

**Universidad de Pamplona**

**Facultad de Salud**

**Programa de Psicología**



**BENZODIACEPINAS Y CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS  
JOVENES RECLUIDOS EN EL CENTRO PENITENCIARIO Y CARCELARIO-  
INPEC DIAGNOSTICADOS COMO DROGODEPENDIENTES**

**Yarithza Juliana Arenas Rivera**

**Jürgen Roldán Ravelo Moreno**

**Pamplona**

**2017**

**Universidad de Pamplona**

**Facultad de Salud**

**Programa de Psicología**



**BENZODIACEPINAS Y CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS  
JOVENES RECLUIDOS EN EL CENTRO PENITENCIARIO Y CARCELARIO-  
INPEC DIAGNOSTICADOS COMO DROGODEPENDIENTES**

**Yarithza Juliana Arenas Rivera**

**Jürgen Roldán Ravelo Moreno**

**Mgs Claudia Patricia Posada Benedetti**

**Directora**

**Pamplona**

**2017**

## **Agradecimientos**

Queremos expresar nuestros agradecimientos primeramente a Dios por darnos la oportunidad de culminar esta etapa profesional, a nuestra Directora de tesis Mgs Claudia Posada por la excelente orientación y apoyo que nos brindó, a nuestra Universidad de Pamplona por los conocimientos adquiridos y por darnos el espacio de desarrollarnos como profesionales y así culminar nuestro objetivo, a nuestros padres gracias a ellos que han sido nuestro apoyo y motor para surgir en esta etapa de nuestras vidas, y a todos aquellas personas profesores, personal administrativo, amigos que de una u otra manera directa o indirectamente aportaron su granito de arena para ver nuestra meta cumplida.....¡GRACIAS!

## TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	8
ABSTRACT.....	9
INTRODUCCIÓN .....	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	12
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	12
DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA .....	13
JUSTIFICACIÓN .....	16
OBJETIVOS .....	18
General.....	18
Específicos: .....	18
ESTADO DEL ARTE.....	19
MARCO TEORICO.....	34
CAPITULO I .....	34
Clasificación de las Sustancias psicoactivas .....	35
Síntomas del Uso de las PSA. ....	38
Efectos de las PSA .....	39
Situación del Consumo de las PSA en Colombia .....	41
Benzodiacepinas.....	49
Historia de las BZD .....	49
Mecanismos de Acción.....	50
Características de las BZD.....	52

Efectos Adversos de las BZD.....	56
CAPITULO II.....	60
Calidad de Vida.....	60
CAPITULO III.....	65
Desarrollo Humano- Adulto Joven.....	65
CAPITULO IV.....	72
Salud Mental.....	72
MARCO LEGAL.....	76
MARCO CONTEXTUAL.....	84
METODOLOGÍA.....	87
Tipo de Investigación.....	87
Tipo de Diseño.....	87
Población.....	87
Muestra.....	88
Instrumentos.....	88
Análisis E Interpretación De Resultados.....	94
Discusión.....	101
CONCLUSIONES.....	103
RECOMENDACIONES.....	105
REFERENTES BIBLIOGRÁFICOS.....	106
ANEXOS.....	114

## Lista de Tablas

	<b>Pág.</b>
Tabla 1 Ficha Técnica entrevistas	89
Tabla 2. Ficha Técnica de Historia	90
Tabla 3. De Frecuencia I. Grado de Dependencia	93
Tabla 4. De Frecuencia II. Índices de Salud	95
Tabla 5. De Frecuencia III. Relación Entre Consumo y Conducta	96

## Lista de Figuras

	<b>Pág.</b>
Grafico I. Grado de Dependencia	94
Grafico 2. Índices de Salud	95
Grafico 3. Relación Entre Consumo y Conducta	97

### Resumen

Las Benzodiazepinas se caracterizan por ejercer un cuádruple efecto farmacológico: ansiolíticos, sedantes o hipnóticos, anticonvulsivos y miorelajantes. Estos cuatro componentes del efecto aparecen en cada BDZ en una proporción distinta, lo que determina su perfil de acción. Son usadas en la práctica médica y estomatológica como terapia para la ansiedad, el insomnio y otros estados afectivos. Los individuos que abusan de drogas estimulantes se administran con frecuencia este medicamento para calmar su estado anímico (López, Aroche, Bestard, Ocaña, 2010). Por tal motivo el objetivo general de la siguiente investigación era determinar el grado de dependencia a los benzodiazepinas de los adultos jóvenes recluidos en el centro penitenciario y carcelario-INPEC diagnosticados como drogodependientes a través de una investigación de corte mixto. Que permitió concluir que el grado de dependencia que hay en el Centro Carcelario y Penitenciario INPEC de la ciudad de Pamplona en el cual se permitió evaluar el nivel de consumo de medicamentos psiquiátricos en los internos pertenecientes al programa de prevención y promoción de la institución. Identificando aquellos que según prescripción y tratamiento tiene un consumo de fármacos según diagnóstico psiquiátrico, donde a través del proceso se percibe el mal uso y consumo inadecuado de los mismos.

Palabras Claves: Benzodiazepinas, Calidad de Vida, Salud Mental, Salud Física, Dependencia



### **Abstract**

The Benzodiacepinas are characterized for exercising a quadruple pharmacological effect: tranquilizers, sedative or hypnotic, anticonvulsive and miorrelajantes. These four components of the effect appear in every BDZ in a different proportion, which determines his profile of action. They are used in the medical practice and estomatológica as therapy for the anxiety, the insomnia and other affective conditions. The individuals who abuse stimulant drugs manage the affairs often this medicine to calm his mental condition (Lopez, Aroche, Bestard, Ocaña, 2010). For such a motive the general aim of the following investigation was-INPEC determined the degree of dependence to the benzodiacepinas of the young adults imprisoned in the penitentiary and prison center diagnosed like drugdependent across an investigation of mixed cut. That allowed to conclude that the degree of dependence that exists in the Prison Center and Penitentiary INPEC of the city of Pamplona in which it was allowed to evaluate the level of consumption of psychiatric medicines in the boarders belonging to the program of prevention and promotion of the institution. Identifying those that according to prescription and treatment a consumption of medicaments has according to psychiatric diagnosis, where across the process the evil perceives use and inadequate consumption of the same ones.

Key words: Benzodiacepinas, Vida's Quality, Mental Health, Physical Health, Dependence

## Introducción

En el desarrollo de la investigación Benzodiacepinas y calidad de vida de los adultos jóvenes reclusos en el centro penitenciario y carcelario - INPEC diagnosticados como drogodependientes, partiendo de la formulación del problema ¿Cuál es el grado de dependencias a las benzodiacepinas ,el estado de salud y el índice de calidad de vida de los adultos jóvenes reclusos en el centro penitenciario y carcelario-INPEC diagnosticados como drogodependientes?, Teniendo en cuenta que la benzodiacepinas son medicamentos de orden psicotrópico, es decir que actúan directamente en el sistema nervioso central estos medicamentos disminuyen la excitación neuronal y tienen un efecto antiepiléptico, ansiolítico, hipnótico y relajante muscular. Se utilizan como tratamiento terapéutico de afectaciones como: Ansiedad generalizada, Insomnio Fobias, Trastorno obsesivo compulsivo, Trastornos afectivos. El planteamiento y la descripción del problema. Se empieza a desarrollar desde los objetivos planteados con el fin de determinar el grado de dependencia a las benzodiacepinas de los adultos jóvenes reclusos en el centro penitenciario y carcelario-INPEC diagnosticado como drogodependientes y su influencia en la calidad de vida.

Se inició indagando en diferentes investigaciones de índole internacional, nacional, regional y local, donde en estas dos últimas, no se encuentra soporte de investigaciones realizadas en relación con el tema abordado en investigación. El marco teórico se estructura en cuatro capítulos, el primero enfatizado en sustancias psicoactivas y benzodiacepinas, su función, sus clases y consecuencias; el segundo se desarrolla a partir de todo lo relacionado con calidad de vida y la importancia de la misma en cada uno de

las personas, en el tercer capítulo se establecen bases teóricas del desarrollo humano en la etapa adultez joven los cuales son la muestra de la investigación y el cuarto capítulo se basa en las generalidades de la salud mental.

Dentro del marco legal se destacan dos leyes de gran importancia para el desarrollo de la investigación, como son la ley 1616 del 21 de enero de 2013 que habla sobre la salud mental y la ley 1090 del 2006 que es el código deontológico del psicólogo, acompañadas de la Resolución Nro. 8430 de 1993 la encargada de velar por los derechos de las personas objeto de investigación. Y para finalizar este apartado se encuentra el marco contextual en el que damos a conocer la reseña histórica del centro penitenciario y de reclusión INPEC.

Al termino se encuentra la metodología dividida en diversos factores: el tipo de investigación de corte mixto, La población que se tiene como objetivo para la investigación son los adultos jóvenes que se encuentran reclusos en el Centro Penitenciario y carcelario INPEC - Pamplona, diagnosticados como drogodependientes. Los sujetos de estudio serán expuestos a un seguimiento por medio de la aplicación de una entrevista semiestructurada, Formato de datos sociodemográficos, La Escala de Severidad de Adicción a las Benzodiacepinas SDS42 y La Escala de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (MOS-SF-35, o MOS-VIH) permitiendo la evaluación determinando cómo se puede ver afectada la persona por el abuso en el consumo y la influencia en su calidad de vida.

## **1. Problema de investigación**

### **1.1 Formulación Del Problema**

¿Cuál es el grado de dependencia a las benzodiacepinas, el estado de salud y el índice de calidad de vida de los adultos jóvenes reclusos en el centro penitenciario y carcelario-INPEC diagnosticados como drogodependientes?

### **1.2 Planteamiento del Problema**

A partir del interés sobre el consumo y el desarrollo de la dependencia a este medicamento se ha convertido en un problema de salud pública Para Nora D. Volkow, Directora del Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas en su libro “los medicamentos de prescripción: abuso y adicción” de 2001, El abuso de ciertos medicamentos de prescripción, entre ellos, los opioides, los depresores del sistema nervioso central y los estimulantes, puede conducir a una variedad de efectos adversos para la salud, incluyendo la adicción o dependencia. Es por esto que es de gran importancia el abordaje de esta temática para la prevención del abuso de este tipo de medicamentos debido a que la población joven está expuesta a una serie de riesgos en cuanto al consumo indebido de este tipo de medicamentos, enfrentándose al mundo sin ninguna guía, sin tener en cuenta que muchas veces se adquieren gustos por sustancias psicoactivas o medicamentos psicotrópicos por curiosidad o por la simple desinformación que conllevan al abuso de estas sustancias que pueden terminar en dependencia al no ser controlados. De hecho el

abuso de los medicamentos de prescripción es mayor entre los adultos jóvenes de 18 a 25 años según la encuesta Nacional sobre la Salud y el Consumo de Drogas en 2010.

Es por esto que es de gran importancia el abordaje de esta temática para la prevención del abuso de este tipo de medicamentos debido a que la población joven está expuesta a una serie de riesgos en cuanto al consumo indebido de este tipo de medicamentos, enfrentándose al mundo sin ninguna guía o conocimiento sobre el efecto adverso en el abuso de este tipo de medicamentos y cómo influye en la calidad de vida de los adultos jóvenes.

