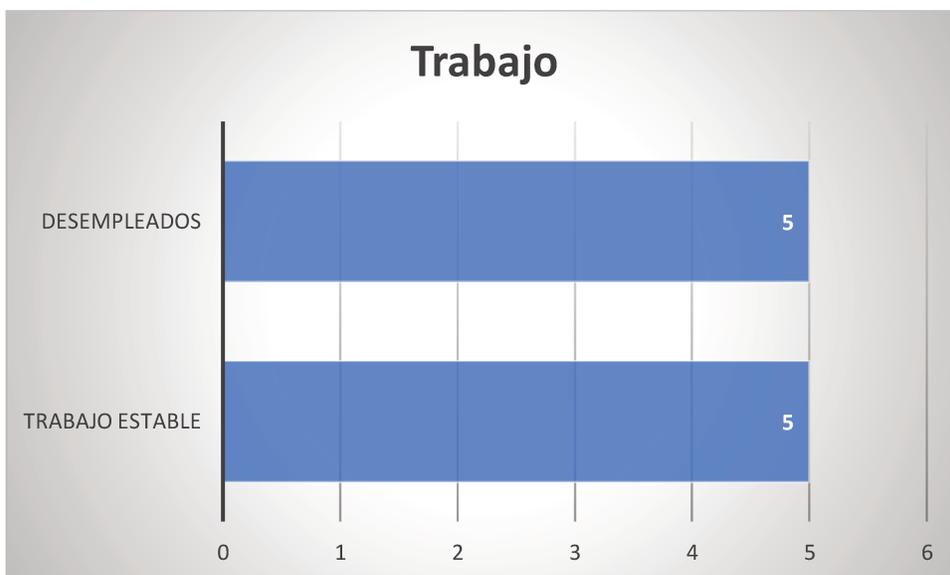
Cuando se evaluó el estado civil encontré que 6 eran solteros y 4 vivían en concubinato.



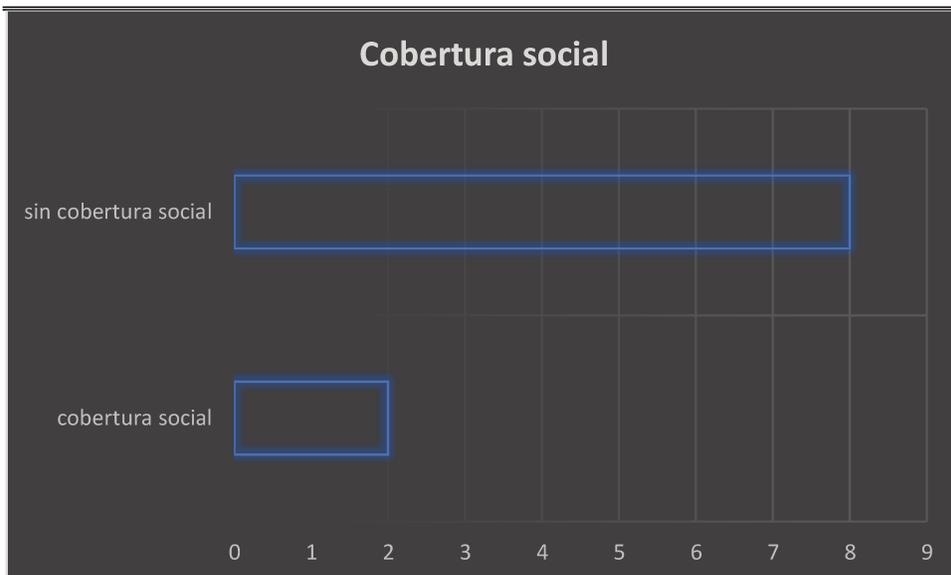
En cuanto a la escolaridad: 3 finalizaron la escuela secundaria y 7 la primaria.



La mitad presentaba trabajo estable y los 5 restantes no.



Del total de las personas evaluadas 8 no tenían cobertura social, solo 2 presentaban este beneficio.



