



Revista Estomatológica Herediana

ISSN: 1019-4355

rev.estomatol.herediana@oficinas-
upch.pe

Universidad Peruana Cayetano Heredia
Perú

López Pinedo, Martha

Influencia del consumo de drogas en los estudiantes universitarios

Revista Estomatológica Herediana, vol. 22, núm. 4, octubre-diciembre, 2012, pp. 247-256

Universidad Peruana Cayetano Heredia

Lima, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=421539373010>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Martha López Pinedo ¹

¹ Magister en Estomatología, Especialista en Periodoncia. Docente de la Facultad de Estomatología Roberto Beltrán. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

Correspondencia:

Martha López Pinedo
Facultad de Estomatología, Universidad Peruana Cayetano Heredia.
Av. Honorio Delgado 430 San Martín de Porres
Lima, Perú.
Celular: 51 993568222
Email: martha.lopez@upch.pe

Influencia del consumo de drogas en los estudiantes universitarios

López-Pinedo M¹. Influencia del consumo de drogas en los estudiantes universitarios. *Rev Estomatol Herediana*. 2012 Oct-Dic; 22(4):247-56.

RESUMEN

Para la sociedad actual, el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas entre ellas la marihuana, cocaína, pasta básica de cocaína, heroína, éxtasis, etc., así como fármacos tranquilizantes, clonazepam, valium, rohypnol, alprazolam, y estimulantes como el ritalin, clorhidrato de metanfetaminas etc., involucra aspectos legales, de salud pública, psicológicos y sociales debido a los altos costos en salud, calidad de vida, y en vidas humanas resultantes del consumo y abuso de estas sustancias, las cuales empiezan generalmente en la adolescencia y juventud y se vuelven más evidentes en la vida universitaria.

Palabras clave: ALCOHOL/ TABACO/ ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS.

Influence of drug use in university students

ABSTRACT

For society, the consumption of alcohol, tobacco and other drugs including marijuana, cocaine, cocaine base, heroin, ecstasy, etc., and tranquilizing drugs, like clonazepam, valium, rohypnol, alprazolam, and stimulants such as ritalin, methamphetamine hydrochloride, etc., involve legal aspects, public health, psychological and social aspects due to high health cost, quality of life, and human lives resulting from the use and abuse of these substances, which usually begin in the adolescence and young adulthood and become more evident in university life.

Key words: ALCOHOL/ TOBACCO/ UNIVERSITY STUDENTS.

Introducción

Casi la mitad de la población del mundo, unos 3.000 millones de personas, tiene menos de 25 años, y se encuentran enmarcados en la juventud (1).

La juventud es la etapa de la vida que se sitúa entre la infancia y la etapa adulta. Según la Organización de la Naciones Unidas (ONU), la juventud comprende el rango de edad entre los 10 y 24 años, abarca la pubertad o adolescencia inicial (10 a 14 años), la adolescencia media o tardía (15- 19 años) y la juventud plena (20 a 24 años) (2).

La adolescencia y la juventud constituyen etapas muy importantes en la vida debido a que las experiencias, conocimientos y aptitudes que se adquieren en ella, pueden colocar en una situación de vulnerabilidad a este grupo de personas para desarrollar costumbres y hábitos de riesgo entre ellos el al-

coholismo, tabaquismo, conductas y uso de drogas que pueden afectar su salud posteriormente en mayor o menor grado (3).

El periodo universitario enmarca el pase de la juventud hacia el mercado de trabajo y representa el pase de los jóvenes como adultos, los años de formación universitaria se encuentran relacionados con una población joven, poco identificada con los problemas de salud los cuales aparecen en etapas posteriores.

El consumo de drogas en la población universitaria puede reducir el rendimiento académico de estos jóvenes, e impedir en algunos casos la culminación de sus estudios; las universidades son consideradas como centros adecuados para la realización de estudios relacionados con la salud de esta población universitaria con el fin de obtener datos de conocimientos y prácticas habituales de los jóvenes relaciona-

dos con este campo (4).

Clasificación de las Drogas

Estas se pueden clasificar de muy diversas maneras; por sus efectos, por su composición química, etc.; pero de acuerdo a su accesibilidad y significado en la sociedad, se consideran cinco grupos (5):

- 1.- Drogas sociales.
- 2.- Productos industriales.
- 3.- Medicamentos.
- 4.- Drogas étnicas o folclóricas.
- 5.- Drogas ilegales o prohibidas.

1.- Drogas sociales

Este primer grupo forma parte importante de los usos y costumbres de la sociedad, el consumo es libre para los adultos, pertenecen a esta categoría el alcohol y el tabaco.

Siendo drogas de venta libre y de consumo muy extendido no impli-

ca, de ninguna manera que no sean inocuas. Los estudios demuestran.

- El alcohol, a pesar que es la droga más antigua que se conoce (4000 AC), es la más implicada en casos delictivos y de accidentes, además de ser la principal causa de adicción.
- El tabaco, por su parte, está relacionado como la causa de enfermedades cardíacas y de cáncer sobre todo el pulmonar.