Partiendo de esto se considera necesario indagar más sobre la calidad de vida desde donde se establece el problema de una adicción o dependencia, por el hecho de llegar a consumir medicamentos que son utilizados bajo un tratamiento terapéutico como una droga de abuso social o recreativa entre adolescentes o por el hecho de encontrar algún tipo de “beneficio”, ya que gran parte de la población joven actualmente están mostrando una preferencia y adicción por este tipo de sustancias por sus efectos similares a otras drogas de orden sedante, hipnótico y ansiolítico debido a su fácil acceso en el mercado negro y a su acceso en farmacias con facilidad por falta de control en la formulación de estos medicamentos.

### **1.3 Descripción del problema**

El abuso de benzodiacepinas o su utilización como droga recreativa se está convirtiendo en problema de salud pública actual según la OEA en 2013, reflejándose e influyendo en conductas inapropiadas por parte de adolescentes consumidores actualmente en todo el mundo, esta investigación se enfoca en determinar el grado de

dependencia a las benzodiazepinas de los adultos jóvenes recluidos en el centro penitenciario y carcelario-INPEC diagnosticados como drogodependientes a través de una investigación de corte mixto.

Basándonos en las premisas anteriores la Organización Mundial de la Salud establece que el uso adecuado de medicamentos significa que los pacientes reciban fármacos apropiados para sus necesidades clínicas, a dosis ajustadas a su situación particular, durante un periodo de tiempo específico y al mínimo costo posible para ellos y la comunidad. El uso clínicamente inapropiado de los medicamentos supone un problema muy grave a nivel mundial: se estima que más de la mitad de todos los fármacos se prescriben, dispensan o venden de forma inapropiada; si a esta situación se suma el potencial adictivo de algunos de ellos, el problema se complica y puede agravarse (OMS, 2010). A partir de esto podemos concluir que la forma de prescripción inapropiada o su fácil acceso en el mercado negro es una de las mayores razones por las cuales estos medicamentos llegan a contextos recreativos entre adolescentes influyendo en su calidad de vida.

A partir de esto se ha concluido que el uso y prescripción de las benzodiazepinas se ha relacionado con un mayor riesgo de abuso y dependencia debido a su manejo inadecuado pues estos medicamentos poseen un potencial de dependencia muy alto, así mismo, se ha reportado tolerancia farmacológica cuando la prescripción es por un tiempo mayor a las cuatro semanas, así como la aparición del síndrome de abstinencia en el 30% de los pacientes después de un tratamiento de ocho semanas de duración (Minaya, Ugade, Fresán, 2009; Ayuso Gutiérrez, 2008).

Entre las benzodiacepinas más usadas sin prescripción médica se encuentra el flunitrazepam y el clonazepam, ambos producidos originalmente por la empresa farmacéutica Roche, lo que le dio el nombre en el argot popular sobre todo al primer medicamento, conocido en el mercado con el nombre comercial de “Rohypnol®”, de “ruedas” o “roches” (Roncancio Bedoya, F. A. & Londoño Vásquez, D. A. 2015).

Para Roncancio Bedoya, F. A. & Londoño Vásquez, D. A. (2015). Estos fármacos, además de los usos médicos, se usan “recreacionalmente” por parte de los jóvenes, en la activación de las vías de gratificación dopaminérgicas del sistema nervioso central. Quienes abusan de estos desarrollan un alto grado de tolerancia, su uso prolongado, indiscriminado y sin supervisión médica, tiene el potencial de crear dependencia física y psicológica lo que trae consigo una serie de afectaciones en las diferentes áreas de ajuste de la persona.

A pesar de que se establece que los benzodiacepinas son de uso restringido y que su consumo es exclusivo para personas que lo necesiten como medicamento con uso exclusivamente terapéutico, el adquirir estos medicamentos se ha convertido en algo muy fácil para los adolescentes porque hay farmacias que no controlan su venta y facilitan su compra expandiendo el mercado negro y el comercio de este tipo de medicamentos como droga recreativa en adolescentes.

## 2. Justificación

El abuso en el consumo de benzodiacepinas en establecer una conducta de riesgo en el desarrollo óptimo de su ciclo vital , debilitando y acarreando consecuencias negativas en su vida, ya que afectan sus diferentes áreas de ajuste como la académica, laboral , familiar, y social la razón principal de esta investigación es identificar cuál es la calidad de vida de los adultos jóvenes reclusos en el INPEC, con el fin de crear una cartilla psicoeducativa que contribuirá con los procesos llevados a cabo por los profesionales del área.

Las benzodiacepinas como anteriormente se mencionó son medicamentos de uso psiquiátrico que actualmente se consumen como medicamento recreativo en adolescentes, Es relevante y de gran importancia el abordaje de este tema de estudio ya que las benzodiacepinas no se establecen como otro tipo de drogas ilegales, pues estos medicamentos son utilizados con propósitos terapéuticos no de una manera indiscriminada como una droga recreativa, es en ese punto donde nace el interés por el tema pues al establecer bases teóricas sobre el tema se aportara a la sociedad en general información sobre el uso adecuado de este tipo de medicamentos.

Actualmente en Colombia se está viendo un alto consumo de esta sustancia por parte de los jóvenes y su relación con conductas delictivas según Estudio Nacional De Consumo De Sustancias Psicoactivas En Adolescentes En Conflicto Con La Ley En Colombia en 2013 , es a raíz de este punto que nace el interés por realizar esta investigación en los Adultos Jóvenes Reclusos En El Centro Penitenciario Y Carcelario-INPEC Diagnosticados Como Drogodependientes en donde se Determinaran las reacciones psicológicas generadas por el efecto de las benzodiacepinas a través de la



observación conductual y se describirá el nivel de dependencia a las benzodiazepinas que puede presentar el participante del estudio así como identificar la influencia del consumo de benzodiazepinas por parte de los jóvenes.

A su vez se conocerá la influencia del abuso de este tipo de medicamentos en la calidad de vida e imaginarios que tienen los jóvenes consumidores de sustancias alucinógenas hacia el consumo de benzodiazepinas como medicamento de abuso. El desarrollo de esta investigación es de gran importancia pues se generan bases teóricas que contribuyen con la información acerca de las implicaciones que conlleva el abuso de benzodiazepinas además se construirá una herramienta visual psicoeducativa dirigida a los centros penitenciarios y a la población en general donde se conocerá acerca de sus efectos adversos y su uso adecuado.

### **3. Objetivos**

#### **3.1 Objetivo General**

Determinar el grado de dependencia a las benzodiazepinas de los adultos jóvenes recluidos en el centro penitenciario y carcelario-Inpec diagnosticados como drogodependientes a través de una investigación de corte mixto.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

Especificar los índices de salud física y salud mental de los adultos jóvenes recluidos en el centro penitenciario y carcelario-Inpec diagnosticados como drogodependientes.

Comparar los índices de salud física y salud mental con el grado de dependencia a las benzodiazepinas de los adultos jóvenes recluidos en el centro penitenciario y carcelario-Inpec diagnosticados como drogodependientes.

Describir la influencia que tiene en la calidad de vida el abuso de benzodiazepinas y su relación con conductas delictivas.

Diseñar una herramienta visual psicoeducativa dirigida a la población en general y a los adultos jóvenes recluidos en los centros penitenciarios y carcelarios.

#### **4. Estado del Arte**

Dentro de las investigaciones relacionadas con el estudio del uso de las Benzodiacepinas a nivel internacional, nacional, regional y local luego de una revisión exhaustiva de la literatura bibliográfica referente a la temática abordada se concluye que en cuanto a estudios regionales y locales no se encuentran investigaciones relacionadas al estudio por lo que se abordan solo investigaciones a nivel nacional e internacional.

##### **Estudios Internacionales**

##### **Uso y abuso de las benzodiacepinas 2010 Vantour A, Aroche A, Dra Romero y Dra. Fontela Santiago de cuba, Cuba**

La investigación denominada Uso y abuso de las benzodiacepinas en Santiago de Cuba, Cuba, con el objetivo de conocer, indagar y determinar causas y efectos causados por la prescripción de este tipo de medicamentos, así mismo dentro de la investigación se recomienda una mayor divulgación sobre sus efectos, con vista a mejorar la calidad de vida de quienes ingieren el citado fármaco.

Teniendo en cuenta su mecanismo de acción, sus aplicaciones terapéuticas, su efecto ansiolítico, su efecto hipnótico, sedante, anticonvulsivo y estados epilépticos, a través del estudio se establecen sus usos no terapéuticos, estos fármacos se usan recreacionalmente en la activación de las vías de gratificación dopaminérgicas del sistema nervioso central. Las personas que abusan de estos, desarrollan un alto grado de tolerancia, así como subidas en escaladas de las dosis a niveles muy elevados. Su uso prolongado tiene el potencial de crear adicción, aun en dosis adecuadas, puede causar dependencia

psíquica, física, tolerancia y síndrome de abstinencia, La tolerancia y la dependencia de las Benzodiacepinas se crean con rapidez entre quienes las consumen, pues demuestran síntomas de abstinencia en tan solo 3 semanas de uso continuo.

Una vez que se haya establecido una dependencia al medicamento, el clínico tiende a establecer el consumo diario promedio de bzd por el paciente y comienza con reducciones de aproximadamente 2 mg. no se recomienda añadir otras drogas a menos que haya una indicación específica para su uso.

**Urgencias Hospitalarias Asociadas Al Consumo De Hipnóticos Y Sedantes, Castilla Y León, 2016 González R, Martín R, López del Prado, Ruíz G, Muñoz Moreno, Velázquez, Castilla y León.**

Esta investigación en la Comunidad Autónoma de Castilla y León, a través de un estudio descriptivo transversal mediante el análisis de 3.089 urgencias hospitalarias relacionadas con consumo de hipnosedantes obtenidas del Indicador de Urgencias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas del Observatorio Nacional sobre Drogas.

Se utilizó el test  $\chi^2$  para comparación de proporciones y la prueba t de Student para medias. El número total de urgencias hospitalarias registradas en los cuatro hospitales monitorizados de Castilla y León entre 2009-2013 relacionadas con el consumo de algún tipo de hipnosedante fue 3.089. Respecto a la distribución por sexo, se registraron 1.306 (42,3%) urgencias en varones y 1.779 (57,6%) en mujeres, la edad estuvo comprendida entre los 31 y 50 años, siendo la media de 40,8 años, En las urgencias analizadas e incluidas en el estudio se registraron seis tipos de sustancias relacionadas con los episodios, de las cuales 3.996 (70%) correspondieron a hipnosedantes (figura 2).

En relación al diagnóstico de trastornos psiquiátricos, aparecieron en 277 registros (9% de todos los casos). Los de mayor prevalencia fueron el trastorno adaptativo 24%, la depresión 19%, la ansiedad 16% y el trastorno límite de la personalidad 11%. El grupo de edad que con más frecuencia acudió a urgencias por consumo inadecuado y exclusivo de somníferos y sedantes fue el de 36 a 40 años con predominio de mujeres respecto a hombres. Se encontró en la investigación que los psicofármacos más consumidos fueron los hipnosedantes y específicamente las benzodiacepinas, ocupando el lorazepam el primer lugar.