El centro asistencial cuenta con un equipo interdisciplinario de trabajo, hallándose en el mismo 2 psicólogas, 2 operadores en psicología social y una trabajadora social., los cuales están a disposición permanente para atender a aquellos que lo necesiten y así lo requirieran. A este equipo profesional se le suman 3 personas más que los conciben como asistentes sanitarios y preventores en adicciones. Son personas que desde un enfoque comunitario fueron formadas en uno de los barrios de la ciudad oeste de la ciudad de Santa Fe en estos ámbitos de acción. Las mismas eran personas afectadas por la problemática del consumo, principalmente con hijos o familiares adictos que se encontraban en búsqueda de herramientas para el abordaje de las mismas.

Hallé que 7 de los 10 se encontraban bajo atención psiquiátrica, los 3 restantes no



Este es un dato al cuál es importante hacer mención ya que es un emergente que surge tanto de las entrevistas clínicas con los jóvenes, así como de las entrevistas al equipo institucional.

Si bien el centro tiene un enfoque centrado principalmente en la prevención y promoción de aspectos saludables que ayuden a darle pelea al consumo, ante los casos de jóvenes atravesados por consumos problemáticos de diversa gravedad la mayoría de las veces se han topado con la complejidad de, primero que al no contar con cobertura social es muy difícil que se pueda acceder a la atención psiquiátrica y favorecer el encuentro del mejor dispositivo de abordaje para cada sujeto que debe ser singular y personalizado, y por el otro ante esta situación; se procede, ya que la organización trabaja bajo un convenio de APRECOD a la interconsulta con la misma para determinar mecanismos de acción y atención.

En relación a los objetivos planteados en esta investigación he recogido los siguientes resultados.

Uno de los objetivos de este trabajo de investigación tiene que ver con indagar y determinar patrones de consumo, así como también patrones de riesgo e incidencias tanto materiales como subjetivas del consumo de sustancias psicoactivas.

SUSTANCIA	PORCENTAJE
Tabaco	100%
Bebidas Alcohólicas	100%
Cannabis	100%
Cocaína	90%
Anfetaminas	20%
Inhalantes	10%
Tranquilizantes	20%
Alucinógenos	30%
Opiáceos	40%
Otras	0%

El 100 % de los entrevistados han consumido tabaco, alcohol y cannabis. El 90% ha consumido cocaína, el 30 % alucinógenos, el 40 % opiáceos, el 20 % anfetaminas y tranquilizantes y un 10 % inhalantes.

Estos resultados coinciden en rasgos generales con los datos aportados por SEDRONAR (Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico) en cuanto a prevalencia de consumos. El OAD (Observatorio Argentino de Drogas) afirma que en la provincia de Santa Fe las principales sustancias que se consumen son: alcohol, marihuana, cocaína y tabaco. Siguiéndole en importancia los tranquilizantes. Este fue un dato que también se vio reflejado en las entrevistas con los jóvenes; quienes aseguraban que “ahora la que va es la pasti con alcohol”.

PATRONES DE RIESGO			
SUSTANCIA	BAJO	MODERADO	ALTO
Tabaco	0%	100%	0%
Alcohol	10%	90%	0%
Cannabis	0%	30%	70%
Cocaína	10%	20%	70%
Anfetaminas	80%	10%	10%
Inhalantes	90%	0%	10%
Sedantes	80%	0%	20%
Alucinógenos	70%	30%	0%
Opiáceos	80%	20%	0%
Otras	0%	0%	0%

---

A partir del cuestionario ASSYT se recolectaron estos datos y fueron analizados para evaluar los patrones de riesgo; los cuáles ayudan a determinar los distintos tipos de intervención.

En relación con los resultados obtenidos sobre patrones de consumo, siendo el tabaco, el alcohol, el cannabis y luego la cocaína las sustancias que más se consumen entre los entrevistados, acá se puede ver que el riesgo para estas últimas dos sustancias arrojó un porcentaje alto (70%); mientras que en el consumo de tabaco y alcohol el riesgo es moderado. Las sustancias cuyos patrones de consumo representan un menor riesgo para los encuestados son los inhalantes seguidas por sedantes, anfetaminas y opiáceos y en menor medida por los alucinógenos.