2.- Productos industriales

Son sustancias usadas en la industria, con efectos psicoactivos importantes. Así tenemos los solventes de pinturas como la acetona y en general muchos derivados del petróleo usados como combustibles o solventes de pegamentos. Es frecuente ver esta adicción en los niños de la calle con el consumo de “terokal”, lo que les ayuda a evadir el frío, el hambre y el maltrato a que son sometidos estos niños (6).

3.- Medicamentos

Constituyen un grupo especial pero cuya incidencia es muy difícil de estimar por la dificultad de decidir si su uso es como automedicación o como sustancia recreativa o de abuso (6).

4.- Drogas étnicas o folclóricas

Son consumidas en forma legal, habitual y de preferencia por minorías étnicas. Frecuentemente son usadas en sesiones mágico-religiosas por los chamanes o curanderos. En el Perú se pueden considerar como drogas folclóricas la hoja de coca, conocida como “coqueo”, asimismo alucinógenos derivados de las plantas como el ayahuasca, tiene como componente importante a *Banisteriopsis caapi* usado en la zona de la selva, el San Pedro o

Trichocereus pachanoi que consumen en la costa peruana, asimismo el chamico, hongos alucinógenos, etc (7).

5.- Drogas ilegales o prohibidas

Este grupo está constituido por las drogas cuya venta libre está prohibida y penalizada, son de alta toxicidad y elevada potencialidad adictiva. Entre ellas tenemos la marihuana, cocaína (en sus formas habituales pasta básica y clorhidrato) y, más recientemente, las drogas sintéticas como el éxtasis, aunque también se ha observado algunos casos de heroína (5).

Para muchos jóvenes el consumo de drogas les resulta como una alternativa para evadir sus problemas y satisfacer el deseo de prolongar e intensificar momentos agradables y placenteros, durante los cuales desaparece aparentemente la incertidumbre y el desencanto generalizado que los rodea; para muchos de estos jóvenes, las drogas son (8):

- Recreativas: las drogas como un medio para disfrutar más,
- Funcionales: las drogas les permiten funcionar mejor en las actividades cotidianas,
- Normales: las drogas son un elemento más de la vida juvenil,
- Relacionales: las drogas son un recurso presuntamente favorecedor de las relaciones sociales,
- Inofensivas: sólo corren riesgos los que no las controlan.

Asimismo, las drogas están presentes tanto de forma lícita e ilícita y por ende forman parte de la cotidianidad juvenil, tanto en los espacios de ocio, bares y discotecas, como en los de convivencia, escuelas, ambientes universitarios, y lugares de trabajo, el resultado es, que

el consumo de drogas se convierte en una práctica habitual que con el tiempo modifica la percepción del riesgo en los jóvenes, y peor aún, distorsiona las formas de socialización con los otros, pues si ya no se está bajo los efectos de alguna droga, les resultan difíciles las relaciones interpersonales.

1.- DROGAS SOCIALES

ALCOHOL

Definición de alcohol

El alcohol es desde el punto de vista químico, todo compuesto orgánico que contiene el grupo hidroxilo (-OH) en sustitución de un átomo de hidrógeno unido de forma covalente a un átomo de carbono a un radical alifático o a alguno de sus derivados, por lo tanto existen diversos tipos de alcoholes (9).

En el lenguaje popular, se llama alcohol al compuesto químico etanol, también conocido como alcohol etílico. Es un líquido incoloro e inflamable, capaz de diluirse fácilmente tanto en agua como en grasas, cuyo punto de ebullición es de 78°C (9).

La fórmula química del alcohol etílico es CH₃-CH₂-OH. Este compuesto se utiliza para preparar las bebidas alcohólicas (9).

Las bebidas alcohólicas pueden producirse por fermentación (como el vino y la cerveza) o por destilación (como el licor). El porcentaje de alcohol etílico presente en cada bebida puede variar; la cerveza presenta, aproximadamente un 5% de alcohol; el vino cerca del 15% y los licores pueden llegar a contener un 50% de etanol (9).

El consumo de alcohol puede describirse en términos de gramos de alcohol consumido o por el contenido alcohólico de las distintas bebidas, en forma de unidades de bebida estándar. En Europa una

bebida estándar contiene 10 gramos de alcohol. Aunque no en todos los países de la Región existe una definición de bebida estándar, en Estados Unidos y Canadá, una bebida estándar contiene entre 12 y 14 gramos de alcohol (9).

El consumo de riesgo es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para la salud si el hábito del consumo persiste. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo describe como el consumo regular de 20 a 40g diarios de alcohol en mujeres y de 40 a 60g diarios en varones (9).

El consumo perjudicial se refiere a aquel que conlleva consecuencias tanto para la salud física como para la salud mental de la persona y está definido por la OMS como consumo regular promedio de más de 40g de alcohol al día en mujeres y de más de 60g al día en hombres (9).

El consumo excesivo episódico o circunstancial (también llamado binge drinking), que puede resultar particularmente dañino para ciertos problemas de salud, implica el consumo, por parte de un adulto, de por lo menos 60g de alcohol en una sola ocasión (9).

TABACO

El 28 de Octubre de 1492, Rodrigo de Jerez y Luis de la Torre, compañeros de Cristóbal Colón, fueron los primeros occidentales viendo fumar a los indios. El nombre científico de la planta del tabaco es *Nicotinia tabacum*, y debe su nombre a Jean Nicot, médico que la introdujo en Europa, incentivando su uso. La nicotina es el principio activo del tabaco. Fue aislado por Posset & Reitman en 1828. El contenido de nicotina en el tabaco, según su variedad oscila entre un 0.5

y 16%. El resto está formado por el alquitrán, de color oscuro, en el cual se encuentran componentes como el cianuro de hidrógeno, monóxido de carbono, óxido de nitrógeno, amoníaco (7).