### **Factores implicados en el desarrollo de dependencia a benzodiacepinas, Cinta**

#### **Borrero Corte 2016, Salamanca**

El principal objetivo que se intenta conseguir en este estudio es el de averiguar si la principal causa de la dependencia a benzodiacepinas se encuentra en las características del fármaco y en los efectos que provoca su uso continuado, así como analizar los principales factores que predispongan a una persona a padecer dependencia a este tipo de medicamentos. En el desarrollo de esta investigación, se llevó a cabo un análisis en el que se ha tratado de estudiar, sintetizar e integrar la información obtenida a partir de una serie de artículos científicos seleccionados con anterioridad por el autor.

El proceso de análisis de la información se ha realizado mediante el estudio de dichos artículos de una forma circular de manera que se han pretendido revisar las evidencias científicas relacionadas con el tema tratado proporcionadas hasta la fecha, en este trabajo se exponen evidencias que demuestran la diferencia existente entre algunas personas a la hora de metabolizar este tipo de medicamento. Estos hechos dan una razón

más clara sobre el porqué algunas personas son más vulnerables a la dependencia a las Benzodiacepinas, una de las conclusiones del autor está relacionada con que el uso a largo plazo de estos fármacos constituye uno de los mayores problemas porque supone riesgo de desencadenar adicción a las benzodiacepinas, el autor recomienda que el consumo de estas sustancias se limitara a la dosis prescrita y que se siguiera el tratamiento durante el tiempo aconsejado por el profesional a cargo así mismo establece que esta investigación nos permite deducir que dichos psicofármacos no son tan diferentes de otras sustancias de abuso, de modo que, por ello se deben prescribir con cautela, sopesar la relación riesgo, beneficio el autor considera tener en cuenta el riesgo que conlleva un tratamiento con fármacos que comparten características con otras drogas.

Para concluir posibles factores que podrían aumentar su vulnerabilidad a la dependencia de Benzodiacepinas. Entre su uso continuado se da un mayor riesgo de dependencia, dentro de los Factores implicados, estarían la edad y el sexo de la persona, sus vivencias y si éstas son negativas o estresantes, sus características de personalidad como presencia de neuroticismo e introversión, inestabilidad emocional, aislamiento social, problemas de dependencia con otras sustancias e incluso la composición genética de cada uno que determina la forma de metabolizar estos fármacos. Con base a estos factores el autor establece que sería difícil establecer un perfil propenso al desarrollo de dependencia, sin embargo, no existen evidencias científicas suficientes que apoyen esta conclusión de modo que todos estos aspectos podrían constituir un punto de apoyo para futuras investigaciones.

**Benzodiazepinas: narrativas de adicción y recuperación de una anestesióloga****Gómez San Luis, A H; Almanza Avendaño, 2017, Alicante, España**

El estudio denominado narrativas de adicción y recuperación de una anestesióloga pues recientemente se ha registrado un incremento en el abuso de medicamentos de prescripción. Los médicos anestesiólogos se encuentran en riesgo por su excesiva carga laboral y por el fácil acceso que tienen a la sustancia. Se realizó un estudio de caso único con diseño narrativo. Se aplicó una entrevista a profundidad con una anestesióloga, con el objetivo de conocer las narrativas de adicción a las benzodiazepinas y de recuperación.

Para los autores Fresán, Minaya, Cortés-López & Ugalde, 2011 citados por Gómez San Luis, A H; Almanza Avendaño en 2017 postula que desde el marco epidemiológico del abuso y adicción a las benzodiazepinas, se ha observado que la dependencia es una condición generalmente relacionada a un marco terapéutico, ya que el primer contacto con la sustancia generalmente sucede en un contexto clínico

Se llevó a cabo un análisis narrativo formal para identificar la trayectoria del relato (Gergen, 1996), con base a la evaluación de la participante de la sucesión de eventos relacionados con la adicción y la recuperación; y establecer las principales etapas o fases transitadas desde el inicio del consumo hasta la rehabilitación. Asimismo se llevó a cabo un análisis narrativo categórico mediante el software MAXQDA versión 12, a fin de identificar los principales temas presentes en el relato de la participante, que dieran cuenta tanto de las condiciones que mantienen la adicción, como de los elementos que promueven el proceso de recuperación.

Dentro de los resultados encontrados dentro de la investigación se descubre que el inicio del consumo fue por un tratamiento médico para tratar el insomnio.

**Influencia del consumo de drogas en los estudiantes universitarios, 2012, Martha López Pinedo, Lima Peru.**

En el desarrollo de esta investigación se interesaron por conocer más acerca del consumo de drogas en estudiantes y su influencia para adoptar dicha conducta en la ciudad de Lima, Peru, , 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, alprazolán, 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.

Este estudio se encarga de categorizar y dar a conocer efectos, características y consecuencias del consumo de diferentes tipos de sustancias psicoactivas así mismo este estudio concluye que 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.

**Tendencias en la utilización de benzodiacepinas en farmacia privada, Tamara Yates y Paola Catril en el año 2009 en Santiago, Chile**



Este estudio se ejecutó con el propósito de determinar la tendencia de utilización de las benzodiazepinas dispensadas en Farmacia Privada, y su comparación con una investigación realizada en el año 1988, antes de la instauración del control de prescripción. Se analizó la información recopilada con base a dos trabajos realizados por alumnos Internos de la carrera de Química y Farmacia de la Universidad de Concepción, que realizaban su Habilitación Profesional (años 2003 y 2007).

Se consignaron datos desde las recetas dispensadas en Farmacias Privadas en la ciudad de Concepción, y a través de encuestas (cuestionario con preguntas abiertas) mediante entrevista a los pacientes que acudían a las farmacias a solicitar benzodiazepinas, la muestra se conformó a partir de 2.146 recetas y 199 encuestas en un período de tres meses (años 2003 y 2007), Los resultados de este estudio indican una tendencia en la prescripción y el empleo de las benzodiazepinas por los usuarios. En relación a las benzodiazepinas más utilizadas, en la Figura 3 se presentan los resultados comparativos.

El porcentaje de uso de benzodiazepinas es el mismo en los años 2003 y 2007, pero diferente en el año 1988, ( $p < 0,0001$ ). Se observa que en el estudio del año 1988, el 39% de las atenciones fueron con receta, y de éstas el medicamento más prescrito correspondió a diazepam (21%); le siguieron lorazepam (18%), clordiazepóxido (16%), bromazepam (10%). En el año 2003, el fármaco de mayor prescripción fue alprazolam (42%), seguido de clonazepam (36%) en un porcentaje muy superior a las otras benzodiazepinas. En el año 2007 se observa una inversión respecto al mayor uso, el cual correspondió a clonazepam (42%) seguido de alprazolam (34%). Se destaca el diazepam cuyo porcentaje disminuyó considerablemente en 2,4% y 3% durante los años 2003 y 2007, respectivamente. El profesional médico que más prescribió durante los años del

estudio (1988, 2003 y 2007) fue el médico general (49%, 48% y 43%), respectivamente. Los psiquiatras lo hicieron en un 25% (año 2003) y 21% (año 2007) similar a otros estudios<sup>10</sup>, pero muy por encima de lo observado en el año 1988 cuya investigación sólo arrojó un 8%<sup>6</sup>

A continuación se encontraran los estudios abordados desde la perspectiva de la investigación a nivel nacional.

## **Estudios Nacionales**

### **Consumo De Drogas Emergentes En Medellín, Colombia 2013 Guillermo A.**

#### **Castaño Pérez, Gustavo A. Calderón Vallejo y Dedsy Yajaira Berbesi Fernández**

Se indago sobre la presencia de nuevas drogas o sustancias en el consumo habitual de sus habitantes, La continua aparición de nuevas sustancias sintéticas que se puede utilizar como drogas de abuso supone un desafío constante para la salud pública en especial para niños y jóvenes en situaciones vulnerables, Bajo un enfoque empírico-analítico, se planteó un estudio con un enfoque mixto.

La muestra se conformó por 510 drogodependientes que en 2011 asistieron a centros de tratamiento, en la modalidad de internamiento, en el municipio de Medellín, en quienes se exploró el consumo de drogas emergentes. A todos los usuarios de drogas se les aplicó un instrumento ad-hoc para detectar consumo de las que el estudio consideraba drogas emergentes.

Detectados los consumidores y seleccionados por la frecuencia del consumo y la prevalencia en el último año y el último mes, se les solicitó una entrevista semiestructurada, que indagaba por detalles de la sustancia y las características del consumo. En los resultados se puede evidenciar que el 82,2% son varones y el 17,8%, mujeres. El 58,2% cursa secundaria y el 26,8% tiene estudios superiores técnicos o de universidad. El 1,4% no ha ido a la escuela, Entre las drogas emergentes halladas, se destacan las prevalencias de las benzodiacepinas flunitrazepam y clonazepam: prevalencia de vida (PV), 97,5%; prevalencia en el último año (PA), 67,9%, y prevalencia en el último mes (PM), 46,7%. Les siguen las drogas de síntesis (LSD, «éxtasis», anfetaminas, HGB, «éxtasis vegetal», fenciclidina, metanfetamina, ketamina, 2CB): PV, 96,5%; PA, 44,5%,

y PM, 23,5%. Luego aparecen las cocaínas fumables (bazuco, crack y free-base): PV, 80%; PA, 52,1%, y PM, 31,7%. Siguen los derivados opiáceos (heroína, morfina, opio, codeína, dextrometorfano, meperidina, fentanilo): PV, 61,4%; PA, 26,7%, y PM, 16%. Los alucinógenos como los hongos, el cacao sabanero y el yagé también aparecen entre los consumos.

En el estudio puede observarse en los datos anteriores es que, cuando el estudio se centra en poblaciones focalizadas como jóvenes escolares, universitarios, jóvenes con conductas delictivas o consumidores de centros de tratamiento, las prevalencias del consumo de las llamadas drogas emergentes aumentan

### **Estudio Nacional De Consumo De Sustancias Psicoactivas En Adolescentes En Conflicto Con La Ley En Colombia, 2010, DNE, ICBF, UNODC, OEA**

En el año 2010 la Dirección Nacional de Estupefacientes (DNE) y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), con el apoyo de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) y el uso de la metodología de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD/OEA) y sus autores Augusto Pérez Gómez, Ph.D, Orlando Scoppetta Díaz-Granados, Marcela Correa Muñoz, Leonardo Aja Eslava, Liliana González Bernal, Juliana Mejía Trujillo, Marcela Rojas Peralta, Merceditas Beltrán Fletscher se preocuparon sobre esta compleja problemática social que es el consumo de sustancias psicoactivas entre los adolescentes en conflicto con la ley.

El propósito primordial de este estudio es establecer la magnitud y las características del consumo de sustancias psicoactivas, así como las relaciones entre ese fenómeno y las conductas delictivas por parte de los adolescentes infractores, la muestra

del estudio fueron los jóvenes infractores de la ley de ambos sexos vinculados al Sistema de Responsabilidad Penal de Adolescentes que cumplen la sanción impuesta por la autoridad competente en centros de atención especializados de privación de libertad y en el programa de libertad vigilada o asistida en las ciudades de Bogotá, Cali, Medellín, Itagüí, Manizales, Bucaramanga, Piedecuesta, Cartagena, Neiva, Pasto y Popayán. De acuerdo con la información registrada en el Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes, el universo (según cupos disponibles) se estimó en 1.686 jóvenes. Del total del universo se logró captar el 71%, considerándose una muestra más que representativa.