---

---

## CONCLUSIÓN

Este trabajo ha centrado su interés en como las sustancias psicoactivas afectan de manera material y subjetiva en la calidad de vida de los y las jóvenes que asisten semanalmente a una institución de nuestra ciudad. Si bien como ya se ha mencionado anteriormente, la misma centra su trabajo en la prevención y promoción de aspectos saludables y no en la asistencia clínica directa, se han podido indagar los distintos aspectos planteados en los objetivos tanto generales como específicos del presente trabajo. El hecho de que la institución trabaje bajo convenios con SEDRONAR y APRECOD me permitió tomar una muestra de 10 sujetos atravesados directamente por la problemática del consumo. La muestra es de 10 adolescentes comprendidos entre 18 y 25 años.

A partir de los resultados demográficos obtenidos me parece importante resaltar que la procedencia geográfica de la mayoría de los jóvenes que asiste al centro es un indicador de una calidad de vida desfavorable, en cuanto a servicios básicos esenciales, así como el acceso al trabajo estable, la salud y el nivel educacional.

También se puede registrar informalmente mediante algunas entrevistas realizadas a los jóvenes y mediante algunas charlas que pude establecer con algunos de ellos, un alto grado de proximidad a efectores adictivos y una percepción de fácil acceso a las sustancias. *“En cualquier lado que quieras encontrar, vas a encontrar. En todas las esquinas en los barrios hay alguien vendiendo”*.

A modo de cierre, me parece necesario reflexionar en cómo inciden las políticas públicas en el abordaje de los consumos de sustancias psicoactivas; eje central en el cuál trabaja la institución, que caracteriza a esta época como una pandemia social de consumos y entiende que nos encontramos bajo una situación de emergencia.

El acceso al tratamiento en los efectores públicos se hace muy difícil ya que si bien la “Ley Nro. 26657 de salud mental y adicciones.” ha significado un gran avance en relación a los derechos de los usuarios, la misma no ha creado los dispositivos necesarios para el abordaje integral de las adicciones lo que llevo a que estos jóvenes, la mayoría sin cobertura social, deambulen ellos y principalmente su entorno familiar, por diferentes dispositivos aguardando por su recuperación; la mayoría de las veces sin contar con respuestas acordes a sus necesidades.

---

---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

Alineación: justificada

Interlineado: 1.5 líneas

Espaciado entre párrafos: 3 puntos

Formato sugerido:

<b>Opción 1:</b>	<u>1 autor:</u>	(Martínez, 2011)
	<u>Varios autores:</u>	(Gómez <i>et. al</i> , 2011)
	<u>Varias referencias:</u>	ordenar por orden cronológico: (Martínez, 2011; Gómez <i>et. al</i> , 2014; Pérez, 2017)
<b>Opción 2:</b>	<u>1 referencia:</u>	[1]
	<u>Varios referencias continuas:</u>	[1-5]
	<u>Varias referencias no continuas:</u>	[1, 5, 9]

En el caso de elegir la opción 1 ordenar las referencias por orden alfabético ascendentes.

En caso de elegir la opción 2 ordenar por orden de aparición.

Ejemplos:

Blankenberg, D., Kuster, G., Coraor, N., Ananda, G., Lazarus, R., Mangan, M., and Taylor, J., “Galaxy: a web-based genome analysis tool for experimentalists”, *Current protocols in molecular biology*, 19-10 (2010).

Bolger, A., and Giorgi, F., “Trimmomatic: A Flexible Read Trimming Tool”, <http://www.usadellab.org/cms/index.php>.

Giardine, B., Riemer, C., Hardison, R. C., Burhans, R., Elnitski, L., Shah, P., and Nekrutenko, A., “Galaxy: a platform for interactive large-scale genome analysis”, *Genome research*, 15(10), 1451-1455 (2005).

---

---

**ANEXO I: Título**

Alineación: justificada

Interlineado: 1.5 líneas

Espaciado entre párrafos: 3 puntos

Sangría: primera línea

Colocar cada anexo en hoja aparte con su título correspondiente, como Anexo I: Título, Anexo II: Título, etc,

---