Mecanismo de acción

Existen diferentes formas de uso, puede ser mascado, inhalado directamente por la nariz (en forma de rapé o polvo), fumado en pipas, en cigarrillos (7).

Si se aspira el humo “golpear”, se puede absorber hasta el 90% de la nicotina. La nicotina contenida en el tabaco alcanza el torrente sanguíneo y aproximadamente a los 5 minutos logra traspasar la barrera hematoencefálica para llegar al cerebro, produciendo estados estimulantes y depresores sobre el sistema nervioso central (7).

La medicina herbolaria recomienda su uso contra la sarna, los piojos, dolores reumáticos y ciertas afecciones nerviosas. Las hojas frescas aplicadas sobre la frente y las sienes calman las neuralgias (7).

Dosificación

Un cigarrillo contiene un promedio de alquitrán de 0,5 a 35 mg, de nicotina de 0,5 a 2 mg.

La dosis letal de nicotina se calcula en 60 mg para una persona adulta de 70 kg (7).

Efectos psicológicos y fisiológicos

La nicotina, facilita la concentración, activa la memoria, y controla el aumento de peso al aumentar el gasto de energía, disminuye los sentidos del olfato y del gusto al mantener a la persona ocupada en fumar en vez de alimentarse (7).

MARIHUANA

La marihuana y el hachis son derivados de la planta *Cannabis*

sativa, de la familia de las Cannabáceas, o cañamo. Esta planta se cultiva en amplias extensiones de clima cálido y seco (Medio y Lejano Oriente, gran parte de África y zonas centrales del norte y sur de América). Se le conoce también bajo el nombre de “macuña”. Contiene más de 400 agentes químicos, sus efectos psicoactivos son debidos a uno de sus principios activos el tetrahidrocannabinol, cuyas siglas son THC, el cual se encuentra en la resina de la planta (10).

La cantidad de THC varía según el tipo de panta, el clima y la calidad de la tierra.

La marihuana o María, es preparada a partir de la trituración de las hojas, flores y pequeños tallos secos de esta planta.

Farmacológicamente es un alucinógeno menor. Actúa como depresor y desorganizador del sistema nervioso central. Es la droga que más se produce en el mundo y la sustancia ilícita de mayor consumo, su consumo ha aumentado casi en todos los países y la consumen entre 130 – 190 millones de personas al menos una vez por año (10).

HACHIS

Conocido como porro o canuto, se elabora prensando la resina almacénada en las flores de la planta *cannabis* hembra, hasta formar una pasta compacta de color marrón, cuyo aspecto recuerda al chocolate. Como la planta *Cannabis* concentra sus ingredientes activos precisamente en la resina, el contenido de THC de una dosis de hachis es superior al de una de marihuana sin procesar, que se sitúa en un 40%, siendo por ello su potencial de toxicidad mayor (11).

Otras denominaciones

La marihuana y el hachís se inhalan e ingieren. La marihuana generalmente se fuma en cigarrillos hechos a mano o en pipas especialmente diseñadas. También se come en queques o galletas. El hachís se fuma mezclado con tabaco (11).

Efectos inmediatos

Inicialmente, dosis bajas pueden producir sensaciones placenteras de calma y bienestar, aumento del apetito, euforia, desinhibición, pérdida de concentración, disminución de los reflejos, ganas de hablar y reír, enrojecimiento de los ojos, aceleración del ritmo cardíaco, sequedad en la boca y garganta, dificultad para ejecutar procesos mentales complejos (rendir un examen por ejemplo) (11).

Alteraciones de la percepción temporal y sensorial, y puede disminuir la memoria a corto plazo. A ello le sigue una segunda fase de depresión y somnolencia (11).

Efectos a largo plazo

Destaca el muy discutido “síndrome amotivacional” (disminución de la iniciativa personal), unido a una frecuente baja de la capacidad de concentración y memorización.

El humo de esta planta contiene más agentes cancerígenos que el tabaco, y como los fumadores de marihuana o hachís inhalan profundamente el humo sin filtrar y lo retienen en los pulmones tanto tiempo como pueden, el cannabis es todavía más nocivo para el sistema respiratorio que el tabaco. Su uso también se ha asociado a la aparición de enfermedades como sinusitis y bronquitis (11).

Efectos respiratorios

El cannabis, ya sea como ma-

rihuana o hachís, contiene tanto alquitrán como el tabaco. Su uso crónico esta en relación con la aparición de bronquitis, asma y sinusitis. Existe evidencia, que el humo del cannabis y sus residuos contienen sustancias carcinógenas relacionadas con cambios celulares malignos en el tejido pulmonar.

Efectos generales en boca del consumo de marihuana

Los principales efectos en la boca son disminución de la saliva y boca seca, analgesia, relajación muscular, aumento del apetito y deterioro del sistema inmunológico.