Las conclusiones de la investigación se resumen así: La criminalidad en Colombia tiene relaciones importantes con las sustancias psicoactivas, especialmente en los delitos cometidos bajo efectos de una droga y en los englobados en el narcotráfico y conexos. Otras modalidades de relación droga-delito son también importantes para establecer prevalencias de formas delictivas, causas, aprendizajes, trayectorias de vida en el delito, consecuencias sociales, victimológicas y económicas.

### **Consumo de Tranquilizantes Sin Prescripción Médica en Estudiantes Universitarios, 2013, Gustavo Adolfo Calderón Vallejo y Guillermo Alonso Castaño Pérez, Medellín Colombia**

Este estudio se basó en estudiar el abuso y la dependencia de sustancias psicoactivas constituye un grave problema social y de salud pública, el cual impacta de manera negativa en la salud Física y psicológica de quienes las consumen afectando sus áreas de ajuste.

La Organización Mundial de la Salud establece que el uso adecuado de medicamentos significa que los pacientes reciban fármacos apropiados para sus

necesidades clínicas, a dosis ajustadas a su situación particular, durante un periodo de tiempo específico y al mínimo costo posible para ellos y la comunidad. El uso clínicamente inapropiado de los medicamentos supone un problema muy grave a nivel mundial: se estima que más de la mitad de todos los Fármacos se prescriben, dispensan o venden de forma inapropiada; si a esta situación se suma el potencial adictivo de algunos de ellos, el problema se complica y puede agravarse (OMS, 2010). Las benzodiazepinas (BZD) son los medicamentos de prescripción de los que más se abusa por su amplio uso en medicina, para el manejo del estrés, la ansiedad, los espasmos musculares, el insomnio y otro sinnúmero de patologías.

Datos a nivel mundial indican un elevado consumo de BZD y sugieren que no se las utiliza de forma racional (García del Pozo et al., 2004; Losada, 2008) Estos fármacos, además de los usos médicos, se usan “recreacionalmente” por parte de los jóvenes, en la activación de las vías de gratificación dopaminérgicas del sistema nervioso central. Quienes abusan de estos desarrollan un alto grado de tolerancia, así como subidas en escaladas de las dosis a niveles muy elevados. Su uso prolongado, indiscriminado y sin supervisión médica, tiene el potencial de crear dependencia física y psicológica, además de añadir un riesgo de serios síntomas de abstinencia.

La tolerancia y la dependencia de las BZD se crean con rapidez entre quienes las consumen, pues demuestran síntomas de abstinencia en tan solo 3 semanas de uso continuo, Se realizó un estudio epidemiológico, de tipo descriptivo y con un enfoque empírico analítico que buscaba identificar consumos de tranquilizantes sin prescripción médica en un grupo de estudiantes universitarios La muestra final Fue constituida por 613 estudiantes Al comparar los resultados de nuestro estudio con otros trabajos.

Demográficamente los datos de interés encontrados en los 613 estudiantes de la muestra son los siguientes: el 67.4% son del sexo femenino, la tercera parte de los estudiantes pertenecen a los estratos socioeconómicamente bajos el 1 y 2, el 63,3% son de los estratos medios 3 y 4, el estado civil mayoritario es el soltero con un 80,6%. La edad media de los estudiantes de la muestra es de 23 años, con una desviación típica de 4,282.

Al interrogarse los estudiantes si han consumido alguna vez en la vida tranquilizante como valium, clonazepan o alprazolam, se encontró que más de una décima parte contestaron que sí y al cruzarla por sexo se halló que la gran mayoría eran mujeres con una significancia estadística de 0,004. De las 78 personas que habían consumido alguna vez tranquilizantes, la mayoría (68%) tenía entre 19 y 29 años. Con respecto a la edad media en que iniciaron los estudiantes el consumo fue de 19.4 años, Entre quienes consumieron tranquilizantes, el 43.5% lo hizo por cuenta propia y de ellos el 79.5% eran mujeres, dato este que obtuvo significancia estadística también se puede evidenciar que Entre quienes consumieron tranquilizantes sin prescripción médica, la décima parte los consumieron en el último mes, más de la quinta parte los consumieron el último año y la mayoría un 67.5% lo consumieron hace más de un año.

Al comparar los resultados de nuestro estudio con otros trabajos, se encuentra en general que las prevalencias de consumo son más altas que en otros países. Un estudio realizado en España, por Otero (2009), refiriéndose a datos de la encuesta Estatal sobre Drogas en Enseñanzas Secundarias, sobre el tema de las benzodiacepinas, reporta una edad media de inicio de 14,4 años, con prevalencias de consumo alguna vez en la vida del 7,6%, último año 4,8% y último mes 2,4%, siendo más alto el consumo en las mujeres que en los hombres. De otra parte, en estudio realizado en 569 estudiantes de Medicina de la Universidad Católica de Chile se encontró que 2,1% de los estudiantes han probado

sustancias sin prescripción médica en algún momento de la vida y 0,2% las ha probado durante el último mes. En cuanto a las benzodiacepinas, 6,9% las ha consumido sin fórmula médica alguna vez en su vida y 2,3% las ha consumido en el último mes (Romero, Santander, Hitschfeld, Labbé & Zamora, 2009)

### **Consumo de sustancias psicoactivas en los contextos recreativos entre estudiantes universitarios en Colombia, 2012, Barbieri, Irene, Trivelloni y Bogotá, Colombia**

En el año 2012 Barbieri, Irene, Trivelloni y colaboradores realizan este estudio en la ciudad de Bogotá, Colombia con el propósito de indagar sobre la frecuencia relativa de consumo de Sustancias Psicoactivas entre los estudiantes universitarios, Las sustancias más utilizadas por los estudiantes universitarios y sus diferencias según el sexo y la edad y la relación entre el uso de psicoactivos y los contextos de diversión en los que están inmersos,

Esta investigación es de tipo descriptivo correlacional; y parte de un estudio transcultural, realizado en Bolonia (Italia) en el marco de un proyecto nacional para la identificación de nuevos comportamientos de consumo de SPA. Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS 17.0 para Windows. La población del estudio fue de 1.245 estudiantes universitarios de cuatro carreras de una universidad privada de la ciudad de Bogotá, equivalentes a aquellas evaluadas en el estudio original italiano. La selección se hizo por muestreo aleatorio, en los resultados obtenidos por los investigadores las SPA de mayor utilización son el alcohol, la nicotina y la marihuana, cuya mayor predominancia se presenta en el sexo masculino. Los resultados son congruentes con la tendencia nacional. La investigación concluye con la premisa de que el consumo de SPA en la población universitaria es alto y algunos contextos recreativos



están asociados con esta conducta, En lo que respecta a otras SPA, como benzodiacepinas, éxtasis, Ghb (éxtasis líquido), poper, heroína, quetamina y drogas de diseño, el consumo es más bajo. Sin embargo, no deben considerarse como datos desestimables, pues la estigmatización del tema evaluado puede generar la alteración de las respuestas de los participantes y por tanto la deseabilidad social puede llevar a ocultar la realidad, Aunque el porcentaje es bajo, llama la atención la utilización diaria de benzodiacepinas (1,50%) y de anfetaminas (1,0%) entre los estudiantes universitarios. Las primeras son sustancias depresoras del sistema nervioso central (SNC) y su uso puede causar, además de sedación y somnolencia, deterioro de las funciones mentales superiores y motoras, disminución de la concentración, disminución de la capacidad de decidir y amnesia anterógrada, más aún si se combinan con otros depresores del SNC, como puede suceder cuando se mezclan con alcohol con propósitos recreativos. En la investigación se hace la recomendación de que Futuras investigaciones deberán profundizar sobre el consumo de las mismas.

**Consumo de drogas y prácticas sexuales de los adolescentes de la ciudad de Medellín, Colombia, 2012, Castaño Pérez y colaboradores, Medellín Colombia**

Esta investigación se realizó con el fin de estudiar la relación entre consumo de drogas y prácticas sexuales en adolescentes de la ciudad de Medellín, Se diseñó un estudio correlacional descriptivo y analítico, de tipo transversal donde se obtuvo una muestra representativa de 955 adolescentes entre los 14 y 17 años de edad pertenecientes a colegios públicos y privados de la ciudad de Medellín de los grados 9°, 10° y 11°. Los estudiantes participaron en forma voluntaria y se les garantizó el anonimato a las respuestas. Los estudiantes diligenciaron en el aula de clase un formulario construido por los investigadores a partir de la revisión de la literatura, el cual fue auto administrado. Este

incluía puntos que abordaban los aspectos sociodemográficos, tipo de colegio, antecedentes familiares, actitudes cognitivas y emocionales en relación con el consumo de alcohol y drogas y prácticas sexuales, variables relacionadas con los grupos, consumo de drogas, prácticas sexuales, métodos de protección usados, razones para tener prácticas sexuales bajo el efecto de alcohol o drogas.

Los resultados muestran que la prevalencia general de relaciones sexuales bajo el efecto de alcohol o drogas es del 43,67%. Las drogas más usadas para tener prácticas sexuales son el alcohol, la marihuana, el popper, la cocaína y el éxtasis. Consumir alcohol o drogas y tener prácticas sexuales presenta una asociación estadística significativa ( $p=.001$ ). Las prácticas sexuales más frecuentes bajo el efecto de sustancias psicoactivas son las exploratorias (manoseo, caricias) 71%; la penetrativa vaginal (63.67%), el sexo oral (45.30%) y la masturbación (19.59%). Con respecto a tener prácticas sexuales bajo efecto de alcohol o drogas y usar métodos de protección, el 55,9% de los jóvenes usan siempre el condón, el 37,3% lo usan algunas veces y el 6,8% nunca lo usan. Este estudio prueba lo ya constatado por otras investigaciones donde se muestra la alta asociación estadística que hay entre el consumo de drogas y las prácticas sexuales,

## 5. Marco Teórico

### Capítulo I

#### Sustancias Psicoactivas

“Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) droga es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce de algún modo una alteración del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y además es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas” (Organización Mundial de la Salud, 2004).

*También, según la OMS, las sustancias psicoactivas, conocidas más comúnmente como drogas, son sustancias que al ser tomadas pueden modificar la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento de un individuo. Los avances en la neurociencia nos han permitido conocer mucho mejor los procesos físicos mediante los que actúan estas sustancias. (Organización Mundial de la Salud, 2004).*

Por otra parte, de acuerdo al Observatorio de Drogas de Colombia (ODC) (2017) las sustancias psicoactivas pueden ser de origen natural o sintético y cuando se consumen por cualquier vía (oral-nasal-intramuscular-intravenosa) tienen la capacidad de generar un efecto directo sobre el sistema nervioso central, ocasionando cambios específicos a sus funciones. Estas sustancias son capaces de inhibir el dolor, modificar el estado anímico o alterar las percepciones.

Asimismo, como describe Hall (2009), las SPA son sustancias químicas que interfieren en la comunicación del cerebro y afectan la manera en que las células nerviosas envían y reciben los mensajes. En este sentido, se sabe que el cerebro contiene docenas de diferentes tipos de receptores y de mensajeros químicos, y que las áreas de éste que resultan más afectadas por el uso de drogas son: el tallo, que controla funciones básicas; el sistema límbico, que contiene el circuito de gratificación, la capacidad de sentir placer; y, por último, la corteza, que controla funciones como ver, sentir, oír y saborear, además de los pensamientos.

De otra forma, Según Escohotado, 2008; citado en (Ortega, Hernández, Arévalo, Díaz, y Torres, 2015) se pueden plantear tres formas para comprender el uso de las SPA. La primera se relaciona con el alivio del dolor, es decir, “del sentimiento de desasosiego llamado dolor y su manifestación inmediata a través del sistema nervioso frente alguna lesión. La segunda esfera se manifiesta con la idea de dormir cuando se enfrentan situaciones de aburrimiento y desazón. La tercera se relaciona con la naturaleza aventurera del individuo y las prácticas desarticuladas que estas generan en relación con el uso de SPA.

### **Clasificación de la Sustancias Psicoactivas.**

De acuerdo con la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) (2003); citados en Lastre, Gaviria y Arrieta (2013) las sustancias psicoactivas se dividen en cuatro grupos: depresores, estimulantes, alucinógenos y sustancias mixtas.

***Los depresores.***

Son aquellos que disminuyen el nivel de funcionamiento del sistema nervioso central. En este grupo se encuentran: el alcohol, narcóticos como el opio, la morfina y la heroína, e inhalables como la gasolina, acetona, pegantes.

Además, reducen alteración de la concentración; disminuyen la apreciación de los estímulos externos y provocan relajación, sensación de bienestar, sedación, apatía y disminución de la tensión. Información y prevención sobre Drogas (Infodrogas, 2017)

***Los estimulantes.***

Se definen como sustancias que aumentan la agudeza psicológica, del sistema nervioso y de la capacidad física. Entre estos tenemos: la cocaína, el bazuco, las anfetaminas y la cafeína, además de las nuevas sustancias psicoactivas (NPS)

Entre los efectos que causan son euforia, desinhibición, menor control emocional, irritabilidad, agresividad, menos fatiga, disminución del sueño, excitación motora, inquietud (Infodrogas, 2017).

***Los alucinógenos.***

Se relacionan con aquellos que tienen la capacidad de producir alteraciones en la percepción sensorial del individuo, interferir en su estado de conciencia y sus facultades cognitivas, generando alucinaciones.

Alteran intensamente el estado de ánimo y los procesos de pensamientos. Incluyendo una variedad de fuentes naturales y sintéticas, estructuralmente diferentes (Infodrogas, 2017).

***Las sustancias mixtas.***

Producen efectos combinados, es decir, pueden disminuir o acelerar el nivel de funcionamiento del sistema nervioso central. Dentro de este grupo se encuentran la marihuana y el éxtasis.

De esta manera cabe resaltar que según el ODC (2017) existen otros tipos de clasificación para las SPA como son:

***Las drogas lícitas.***

Relacionadas con las drogas que no son penadas por la ley, que son legales como el tabaco, el alcohol y los fármacos o medicamentos

***Las Drogas ilícitas.***

Son aquellas Drogas son penadas por la ley, es decir ilegales entre las cuales, se encuentran la marihuana, la cocaína, la heroína entre otras.

***Las Nuevas sustancias Psicoactivas (NPS).***

Definidas como “sustancias de abuso ya sea en forma pura o preparada”; emergentes que incluyen además de las nuevas sustancias cualquier cambio en la presentación, patrón de uso, pureza o presencia de adulterantes que pueden implicar una amenaza para la salud pública y son objeto de análisis del Sistema de Alertas Tempranas.

***Las drogas sintéticas.***

Drogas que son elaboradas exclusivamente en laboratorio a través de procesos químicos, cuya estructura química no se relaciona con ningún componente natural; y por último las drogas de origen natural que son aquellas que se encuentran de forma natural en el ambiente y que se usa por las personas sin necesidad de que se produzca algún tipo de manipulación o proceso químico.

**Síntomas del uso y abuso de SPA.**

Los síntomas más persistentes en el consumo de acuerdo a (Stager MM. 2011) son:

Ojos enrojecidos, tos persistente, pupilas dilatadas, puntiformes; nistagmos, signo de consumo de sustancias psicoactivas.

Inapetencia relacionada con anfetaminas, metanfetaminas y cocaína.

Aumento del apetito asociada con el consumo de marihuana.

Apatía o somnolencia constante relacionada con drogas opiáceas como la heroína, codeína o con el efecto de atenuación del consumo de drogas estimulantes.

Hiperactividad asociada con la cocaína y las metanfetaminas

**Efectos adversos de las sustancias psicoactivas y sus mecanismos de acción.**

En la mayoría de los casos, la gente utiliza sustancias psicoactivas porque espera beneficiarse de su uso, ya sea para tener una experiencia placentera o para evitar el dolor. Sin embargo, a pesar de sus beneficios reales o aparentes, el empleo de sustancias psicoactivas también conlleva, a corto o largo plazo, un potencial de daños. Estos daños pueden ser resultado de la cantidad acumulativa de la sustancia psicoactiva usada (OMS, 2004).

Los principales efectos nocivos ocasionados por el uso de sustancias psicoactivas pueden dividirse en cuatro categorías (OMS, 2004).

***Efectos crónicos en la salud.***

En el caso del alcohol, esto incluye cirrosis hepática y diversas enfermedades crónicas; en el de la nicotina consumida en forma de cigarrillo, cáncer pulmonar, enfisema y otras enfermedades crónicas. Al compartirse agujas, el uso de heroína inyectada es el principal vector para la transmisión de agentes infecciosos como el VIH y el virus de la hepatitis C.

***Efectos biológicos de la sustancia para la salud, agudos o a corto plazo.***

Especialmente, respecto a drogas como los opioides y el alcohol, éstos abarcan la sobredosis. En esta categoría también se clasifican los accidentes fatales causados por los efectos de la sustancia sobre la coordinación física, la concentración y la facultad de juicio, en circunstancias en las que estas cualidades son necesarias. En esta categoría figuran de modo destacado las desgracias provocadas por manejar bajo los efectos del alcohol o de otra droga, aunque también abarca otros accidentes, suicidio y (cuando menos para el alcohol) la violencia.

***Efectos nocivos que comprenden las consecuencias sociales adversas del uso de estas sustancias.***

Estas comprenden La tercera y cuarta categoría, y se relacionan con problemas sociales agudos, como la ruptura de relaciones o arrestos, o crónicos, como el ausentismo laboral o de las funciones familiares. Estas últimas categorías son importantes en relación



con el alcohol y muchas drogas ilícitas, aunque se han medido de modo deficiente y se excluyen de las mediciones de los efectos sobre la salud como la Carga Global de Morbilidad (CGM).

### **Dependencia de las Sustancias Psicoactivas (SPA).**

La dependencia de una sustancia, o síndrome de dependencia, es el término técnico que actualmente se emplea para el concepto de “adicción”. En el núcleo de este concepto está la noción de que se disminuye o incluso se pierde el control y la voluntad que tiene el usuario sobre el uso de la droga. El usuario ya no opta por consumirla simplemente por los beneficios aparentes; el uso se ha hecho habitual, y las ansias de volverla a usar significan que el usuario siente que el hábito ya no está bajo su control. Por consiguiente, la dependencia del usuario es la causa del uso ulterior, a pesar de las consecuencias adversas que pudieron haber impedido seguir utilizando las sustancias a otros que no son dependientes (OMS,2004).

También se define como el estado psíquico, y en ocasiones también físico, resultado de la interacción entre un organismo vivo y una droga, y que se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones. En ese estado, siempre aparece una pulsión a ingerir la sustancia de forma continua o periódica, con objeto de volver a experimentar sus efectos psíquicos o, en otras ocasiones, para evitar el malestar que provoca no poder consumirla (Infodrogas, 2017).

Según la CIE-10 (Clasificación internacional de enfermedades); citado en (Infodrogas, 2017) la dependencia se define por **a)** el deseo intenso a consumir una sustancia **b)** Disminución de la capacidad para controlar el consumo **c)** Síntomas del

síndrome de abstinencia **d)** Tolerancia **e)** Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, y aumento del tiempo necesario para obtener/ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos y **f)** Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales.

Por su parte, el DSM-V (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) citado en (Infodrogas, 2017) integra en un solo diagnóstico las antiguas categorías de abuso y dependencia, con la pretensión de coincidir mejor con los síntomas que los pacientes experimentan. En general, para considerar que existe una dependencia se deben cumplir al menos tres de los siguientes criterios:

Tolerancia: cada vez necesita más para lograr los mismos efectos.

Deseo intenso de consumir la sustancia

Síndrome de abstinencia al dejar de consumir

Esfuerzos persistentes sin éxito para reducir o detener el uso

Uso mayor o durante más tiempo del pretendido

Abandono de importantes actividades de la vida normal, como el trabajo o la familia

Se continua el uso pese a reconocer que causará o empeorará problemas psiquiátricos o psicológicos.

### **Situación del consumo de drogas en Colombia.**

De acuerdo al estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas realizado en Colombia, donde se hace una aproximación comparativa del uso de drogas entre 2008 y 2013 en la población general entre 12 y 65 años, residente en las capitales de departamento y en todos los municipios con 30.000 o más habitantes en el área urbana (126 municipios en total) ODC (2013). Además de otros estudios llevados a cabo por el

Ministerio de Justicia y del Derecho y Observatorio de Drogas de Colombia - ODC (2016) para un Reporte de Drogas de Colombia, Destacan:

El alcohol y el tabaco son las sustancias de mayor consumo en el país, el 20% de la población con edades entre 12 y 17 años, siendo que está prohibida la venta de alcohol a menores de edad y que el consumo de alcohol en esta población es particularmente riesgoso. Por lo cual existe consumo de cigarrillo en todos los grupos de edad y se estima que alrededor de tres millones de personas han consumido cigarrillo en los últimos 12 meses.

Se evidencia el aumento del consumo global de drogas ilícitas (marihuana, cocaína, basuco, éxtasis o heroína), en comparación con el estudio realizado en 2008. La prevalencia de vida pasó de 8.8% en el 2008 a 12.2% en el 2013, aumentando algo más de tres puntos porcentuales. También aumentó el reporte de uso en el último año (de 2.6% a 3.6%) ODC (2013). Se estima que alrededor de tres millones de personas han consumido drogas ilícitas alguna vez en su vida. Esta misma tendencia se confirma en los estudios realizados en otras poblaciones, como población escolar y población universitaria (Ministerio de Justicia y del Derecho y Observatorio de Drogas de Colombia - ODC, 2016).

La marihuana continúa siendo la droga ilícita de mayor consumo en el país. De hecho, el incremento en el grupo de drogas ilícitas se explica por el aumento en el uso de marihuana. Mientras el 7.9% de la población declaró haber usado marihuana alguna vez en la vida en el estudio del 2008, un 11.5% declaró lo mismo el 2013, señalando un aumento de casi cuatro puntos porcentuales. Respecto del uso en el último año, la

prevalencia aumentó significativamente a nivel nacional de un 2.1% en el 2008 a un 3.3% en el 2013.