La falta de saliva a corto plazo, el aumento del apetito que lleva al aumento del consumo de alimentos cariogénicos y bebidas dulces después de consumir marihuana parecen ser los responsables de la elevada incidencia de caries, las cuales se presentan en superficies lisas especialmente en gente joven. Este consumo se realiza de preferencia de noche donde la salivación normalmente disminuye drásticamente y agrava el problema. La dieta cariogénica, la poca frecuencia de la higiene oral y poco control con el dentista indican que el estilo de vida de los consumidores de marihuana, unido a la disminución de la saliva, condicionan en forma importante la aparición de lesiones cariosas (12,13).

El humo de la marihuana actúa también como un agente cancerígeno y está asociado con lesiones premalignas en las paredes internas de la boca y en la lengua y predispone a infecciones bucales (12,13).

COCAÍNA (clorhidrato de cocaína)

Es una droga estimulante y altamente adictiva. La cocaína se presenta en polvo como una sal, llama-

da sal de clorhidrato de cocaína, la cual se puede inhalar o disolver en agua para inyectarse. El crack es la cocaína que no ha sido neutralizada por un ácido para convertirse en sal de clorhidrato. Este tipo de cocaína viene en forma de cristales de roca que se pueden calentar y cuyos vapores se pueden fumar. El término “crack” se refiere al crujido que se oye cuando se calientan los cristales (14).

Abuso de la cocaína

La cocaína puede ser usada de tres formas: se puede inhalar, inyectar y fumar.

La inhalación (“snorting”) consiste en aspirar la cocaína en polvo a través de las fosas nasales, siendo absorbida al torrente sanguíneo a través de las membranas nasales. El inyectarse consiste en depositarla directamente en el torrente sanguíneo. El fumar o inhalar el vapor o el humo de la cocaína en los pulmones permite que su rápida absorción al torrente sanguíneo tan igual como si fuera inyectada. Estas tres formas de abuso de la cocaína pueden causar adicción y trastornos en las personas que la consumen (14).

Peligros para la salud

La cocaína es un estimulante poderoso del sistema nervioso central que interfiere con el proceso de reabsorción de la dopamina, un mensajero químico asociado con el placer y el movimiento. La acumulación de la dopamina resulta en una estimulación continua de las neuronas “receptoras”, lo cual está asociado con la euforia comúnmente reportada por las personas que abusan de la cocaína (15).

Características psicosociales

Los individuos que consumen

clorhidrato de cocaína pueden presentar agresividad, hiperactividad, paranoia, mentiras frecuentes, manipulaciones, déficit motivacional, insomnio, celotipia (15).

Pasta básica de cocaína (PBC)

Se obtiene de las hojas de la coca, como un primer paso en la extracción final del clorhidrato de cocaína (15).

Es un alcaloide impuro, de color blanquecino mate, que se introduce en un cigarrillo de tabaco ("tabacazo", "clavo") o marihuana ("mixto"), o ambos ("trixto", PBC, tabaco y marihuana). Se le conoce también como "pye", "pastel", "pasta", "PBC", "bazuco", "kete", "tamal" (15).

Se consume bajo la modalidad de inhalación de bocanadas de humo, los cuales pasan directamente a los pulmones donde se absorben con gran rapidez, produciendo un efecto muy intenso y una dependencia de extrema gravedad (15).

Efectos

Produce efectos más potentes que el clorhidrato de cocaína, los cuales comprenden euforia, exagerada sensación de bienestar y excitación sexual, los cuales pronto se disipan siendo reemplazados por una fuerte depresión, irritabilidad, angustia, insomnio y disminución del apetito y la necesidad de reiniciar el consumo de la droga (15).

Características psicosociales

Los individuos que consumen PBC invierten su ciclo de vida, de día duermen y de noche salen a buscar la droga en la calle. Presentan un comportamiento antisocial o psicopático con marcadas muestras de deshonestidad, cinismo, manipulaciones, mentiras frecuentes, robos, etc.; asimismo comportamien-

tos delincuenciales manifestando agresividad y, deseos intensos de consumo de droga (15).

Éxtasis (15)

La denominación química del éxtasis es 3,4-METILENDIOXIMETANFETAMINA (conocida también como: Eva, Píldora del amor, etc.), su presentación es generalmente en forma de cápsula, de diversa formas y colores, y de un tamaño más o menos similar; pero de variada dosis. Su composición química comprende a los derivados de la anfetamina así como componentes semejantes al alucinógeno mezcalina (15).

Efectos de su consumo:

Efectos generales

Aproximadamente, luego de una hora de haberse consumido, se comienzan a experimentar los efectos del éxtasis, los mismos que se prolongan por un tiempo entre dos y cuatro horas. Los efectos generales son (15):

- Sensación de euforia,
- Locuacidad "hablar hasta por los codos"
- Vivencia de abundante energía física y emocional,
- Desinhibición y disminución de los controles sociales,
- Mayor facilidad para el contacto interpersonal,
- Pánico.

Peligros del consumo

- El éxtasis calienta el organismo por dentro (hipertermia) y favorece la deshidratación. Las personas que consumen esta sustancia, deben saber que hay conductas usuales en los consumidores de éxtasis que los exponen a mayores peligros.