Se observa un incremento significativo a nivel nacional en el uso de cocaína alguna vez en la vida que pasó de 2.5% en 2008 a 3.2% en 2013. El uso reciente (último año) se mantiene estable a nivel nacional en 0.7%, lo que implica que, aunque la exposición a la sustancia creció, no sucedió lo mismo con su consumo continuado.

Se resalta también los medicamentos usados sin prescripción médica, tales como los tranquilizantes, estimulantes y también analgésicos opioides. Estos últimos más usados por la mujer que por los hombres.

Los estudios mencionados además arrojan datos importantes sobre el abuso y la dependencia de drogas, que son indicativos de la demanda potencial de servicios de atención: aproximadamente 484 mil personas estarían en condición de requerir algún tipo de asistencia. Por otro lado, se confirma que hay una relación clara entre la facilidad percibida para la obtención de las sustancias y las prevalencias de consumo de las mismas.

Al interior del país el consumo de drogas es muy diversa, por tanto, en Chocó tiene las mayores tasas de consumo de alcohol, mientras que Medellín y su Área Metropolitana, Antioquia y los departamentos que integran el Eje Cafetero, tienen consumos de drogas ilícitas superiores al resto del país. En el último Estudio nacional de población general realizado, los departamentos del Meta y Nariño se ubicaron por primera vez por encima del promedio nacional por sus tasas de consumo de drogas ilícitas. Las diferentes realidades locales confirman la necesidad de implementar estrategias que atiendan sus particularidades (ODC, 2013 y Ministerio de Justicia y del Derecho y ODC, 2016).

***En el país se presenta el fenómeno de las drogas emergentes.***

El fenómeno de las nuevas sustancias psicoactivas o NSP, constituye una de las principales tendencias actuales del problema mundial de las drogas. El Informe Mundial de Drogas de 2015; (citado en Ministerio de Justicia y del Derecho y ODC, 2016) registra la aparición de 602 NSP que no están incluidas en las listas de fiscalización internacional de las Naciones Unidas. Dentro de las características principales de estas drogas, está el riesgo para la salud, especialmente por el poco conocimiento que existe sobre los efectos en la salud que produce su consumo, precisamente por su reciente aparición en el mercado.

El uso de NPS ha causado enfermedades, urgencias médicas y muertes en varios países del mundo. En Colombia se han detectado alrededor de 20 NPS, que en su mayoría corresponden a drogas de origen sintético. Muchas se venden como si se tratara de sustancias ya conocidas, análisis realizados a muestras de LSD dan cuenta de la presencia de MBOMe y en pastillas comercializadas como éxtasis se camuflan otras sustancias de reciente aparición (Ministerio de Justicia y del Derecho y ODC, 2016).

*Tomado de Ministerio de Justicia y del Derecho y Observatorio de Drogas de Colombia -ODC. (2016)*

Durante el 2015, el Ministerio de Justicia y del Derecho; citado en Ministerio de Justicia y del Derecho y Observatorio de Drogas de Colombia -ODC. (2016) lideró la investigación interinstitucional para determinar las características químicas y de mercado de las drogas de síntesis que se consumen en las principales ciudades de Colombia obteniendo 244 muestras provenientes de las ciudades de Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Santa Marta, Cartagena, Bucaramanga, Cúcuta, Pereira, Villavicencio, San Andrés y Pasto encontrando como principales resultados:

La mayoría de las muestras recolectadas se comercializan y consumen como éxtasis en la presentación de pastillas y cristales, LSD en cartones y 2C-B presentado en polvo. De igual manera, un gran porcentaje de éxtasis resultó auténtico y con alto contenido de principio activo. De ahí que se encuentran NPS tipo catinona con alta frecuencia las cuales se comercializan como éxtasis.

La adulteración sigue presente, diversas muestras reportaron contenidos de otros estimulantes de tipo anfetamínico, 2CB, cafeína y otros compuestos. Por su parte el LSD comercializado es falso y en su lugar contienen NPS tipo “NBOMe”, sustancias de mayor riesgo.

El 2C-B que se comercializa en el país es prácticamente falso en su mayoría, usándose mezclas de ketamina y a veces MDMA para comercializarlas como esta droga.

No hay evidencias de producción nacional de drogas de tipo sintético y NPS; no obstante, los resultados del estudio indican la presencia de falsificación y adulteración en esta dinámica.

Aumentó la variedad de NPS en Colombia, se encontraron 3 nuevas sustancias psicoactivas objeto de reporte del Sistema de Alertas Tempranas – SAT.

### **Características del Consumidor.**

#### ***Facilidad de Acceso.***

En 1992, el 44,2% de la población, consideraba fácil o muy fácil conseguir marihuana. En 1996 ese porcentaje se estimó en un 47,7%. En 2008 se cambió la pregunta; no obstante, 47,7% estimó que conseguir marihuana es fácil. Al diferenciar entre los que han consumido alguna sustancia ilegal en la vida y los que no, se obtiene que el 80% de

los primeros consideran fácil conseguir marihuana, frente a un 44% de quienes no han consumido. Es claro que el haber consumido alguna sustancia tiene relación con la percepción de la facilidad para obtenerla.

En relación con la cocaína, 24% consideró que era fácil o muy fácil conseguir la sustancia en 1992; 28,6% en 1996 y en 2008, 28% consideró que era fácil. En este último estudio, 52% de los consumidores de alguna droga manifestaron que era fácil conseguir cocaína, frente a un 25,5% de los no consumidores.

A pesar del incremento en el consumo de estas sustancias, es notable que la percepción de la facilidad de la obtención de las drogas ilegales de mayor consumo no ha cambiado de manera importante entre la población general.

### ***Poblaciones Consumidoras.***

El consumo de drogas tiende a ser más alto en poblaciones que padecen por circunstancias sociales desfavorables. Estudios circunscritos a trabajadores sexuales; niños, niñas y adolescentes explotados sexualmente y adolescentes en conflicto con la ley, muestran indicadores de consumo que superan con creces los que aparecen en los estudios en población general y escolarizada; en otras palabras, son las personas socialmente más vulnerables las que muestran indicios más altos de consumo debido a las diversas situaciones a las que se enfrentan. Scoppetta (2010). Por otro lado, los análisis sobre el consumo hacen referencia además a los estudios oficialmente reconocidos, de los cuales se extrae que el consumo es más frecuente en poblaciones jóvenes, masculinas y universitarias. Scoppetta (2010).

Ahora bien, el rango específico de edad en el cual es mayor el consumo de sustancias psicoactivas en la población general es el de 18 a 24 años, según el estudio de

población general del año 2008. Al comparar el consumo alguna vez en la vida y en el último año de algunas drogas, en la población general y en la universitaria. Es notoria la distancia en el consumo de los universitarios con la población general. Esto puede deberse a un doble efecto: por una parte, la edad que corresponde a eventos sociales relacionados con experiencias propias de la adolescencia; por otra parte, el ambiente universitario donde las drogas son frecuentes y de fácil acceso Scoppetta (2010).

Es posible que, en los escenarios educativos, se propicien experiencias de consumo de psicoactivos. Algo evidente en estudios ya realizados sobre consumo de alcohol en Scoppetta (2010) donde se encontró que el porcentaje de consumidores de alcohol en el último año crece más aceleradamente entre los dos primeros grados de secundaria que en los grados sucesivos. Así mismo, el estudio nacional de población general arrojó que el consumo es más frecuente en el grupo de 18 a 24 años (Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia, 2013) donde se presenta el consumo en el último año por grupos de edades, salvo para el caso de la cocaína que tiende a desplazarse hacia el grupo de edad siguiente, fenómeno también observado en los estudios nacionales de 1992 y 1996 Scoppetta (2010).



***Motivaciones para el consumo de SPA.***

Las motivaciones para el consumo pueden ser diversas. Desde la curiosidad, presión del grupo, atracción de lo prohibido y del riesgo, búsqueda del placer y de lo desconocido, hasta el aumento de la oferta que las mismas poseen, entre otras. Como rasgos distintivos de este tipo de consumo se observa que el individuo desconoce los efectos de la sustancia y que su consumo se realiza, generalmente, en el marco de un grupo que le invita a probarla, es decir parte de su curiosidad por conocer los efectos que la droga pueden generar en su organismo el consumirla, de forma que pueda a experimentar lo mismo que su grupo social (Muñoz; 1987; citado en Ortega, Hernández, Arévalo, Díaz, y Torres, 2015).

El segundo tipo de consumo, el consumo ocasional, se relaciona con el uso discontinuo de la SPA sin ninguna regularidad fija y con extensos periodos en los que la persona se abstiene del consumo. “Entre las motivaciones principales para iniciar este tipo de consumo se cuenta facilitar la comunicación, la búsqueda de placer, la relajación, y transgredir las normas, entre otras” (Ortega, Hernández, Arévalo, Díaz, y Torres, 2015; p. 13). De modo que lo que caracteriza este tipo de consumo es que, el individuo continúa utilizando la sustancia en grupo, a pesar de tener la capacidad de llevar a cabo las mismas actividades sin de las respuestas que las drogas ocasionan en él. No obstante, el individuo al conocer lo que la droga produce en su cuerpo, y el “bienestar” momentáneo que la misma le genera, convierte a esta en una de las motivaciones principales para el consumo.

El tercer tipo de consumo de acuerdo a Ortega, Hernández, Arévalo, Díaz, y Torres (2015) se conoce como “consumo habitual que supone una utilización frecuente de la droga la cual puede conducir a otras formas de consumo, dependiendo de la sustancia, la frecuencia con que se emplee, las características de la persona, el entorno que le rodea,

etc” (p. 13). Por ende, entre las motivaciones para mantener el uso de las drogas están: “intensificar las sensaciones de placer; vivencia de pertenencia al grupo y necesidad de reconocimiento dentro de éste; mitigar la soledad, el aburrimiento, la ansiedad; reafirmar independencia o aversión hacia la sociedad, y reducir el hambre, el frío...el cansancio” (Ortega, Hernández, Arévalo, Díaz, y Torres, 2015). De esta manera como ya se mencionó este tipo de consumo se da de forma más regular, sin importar si se da en grupo o individual debido a que la persona conoce los efectos de la droga y los busca sin tener en cuenta si esta solo o acompañado. Además, supone que puede abstenerse de la droga en el momento en el que el mismo se lo plantee puesto que no ha perdido el control sobre sus acciones.

En último lugar, se encuentra el cuarto tipo de consumo, que se basa en el uso nocivo problemática de las SPA. Se trata, entonces de “un consumo susceptible de provocar daños físicos, psíquicos, afectivos, psicológicos y sociales para el consumidor y su ambiente próximo o lejano” (Ortega, Hernández, Arévalo, Díaz, y Torres, 2015) Este uso no está ligado únicamente a la cantidad consumida en una sola vez ni a la repetición de un consumo moderado y controlado de ciertas sustancias. Los riesgos se relacionan con el peligro específico del producto, a los daños para la salud y a las consecuencias sociales del consumo.

Por consiguiente, los riesgos pueden ser tanto para la salud como los son los riesgos sanitarios que incluyen una manifestación del estado físico, el deterioro de ciertas enfermedades, algunas muertes prematuras, y los riesgos psicosociales. También se encuentra, el incumplimiento de las obligaciones laborales, académicas, personales y familiares como lo son abandonos frecuentes o bajo rendimiento; suspensiones o expulsiones de la escuela; descuido de los niños o de las obligaciones sociales, laborales,

personales, y familiares. (Bukstein, 1995; citado en Ortega, Hernández, Arévalo, Díaz, y Torres, 2015)

A manera de conclusión, las sustancias psicoactivas pueden ser de origen natural o sintético y cuando se consumen por cualquier vía (oral-nasal-intramuscular-intravenosa) tienen la capacidad de generar un efecto directo sobre el sistema nervioso central, ocasionando cambios específicos a sus funciones; que está compuesto por el cerebro y la médula espinal, de los organismos vivos. Estas sustancias son capaces de inhibir el dolor, modificar el estado anímico o alterar las percepciones. (Muñoz, 1987; Velasco, 1998; citados en Ortega, Hernández, Arévalo, Díaz, y Torres, 2015).

## **Benzodiacepinas**

### **Desarrollo e Historia de las Benzodiacepinas (BZD).**

Los hipnosedantes, o benzodiacepinas, son los medicamentos más consumidos en España y son las sustancias adictivas más consumidas sólo superadas por el alcohol y el tabaco. Este dato es demoledor por lo que respecta a las mujeres: el 16% de las mujeres consume benzodiacepinas y se estima que hay más de medio millón de adictas a éste medicamento. Además, existe una falta de información al paciente que preocupa enormemente a los especialistas: 6 de cada 10 pacientes dicen no haber sido informados del riesgo de tomar estos fármacos y de los posibles efectos adversos. Como comentaremos a lo largo de éste trabajo, las benzodiacepinas tienen una gran capacidad de generar dependencia, por lo que ciertos pacientes necesitan cada vez más dosis. Muchas veces, médico y paciente saben cuándo inician un tratamiento pero no cuándo terminarlo. (Jeremías, Sánchez, Ruiz, Galván, Roquer y Zayas, 2014)

Ciertos problemas del sueño fueron tratados con nitrazepam, temazepam y flurazepam, medicamentos que eran indicados para tratar dolencias relacionadas con el estrés (durante los años 1960 y 1970) y a dosis más bajas que las necesarias para producir hipnosis—lo que lo diferencia del fenobarbital. En 1977, por ejemplo, en los Estados Unidos se fabricaron 800 toneladas de BZD. Los efectos más notables ocurrían en pacientes alcohólicos e incluso se registraba que las úlceras y algunos problemas dermatológicos que involucraban causas emocionales, eran reducidas con el clordiazepóxido.

Por tanto, los benzodiacepinas (BZD), constituyen un grupo farmacológico conocido y de amplia prescripción tanto a nivel mundial como a nivel nacional desde su

aparición en la década de los 60 como sucesores de los barbitúricos. Se trata de un grupo de fármacos que comparte sus efectos farmacológicos ansiolíticos, hipnóticos, anticonvulsivantes, miorelajantes, así como de inducir amnesia anterógrada (Charney, Mihic, Harris, 2007; citados en Domínguez, Collares, Ormaechea, y Tamosiunas, 2016)

### **Mecanismos de acción de las BZD.**

Teniendo en cuenta a Garijo, (2016) las BZD se fijan a receptores que se encuentran en ciertas áreas del cerebro y de la médula espinal. Interaccionan con la subunidad alfa del receptor GABAA y potencian la acción inhibitoria del GABA tanto a nivel presináptico como postsináptico, facilitando la apertura del canal del cloro y provocando una hiperpolarización y por tanto una inhibición de la transmisión sináptica.

Actualmente existen, hasta cinco receptores benzodiazepínicos que modulan alostericamente el receptor GABA-A. El primero de ellos es el Receptor tipo I, que media acciones ansiolíticas e hipnóticosedantes y se localiza fundamentalmente en cerebelo; el segundo es el receptor tipo II el cual media acciones relajantes musculares, en estriado y espina dorsal; y finalmente el tercero que es el receptor tipo III, que es un receptor periférico, localizado en riñón.

Según un estudio de la AEMPS, España estaría situada por encima de la media europea en consumo de ansiolíticos. En una encuesta reciente de drogas de abuso, se ha estimado que la prevalencia de uso de hipnóticos sedantes en España durante el año 2011 fue del 11,4% en la población general. Aunque las benzodiazepinas tienen varias indicaciones terapéuticas así como relajantes musculares en contracturas o para el tratamiento de convulsiones en crisis epilépticas, su uso principal es para el tratamiento del insomnio y de los trastornos de ansiedad. La utilización de estos psicofármacos está

asociada a unos riesgos para la salud cuando se consumen a largo plazo. (Jeremías, Sánchez, Ruiz, Galván, Roquer y Zayas, 2014)

Debido a las sustancias depresoras que ejercen en el SNC LAS BZD actúan disminuyendo la actividad cerebral, por eso son útiles para el tratamiento de los trastornos de ansiedad y sueño debido a su rápida acción. Entre los medicamentos prescritos en la práctica médica se encuentran el diacepam y el alprazolam que frecuentemente se recetan para tratar la ansiedad y los ataques de pánico; el triazolam y el estazolam tienen propiedades más sedantes y por ende son utilizados como tratamiento para los trastornos del sueño. Los benzodiazepinas no suelen utilizarse como un tratamiento a largo plazo debido al riesgo a desarrollar tolerancia, dependencia o adicción National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2012). Posiblemente, la baja tolerancia al malestar y el ritmo de vida de la sociedad actual han convertido a las BZDs en uno de los principales fármacos demandados en consultorios de Atención Primaria y Psiquiatría (Fortea, Oriolo, Sanchez, Castellví, Balcells, 2017).

De otro lado, las Benzodiazepinas se caracterizan por ejercer un cuádruple efecto farmacológico: ansiolíticos, sedantes o hipnóticos, anticonvulsivos y miorelajantes. Estos cuatro componentes del efecto aparecen en cada BDZ en una proporción distinta, lo que determina su perfil de acción. Son usadas en la práctica médica y estomatológica como terapia para la ansiedad, el insomnio y otros estados afectivos. Los individuos que abusan de drogas estimulantes se administran con frecuencia este medicamento para calmar su estado anímico (López, Aroche, Bestard, Ocaña, 2010).

Cabe señalar que, el consumo prolongado de estas sustancias puede ocasionar un trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, que de acuerdo con la

Asociación Americana de Psiquiatría (2014), consiste en un patrón problemático de consumo que provoca deterioro o malestar clínicamente significativo durante un plazo de doce meses que se manifiesta por al menos dos de los sucesos que se presentan a continuación:

El consumo frecuente en cantidades superiores o por un tiempo más prolongado del previsto; Esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo; Inversión de tiempo considerable para conseguir las sustancias, consumirlas o recuperarse de sus efectos; Ansiedad de consumir; Incumplimiento de las tareas principales en el trabajo, la escuela o el hogar, debido al consumo recurrente ocasiona incumplimiento; Consumo continuo a pesar de problemas recurrentes de tipo social derivados o agravados por sus efectos; Abandono o reducción importante en actividades sociales, profesionales o de ocio debido al consumo; Consumo en situaciones en las que es físicamente peligroso; Consumo continuo aun sabiendo que se sufre de un problema físico o psicológico, probablemente causado o agravado por ellos; Tolerancia y por ultimo Abstinencia.

**Características propias de las benzodiacepinas.** de acuerdo a Moreno (2014).

#### ***Absorción.***

Las benzodiacepinas se absorben muy bien por vía oral. La velocidad de absorción depende de la liposolubilidad (entre 30 y 240 minutos). El equilibrio plasma/SNC se alcanza rápidamente. Por vía i.m. la absorción es lenta e irregular. En situaciones de emergencia (convulsiones) puede utilizarse la vía. Moreno (2014).

**Farmacología.** Moreno (2014). Absorción oral alta (pico a las 3 horas), absorción intramuscular irregular.

Fármacos de alta unión a proteínas de casi 99%, con metabolismo hepático con producción de metabolitos activos. Dada a través de las siguientes fases:

**Fase I:** Oxidación a través de citocromo P 450, con producción metabolitos activos.

**Fase II:** Conjugación, en elementos inactivos y eliminación urinaria.

Algunas tienen componente de eliminación renal: midazolam, loracepam y triazolam.

***Clasificación en función de su vida media. Farmacología.***

Clasificación por vida media, que depende de liposolubilidad:

*Vida ultracorta* (menor 5 horas): midazolam, triazolam.

*Vida corta* (5-20 horas): alprazolam, bromacepam, loracepm, oxacepam.

*Vida intermedia* (20-40 horas): cloracepam, cloracepato, ketazolam (Sedotime®), loprazolam (Somnovit®).

*Vida larga* (mayor de 40 horas): diazepam (Valium®), flunitracepam (Rohipnol®), floracepam (Dormodor®).

***Clínica.*** Moreno (2014).

*Efecto en el sistema nervioso central.*

Somnolencia, que puede progresar hasta coma. Disartria, diplopía, ataxia. Hiporreflexia.

*Efectos cardiológicos.*



Hipotensión, en dosis altas de fármacos.

*Depresión centro respiratorio, hipoventilación.*

Riesgo de acidosis respiratoria y aspiración.

Efecto menos potente que otros fármacos, si aumenta esta manifestación en combinación con etanol.

Reacciones paradójicas.

***Diagnóstico.***

Determinación en plasma de niveles de benzodiacepinas, no utilidad para manejo de intoxicación, utilidad diagnóstica.

***Determinación de niveles en orina, cualitativa.***

*Puede aparecer días después del consumo.*

Estudio de uso de otros tóxicos o fármacos, en especial alcohol y otros depresores del sistema nervioso central.

***Tratamiento.*** Moreno (2014).

***Tratamiento I.***

*Mantenimiento funciones básicas.*

Se puede llevar a cabo desde el *Manejo básico A-B-C*. Como primera medida con *Vía aérea permeable* -> respiración espontánea y en segundo lugar con la *Circulación*: Pulso y frecuencia cardíaca.

*Estabilización de constantes.*

*Por medio de Oxigenoterapia* si se da depresión respiratoria; además de *Hidratación*, e incluso drogas vasoactivas si hipotensión.

*Disminución de absorción.*

Llevando a cabo *un Lavado gástrico* que se realizará de 1- 2horas tras la ingesta, con control de nivel de conciencia y manejo asegurado de vía aérea. Carbón activado (1g/kg peso).

**Tratamiento II.** Moreno (2014).

Empleando el *Antídoto: Flumacenilo*. Antagonista selectivo en el receptor GABA, que revierte el efecto del fármaco. Proporcionando una Vida media corta: 20-45 min. Y por ende intoxicaciones graves por su uso.