- Mezclar con otras drogas (alcohol).
- Bailar sin parar durante horas, sin el tiempo necesario para que la temperatura del cuerpo se regule.
- No tomar líquido con la frecuencia necesaria para rehidratar el organismo (agua, jugos, etc.).

Anfetaminas

Son sustancias que actúan como una fuente estimulante del sistema nervioso.

La planta de la que proceden (*Catha edulis*) fue utilizada desde la antigüedad en el tratamiento del asma y a partir del descubrimiento de la efedrina se inició la aplicación terapéutica en determinadas enfermedades del sistema nervioso.

Las anfetaminas más utilizadas son: benzedrina, dexedrina y la metilamfetamina, como estimulantes químicos para mejorar el rendimiento en una tarea o actividad concreta de forma artificial. Sin embargo la energía alcanzada es ficticia y puede predisponer al organismo en un sobreesfuerzo.

Sus efectos se relacionan inadecuadamente con todos los deportes para disminuir la sensación de fatiga, así como sirve como ayuda en la reducción de peso, dado que desaparece la sensación de hambre; y, en el ámbito académico, ayuda en la medida que inhibe el sueño.

La vía de administración más usada es la oral, aunque también se puede inyectar.

Se presenta en forma de pastillas o cápsulas de diferente forma y color. La absorción de la droga es a través del tubo digestivo y sus primeros efectos aparecen a los 30 minutos.

El uso prolongado de anfetaminas puede ocasionar anorexia, desnutrición, problemas cardíacos.

cos y pulmonares, así como serios problemas renales y hepáticos. También se le atribuye la llamada psicosis anfetamínica, que se caracteriza por la realización de actos irracionales y de violencia repentina acompañada de paranoia y delirios (15).

Metanfetamina

Es una droga estimulante, muy adictiva, trabaja en determinadas zonas del cerebro. Guarda una estrecha relación química con la anfetamina, siendo mayores sus efectos sobre el sistema nervioso central. El uso terapéutico de estas drogas se da en el tratamiento de la obesidad.

Las vías de administración de la metanfetamina son la vía oral, por inyección intravenosa o fumándola (15).

Efectos inmediatos

Sensación intensa llamada “rush” o “flash” (arrebato o fogonazo) que dura apenas unos pocos minutos y que se dice es sumamente placentera, además se presenta una prolongación del estado de vigilia, mayor actividad física, disminución del apetito, aumento de la frecuencia respiratoria, hipertermia, euforia, irritabilidad, insomnio, confusión, temblores, convulsiones, ansiedad, paranoia y agresividad (15).

LSD (Dietilamida del ácido lisérgico)

Se trata de una sustancia de acción poderosa de origen semisintético que altera significativamente el funcionamiento del cerebro, provocando alucinaciones que modifican la forma de percibir el mundo e intensifican las imágenes.

Efectos a mediano plazo

Comienzan unos treinta minutos

después de consumirlo, alcanzan un máximo al cabo de dos horas, persistiendo sus efectos varias horas después.

El LSD afecta la percepción de lo exterior y las sensaciones internas, generando alucinaciones de tipo visual, auditivo, en algunos casos de tipo táctil (15).

KETAMINA

Es un potente anestésico general de corta duración que se emplea para las intervenciones quirúrgicas. Es una sustancia alucinógena comúnmente utilizada por los veterinarios como tranquilizantes para animales. Genera anestesia disociativa: interrumpe en forma selectiva las vías cerebrales de asociación y produce bloqueo sensorial.

Existe peligro evidente, si se mezcla con alcohol, barbitúricos, benzodiazepinas u otras drogas. Las dosis grandes inducirán pérdida de conocimiento, que podría conducir a un fallo cardiovascular.

Los efectos comienzan en los dos primeros minutos y duran menos de una hora (15).

Efectos inmediatos

Alucinaciones que incluyen distorsión visual y pérdida de percepción del tiempo, la sensibilidad y la identidad.

En dosis bajas aumenta la frecuencia cardíaca, la presión arterial y sanguínea, disminuyendo levemente la frecuencia respiratoria. En dosis altas suele provocar náuseas y vómito (15).

Heroína

La heroína es un derivado de la morfina, una droga semisintética, originada a partir de la adormidera, de la que se extrae el opio. El componente activo responsable de los efectos de esta droga es la dia-

cetilmorfina (3,6 - diacetil). Es una sustancia sintetizada a finales del siglo XIX y a principios del siglo XX, surgiendo inicialmente su uso como medicamento.

Actualmente, la mayoría de las personas adictas a los opioides consumen heroína, la cual posee un efecto narcótico pronunciado. Actúa deprimiendo el sistema nervioso central, produce dependencia psicológica y física intensa. Es considerada actualmente como una de las drogas más adictivas, por ello su uso se encuentra altamente restringido en la mayoría de los países por ser una droga de abuso (15).

Generalmente se vende en forma de polvo blanco o marrón. En España se le conoce bajo las denominaciones de “caballo”, “potro”, “jaco”, “reina”, “dama blanca”, “chiva”, o “tachones” (15).

Usos terapéuticos

Inicialmente la heroína se utilizó principalmente para tratar la tuberculosis por su capacidad para suprimir el reflejo de la tos. Asimismo se descubrió que su efecto anestésico no era mayor que el de la morfina, pero era más activa, lo que reducía la dosis logrando el mismo efecto, con las ventajas a nivel de acumulación en los tejidos (16).

Fármacos tranquilizantes

Los ansiolíticos o tranquilizantes son medicamentos para controlar los síntomas de la ansiedad. Sus efectos son la relajación y sensación de bienestar. Tienen acción depresora sobre el sistema nervioso central. Conforman este grupo los barbitúricos y las benzodiazepinas. Actualmente los barbitúricos no se usan como ansiolíticos a causa de los efectos secundarios que provocan, especialmente por su poco margen de seguridad, ya que produ-

cen depresión más generalizada del sistema nervioso.

Actualmente los ansiolíticos de mayor reputación son las benzodiazepinas.

Las benzodiazepinas de acción prolongada como el diazepam son prescritos a menudo para la suspensión del alcohol, también para conseguir niveles de dosis constantes a lo largo del día que eviten la ansiedad. Para el tratamiento del insomnio a menudo se prefiere el uso de benzodiazepinas de acción corta debido a su menor afecto residual (15).

Problemática en general

La juventud es el momento en que el ser humano se descubre y experimenta con cosas nuevas. Los compañeros que experimentan con alcohol, tabaco y otras drogas y hablan del uso indebido de sustancias dan la impresión de que todo el mundo lo hace.

Afortunadamente, el número real de jóvenes que experimentan con este tipo de drogas es menor de lo que los jóvenes suelen pensar, aunque no por ello deja de ser alarmante.

Existen diversos factores de riesgo que pueden afectar a los jóvenes, e inducirlos al uso indebido de drogas, como vivir en barrios donde se trafican y consumen drogas y donde no hay actividades complementarias extraescolares, extrauniversitarias. La presión económica sobre las familias en que los padres tienen dificultades para hacer frente al costo de vida, especialmente a nivel de los estudios, esto influye negativamente en las relaciones familiares, llevando a los jóvenes a pasar tiempo con compañeros que experimentan con el uso de drogas y la delincuencia en busca de aventuras exponiéndolos a un mayor

riesgo de ser víctimas del uso indebido de drogas.

Las industrias del tabaco y el alcohol invierten mucho dinero en publicidad subliminal, para que los jóvenes, especialmente en los países en desarrollo, se interesen en consumir sus productos (17).

Según el informe de Cabanillas, los costos asociados a la problemática del consumo de drogas en el Perú, es de 447,7 millones de dólares anuales. De este costo 254,4 millones de dólares corresponden al alcohol, 192,3 millones a las drogas ilegales y 7 millones al tabaco (18).

Los entornos de inicio para el consumo de drogas, comprende el entorno familiar, que incluye tanto a padres y hermanos (17,6%), como a otros familiares (21,8%), que es el principal entorno de inicio de consumo de alcohol, seguido de los compañeros de estudio (27,4%) y los amigos de barrio (24,6%). Los compañeros de estudio (35,4%) y los amigos de barrio (34,3%) vienen a ser los principales entornos de inicio del consumo de tabaco: dos de cada tres personas que declaran haber fumado cigarrillos alguna vez en su vida se iniciaron en estos entornos (18).

Sabemos que cada país presenta una realidad diferente con respecto a la demanda de drogas, son importantes los factores de riesgo y protección relacionados con la familia, la escuela, el grupo de pares en la universidad así como su incidencia en el inicio temprano y mantenimiento del consumo de drogas psicoactivas. Los estudios demuestran que el inicio del consumo de sustancias legales e ilegales comienza en la adolescencia. Las legales en la adolescencia temprana y las ile-

gales en la adolescencia tardía (19).

El consumo de alcohol entre los jóvenes se traduce en una necesidad de reasegurar la identidad y el sentido de pertenencia al grupo de pares, basado en las vulnerabilidades individuales, influye la imagen social que dan las bebidas alcohólicas y las incertidumbres que enfrentan los jóvenes sobre el futuro (20).

La atracción de los jóvenes al consumo de alcohol no es un fenómeno actual. Se trata de un fenómeno atemporal que se actualiza cada vez más en una variedad de comportamientos individuales y colectivos, y se presenta como un “hecho social total” (21).

Las bebidas alcohólicas están omnipresentes en nuestra cultura. Los primeros “experimentos” en su consumo entre los adolescentes y jóvenes ocurren con más frecuencia dentro de las familias (21).

Se observa un fenómeno creciente de consumo de alcohol en un grupo calificado como “amistoso” o “festivo”, quienes usan la palabra “precalentamiento” cuando consumen alcohol junto con otras sustancias (tabaco, cannabis, etc). El consumo regular de alcohol, según los estudios de Beck y col., entre los jóvenes franceses de 18 a 25 años, encaja en que el 11% manifestaron que consumían alcohol junto con otras drogas como el tabaco y cannabis (22).

En América Latina y el Caribe existe una preocupación por los estudiantes de universidades, ya que cada vez son poblaciones más vulnerables hacia el consumo de drogas. Asimismo, el policonsumo simultáneo de drogas tiene implicaciones legales y sociales para los estudiantes y sus familiares más cercanos (23-25).

La transición de la escuela a la universidad puede ser una experiencia muy agotadora. La nueva experiencia para algunos estudiantes que viven solos, con poco control parental, los coloca en alto riesgo de uso y/o abuso de sustancias. Además, la universidad es a menudo una cultura de numerosas oportunidades y a veces en los campus universitarios se promueve el consumo de alcohol y otras sustancias como un método para aliviar la tensión y fomentar la diversión (26). En Colombia el alcohol sería la sustancia más consumida en un porcentaje del 70 y el 90 % (27). En Chile, las cifras también indican que el alcohol es la sustancia más usada, con un predominio del 83,5%, seguido del tabaco el 67,4%, la marihuana el 16,7%, las benzodiazepinas en el 7,8% y la cocaína en el 3,0% (28). Mientras que en El Salvador las sustancias más consumidas son el alcohol (24,8%) y el tabaco (9,2%) entre hombres y mujeres (29).

En Jamaica, en el 2006, el consumo de alcohol entre los estudiantes de secundaria y universitarios fue de 71,1% , y el 1.4% para los alucinógenos y el opio (30).

En Nicaragua, el predominio de abuso de cocaína en personas de los 12-65 años es estimado en 2,5%, de éxtasis el 0,2%, de marihuana el 7,91%, de crack 1,29% y otras drogas ilícitas el 8,8% (31).

Estudios realizados en el Perú, en el año 2006, indican la prevalencia del uso del tabaco en 81,9%. El 15,6% de los estudiantes fumadores sentía ganas de fumar al despertar en la mañana. El 45,3% consumía tabaco desde los 16 años. La prevalencia de alcohol fue del

94,3%, marihuana 16,7%, pasta básica de cocaína 7,5% y cocaína 7,6% (32).

Bustamante y col. reportan los resultados que se encontraron en una universidad en Lima, el año 2009, y que forman parte de una investigación multicéntrica, indica una prevalencia de consumo para el tabaco del 51,3%, para el alcohol del 90,8%, para la marihuana del 5,9%, y 0,7% para la cocaína (33,34). En el mismo año otro estudio acerca de las normas percibidas por los estudiantes universitarios y el uso de drogas, reporta el consumo del tabaco en un 57,7%, el de alcohol en un 84,7%, el de marihuana en un 2,6% y un 1% para la cocaína (34).

Otra investigación publicada el año 2010 en el Perú, identifica una prevalencia del tabaco de 93,7%, en los hombres y en las mujeres de 77,6%, para el alcohol fue de 70,8% y para las drogas ilegales de 14,1% (marihuana). El consumo de tabaco por parte de los estudiantes presentaba una fuerte asociación con lo menos uno de los padres y a la exposición al humo dentro de la casa (35).

Existe cada vez más la demanda para ejecutar acciones que permitan comprender este complejo fenómeno social; por ello la Comunidad Andina de Naciones, conformada por los países de Ecuador, Colombia, Perú y Bolivia, viene realizando Estudios Epidemiológicos sobre Consumo de Drogas, diseñando instrumentos adecuados que ayuden a obtener información para ejecutar acciones de detección, diagnóstico temprano y derivación oportuna de esta población universitaria (36, 37).

Conclusiones

1. El problema del consumo de drogas entre los estudiantes universitarios debe ser estudiado a fin que las universidades puedan comprender los factores que contribuyen a su presentación, evalúen el problema, de tal manera que puedan realizar intervenciones con el fin de prevenir los problemas académicos, sociales y de salud pública que de ella se derivan.

Referencias Bibliográficas

1. Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF. Adolescencia y Juventud: Panorama General. UNICEF; 2012.
2. La Salud de los Jóvenes: Un Desafío para la Sociedad. Informe de un Grupo de Estudio de la OMS acerca de los Jóvenes y la Salud para todos en el año 2000. Ginebra; Organización Mundial de la Salud; 1986: 134.
3. Roales-Nieto JG, Moreno San Pedro E, et al. Hábitos básicos de salud y creencias sobre salud en adolescentes de España, Colombia y México. Revista Latinoamericana de Psicología. 2004; 36; 483- 504.
4. Intra MV, Roales-Nieto JG, Moreno San Pedro E. Cambio en las conductas de riesgo y salud en estudiantes universitarios argentinos a lo largo del periodo educativo. International Journal of Psychology and Psychological Therapy. 2011 (11-1): 139 -47.
5. Castro de la Mata R, Rojas M, Zavaleta A, Arnao J. Consumo de Drogas en el Perú. Debate Agrario. 2005; 39: 127-154.

6. Castamán D. El consumo de "Terokal" en los niños y niñas en situación de la calle. *Av Psicol.* 2005; 13 (1):69-95.
7. Policía Nacional del Perú. Manual de prevención del consumo y uso indebido de Drogas. Manual del docente. División de prevención del TID. Lima, Perú: DIRANDRO PNP; 2008.
8. Hernández SK. Instituto Mexicano de la Juventud en la Prevención de Adicciones. Mexico DF: Instituto Mexicano de la Juventud; 2008.
9. Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informe sobre Alcohol. Febrero 2007; 37.
10. United Nations Office on Drugs and crime. World Drug Report. 2010; New York, NY: United Nations Publications 2010.
11. Trillo MP. Educación vial: sustancias nocivas en la conducción; 2012. Universidad Nacional de Educación a Distancia 2012.
12. Schulz-Katterbach M, Imfeld T, Imfeld C. Cannabis and caries- Does regular use increase the risk of caries in cigarette smokers? *Schweiz Monatsschr Zahnmed.* 2009; 119(6): 576-83.
13. Cho CM, Hirsch R, Johnstone S. General and oral health implications of cannabis use. *Review Australian Dental Journal.* 2005;50 (2):70-4.
14. National Institute of Drug Abuse. DrugFacts: La cocaína. Bethesda, Maryland: National Institute of Drug Abuse 2012.
15. Centro de Prevención y Abuso contra las Drogas. Todo sobre Drogas. Lima: Centro de Prevención y Abuso contra las Drogas (CEDRO) 2012.
16. Pyatnitsakaya I. Libro General de drogas y el abuso del alcohol. Guía para los médicos. Moscú: Meditsina; 2008: 200-04.
17. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. Iniciativa de la UNODC para la Juventud. Guía para las deliberaciones. 2012: 4.
18. Cabanillas WE. Magnitudes del Consumo de Tabaco en el Perú. Lima: DEVIDA; 2010.
19. Organización de los Estados Americanos, CICAD. La Curricula de las Escuelas de Medicina y de Bioanálisis clínico con el contenido de drogas: La Experiencia de la SE/CICAD en América Latina. Washington, DC: Organización de los Estados Americanos; 2012. p. 9.
20. Rigaud A. Les jeunes et l'alcool. *La Santé de l'homme.* 2008; 398:13-15.
21. Legleye S, Le Nézet O, Solka S, Beck F. Les usages de drogues des adolescents et des jeunes adultes entre 2000 et 2005, France. *BEH.* 2008;13:89-92.
22. Beck F, Legleye S, Spilka S, et al. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2005, Exploitation des données du Barometre santé 2005 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte. *Tendences.* 2006;48:6.
23. Laranjo T, Soares C. University residence halls: socialization processes and drug consumption. *Rev Saude Pública.* 2006; 40(6):1027-34.
24. Simons J, Gaher R, Correia C, Hansen C, Christopher M. Affective-motivational model of marijuana and alcohol problems among college students. *Psychol Addict Behav.* 2005; 19(3):326-34.
25. Olthuis JV, Darredeau C, Barrett SP. Substance use initiation: the role of simultaneous polysubstance use. *Drug Alcohol Rev.* 2013;32(1):67-71.
26. Pilon S, O'Brien B, Chavez K. The relationship between drugs use and risk behaviors in Brazilian university students. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2005; 13(S2):1169-76.
27. Giraldo H, Dennis R, Solarte I, Jurado A, Molina D, Vera A. Prevalencia de tabaquismo y sus factores asociados en adolescentes escolarizados de siete ciudades colombianas 2005-2006. Resumen ejecutivo. Bogotá, Colombia: Asociación Colombiana de Medicina Interna, Sociedad Colombiana de Neumología y Cirugía de Tórax, Sociedad Colombiana de Cardiología, Sociedad Colombiana de Oncología, Sociedad Colombiana de Pediatría; 2006.
28. Organización de los Estados Americanos-OEA, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. Chile: Evaluación del Progreso de Control de Drogas, 2005-2006. Mecanismo de Evaluación Multilateral. Washington D.C. (US): OEA, CICAD; 2006.
29. Organización de los Estados Americanos, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. El Salvador: Evaluación del Progreso de Control de Drogas, 2005-2006. Mecanismo de Evaluación Multilateral. Washington D.C. (US): OEA, CICAD; 2006.
30. Organización de los Estados Americanos, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. Jamaica: Evaluación del Progreso de Control de Drogas, 2005-2006.

- Mecanismo de Evaluación Multilateral. Washington D.C. (US): OEA, CICAD; 2006.
31. Organización de los Estados Americanos, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. Nicaragua: Evaluación del Progreso de Control de Drogas, 2005-2006. Mecanismo de Evaluación Multilateral. Washington D.C. (US): OEA, CICAD; 2006.
32. Zárate M, Zavaleta A, Danjoy D, et al. Prácticas de consumo de tabaco y otras drogas en estudiantes de ciencias de la salud de una universidad privada de Lima, Perú. *Invest.educ.enferm.* 2006;24(2):72-81.
33. Bustamante I, Strike C, Brands B, Cunningham J, Wright MGM. Normas percibidas por estudiantes peruanos acerca de sus pares y el uso de drogas. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2009;17:858-64.
34. Chanamé E, Cunningham J, Brands B, Strike C, Wright MGM. Normas percibidas por los estudiantes universitarios de enfermería acerca de sus pares y el uso de drogas en Lima, Perú. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2009;17:865-70.
35. Danjoy D, Ferreira PS, Pillon SC. Conocimientos y prácticas sobre el consumo de tabaco en estudiantes de pregrado de farmacia, Lima, Perú. *Rev. Latino-Am. Enfergem.* 2010; 18:582-8.
36. Secretaría General de la Comunidad Andina. I Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas Sintéticas en la Población de Estudiantes Universitarios de la Región Andina. Lima, Perú: Secretaría General de la Comunidad Andina; 2009.
37. Secretaría General de la Comunidad Andina. II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas Sintéticas en la Población de Estudiantes Universitarios de la Región Andina. Lima, Perú: Secretaría General de la Comunidad Andina; 2012.