*Dosis:* 0.5 mg/min a pasar IV en bolo. Pudiendo repetir dosis hasta 2-3 mg en bolus. Logrando emplear en perfusión con dosis estándar de 0.25 mg/hora, para efecto “resedación”. Por otro lado, la falta de respuesta debe hacer considerar el diagnóstico de esta intoxicación o la presencia de otros tóxicos.

**Tratamiento III.** Moreno (2014).

Conlleva *efectos secundarios* como lo son: Ansiedad, palpitaciones, náuseas, vómitos.

A convulsiones a personas con epilepsia previa; Consumo de por otros fármacos (antidepresivos tricíclicos) e Insuficiencia hepática.

A síndrome de abstinencia, en los consumidores crónicos de benzodiacepinas.

Por otro lado, la diálisis y diuresis forzada no tiene utilidad en esta intoxicación. La hemoperfusión podría usarse, pero se trata de intoxicaciones con tratamiento y antídoto específico que requerirían este tratamiento.

### **Efectos adversos de las Benzodiacepinas.**

Las benzodiacepinas como grupo farmacológico presentan potenciales riesgos, derivados de su efecto farmacológico, los cuales dependen de las características del paciente de las posibles interacciones farmacológicas y de su prescripción irracional a dosis inadecuadas o por períodos prolongados. De ahí que ocasiones efectos adversos en: interacciones farmacológicas y deterioro cognitivo dentro de las más características. A continuación, se hará un abordaje de las mismas Domínguez, Collares, Ormaechea, y Tamosiunas, (2016):

### ***Interacciones farmacológicas.***

Para la mayoría de las benzodiacepinas, su metabolismo hepático microsomal es fuente de interacciones medicamentosas que presentan frecuentes interacciones derivadas tanto de su efecto (farmacodinámicas) como de su metabolismo (farmacocinéticas). La mayoría de la BZD se metabolizan en el hígado por oxidación (dependiente de enzimas microsomales CYP 3A4) generando metabolitos activos e inactivos, y luego por conjugación. En tal sentido fármacos de uso muy frecuente en la práctica diaria interaccionan con las benzodiacepinas, potenciando o reduciendo su efecto farmacológico. Además, la oxidación sufre cambios con la edad, la insuficiencia hepática

y con interacciones con otros fármacos, a diferencia de la conjugación. Por ello las benzodiacepinas que solo sufren conjugación como lorazepam y oxacepam son preferidas en ancianos y pacientes con hepatopatías.

### ***Deterioro cognitivo.***

Existen diferentes estudios observacionales que evidencian el riesgo de deterioro cognitivo que acarrea el consumo de benzodiacepinas todo en determinados aspectos como son la atención y la memoria. No obstante, no se observa claridad en qué grado el uso crónico o prolongado de benzodiacepinas produce deterioro cognitivo global o demencia. Algunos estudios muestran un incremento en el riesgo con el consumo prolongado, pero la información en términos generales es contradictoria. Por lo mismo, si hay un interés en la comunidad científica es orientado al riesgo de demencia, más aún cuando algunos síntomas iniciales del síndrome demencial - ansiedad, insomnio - depresión se tratan en muchas ocasiones con benzodiacepinas.

Existen tres grandes estudios de interés que abordaron esta problemática, abordados en Domínguez, Collares, Ormaechea, y Tamosiunas, (2016) dos de los cuales mostraron un riesgo de demencia asociado al uso prolongado de benzodiacepinas y otro no. Un estudio poblacional prospectivo realizado en Francia que incluyó más de 1000 participantes libres de demencia con seguimiento a 15 años encontró un riesgo significativo de 50% de demencia en los nuevos usuarios de benzodiacepinas.

Otro estudio canadiense caso-control evaluó el riesgo de enfermedad de Alzheimer entre usuarios crónicos de benzodiacepinas, encontrando un riesgo incrementado significativo entre los consumidores de benzodiacepinas. De todos modos, varias limitaciones metodológicas se le adjudican que dificultan la generalización de los

resultados obtenidos. Finalmente, un estudio poblacional prospectivo norteamericano que incluyó más de 3000 pacientes no logró evidenciar un aumento en la incidencia de deterioro cognitivo o demencia entre usuarios de benzodiacepinas.

### **Factores de riesgo y grupos poblacionales con mayor consumo de benzodiacepinas.**

De acuerdo con Busto (2000); citado por Gómezy Almanza (2017) los factores de riesgo en el abuso y la dependencia a los benzodiacepinas, se relacionan con dos aspectos centrales. El primero de ellos, se relaciona con los factores que dependen de la droga, como las propiedades intrínsecas del fármaco (su capacidad de producir efectos placenteros), factores cinéticos (tiempo de absorción) y disponibilidad (facilidad para conseguirla y consumirla). En segundo lugar, están los factores que dependen del individuo, dentro de los cuales se encuentran los factores biológicos (genéticos y la rapidez con que se metabolizan los benzodiacepinas), la edad (se registra un mayor consumo en adultos mayores que en jóvenes, relacionado con una mayor prevalencia de insomnio en la edad madura), y la comorbilidad (síntomas y patologías psiquiátricas relacionadas y consumo de otras sustancias).

En lo concerniente al sexo como otro factor de riesgo, se ha observado variedad de resultados en distintas investigaciones; por un lado, se evidencia que en general los hombres consumen drogas legales e ilegales en mayor medida que las mujeres. Sin embargo, tratándose de benzodiacepinas los resultados no son concluyentes, pues Rosas-Gutiérrez, Simón-Arceo y Mercado (2013); citado en (Gómez y Almanza, 2017) han registrado un mayor consumo en mujeres de entre 35 y 64 años; mientras que en el estudio de Fresán et al. (2011); citado en (Gómez y Almanza, 2017) realizado con pacientes

psiquiátricos, el ser hombre, presentar un diagnóstico diferente a un trastorno de ansiedad o afectivo, y tener un mayor tiempo de consumo, fueron los principales factores predictores de dependencia.

Por otro lado, al tener en cuenta la forma en que los pacientes perciben el consumo de benzodiazepinas, entre las principales características que conllevan al inicio del mismo están: en primera medida, las situaciones vitales difíciles, problemas de sueño, problemas médicos y de salud mental. En segunda medida los beneficios observados, los cuales tienen que ver con la reducción de sentimientos negativos, la mejora del sueño, la recuperación de la confianza, y el convertirse en una estrategia de afrontamiento. No obstante, al presentarse un consumo extenso acarrea fuertes consecuencias negativas, entre ellas, la adicción, el aumento de las dosis, la falta de motivación o el cambio en el estilo de vida (Parr et al., 2006; citado en Gómez y Almanza, 2017).

Teniendo en cuenta tanto las consecuencias como los beneficios que los pacientes perciben luego del consumo de benzodiazepinas, entendiéndose que al convertirse las mismas en una dependencia al darse un consumo prolongado, conlleva a que los pacientes opten por abstenerse de las mismas por diferentes razones desde personales debido a preocupación por su salud, el sentimiento de ser adictos, la necesidad de adoptar un nuevo modo de vida o razones más sociales y de contexto como lo son las presiones de familiares o instituciones. (Liebrenz, Gehring, Buadze, & Caflisch, 2015).

Sin embargo, como aluden Liebrenz et al., (2015) los pacientes al querer dejar el consumo deben experimentar el síndrome de abstinencia de benzodiazepinas, que puede generar síntomas que van desde escalofríos, debilidad, cefaleas, dolores musculares, dolor abdominal, náusea, vómito, diarrea, taquicardia, mareo, trastornos de la visión,

irritabilidad, nerviosismo, inquietud, dificultades para dormir, síntomas de depresión y ansiedad, cosquilleo, disociación, pérdida de apetito hasta ataques epilépticos. Generando en consecuencia síntomas aversivos en los pacientes que hacen que los mismos no opten por una terminación abrupta del consumo, sino por el contrario, que disminuyan la dosis consumida de forma progresiva.

Finalmente, cabe señalar que de los grupos poblacionales donde se ha evidenciado un mayor consumo de benzodiazepinas y por ende un mayor riesgo de adicción es el grupo poblacional de personas mayores, mujeres y pacientes psiquiátricos hombres. Pero otro grupo en riesgo acerca del cual no se ha investigado lo suficiente, es el personal de salud, específicamente los y las médicas anesthesiólogas (Gómezy Almanza, 2017; p. 135-136).

## Capítulo II

### Calidad De Vida

Gomez y Sabeh (s,f) recalcan que el interés por la calidad de la vida venia de mucho tiempo atrás, solo que su popularidad se dio a partir de los años 60 permitiendo dar inicio a un concepto amplio y muy utilizado en diferentes ámbitos como la salud, Salud mental, educación, economía y otros servicios en general. También decían que en sus inicios se definía la calidad de vida como el cuidado del medio ambiente y el deterioro que lo urbano le daba al mismo, ya más adelante se dio más interés a el ser humano basándose en el bienestar del mismo y el daño que le causaba la industrialización de la sociedad, dando inicio al desarrollo de investigaciones con el fin de mantener el bienestar, obteniendo como resulta: *“Estos indicadores tuvieron su propia evolución siendo en un primer momento referencia de las condiciones objetivas, de tipo económico y social, para en un segundo momento contemplar elementos subjetivos (Arostegui, 1998 citado por Gomez y Sabeh, s,f)”*.

Pariendo de esto se empieza a dar un sentido más claro al concepto de calidad de vida en el cual se integran todas áreas de vida haciendo referencia tanto a las condiciones como a los componentes con el fin de enfatizarse el constructo que se definía como: *“Aquella que lo concibe como una entidad unitaria, y la que lo considera un constructo compuesto por una serie de dominios, todavía en 1995, Felce y Perry encontraron diversos modelos conceptuales de Calidad de Vida”*. (Gomez y Sabeh, s,f).

Después de darle diversos conceptos a Calidad de Vida (Gomez y Sabeh, s,f). en su documento afirman que es una satisfacción experimentada por la persona que posee algunas condiciones vitales o como la combinación de componentes objetivos y subjetivos



entendiéndose como la satisfacción de lo que se experimentó, otro concepto se daba era la combinación de las condiciones de vida con la satisfacción personal ubicada en una escala de valores, aspiraciones y expectativas personales. Todo este proceso sirvió para que se siguiera estudiando el tema y se lograra un concepto claro de calidad de vida como lo afirman los siguientes autores:

*La calidad de vida puede definirse como bienestar subjetivo, reconociendo que la subjetividad de ésta es una de las claves para la comprensión de su estructura. La calidad de vida refleja la diferencia, el vacío, entre las esperanzas y expectativas de una persona y su experiencia actual. La adaptación humana es tal que las expectativas de vida son por lo general ajustadas dentro de los límites de la esfera de lo que el individuo percibe a ser posible; esto permite a las personas que tienen circunstancias de vida difíciles, mantener una calidad de vida razonable. (OPS/OMS OPdIS citado por Salas y Garzón, 2012)*

Salas y Garzón, 2012 se basaron en diferentes conceptos para dar una apreciación clara de calidad de vida, estos conceptos son:

- Calidad de vida (quality of life): Percepción por parte de los individuos o grupos de que se satisfacen sus necesidades y no se les niegan oportunidades para alcanzar un estado de felicidad y realización personal. (Salas y Garzón, 2012)
- Bienestar (well-being): valoración subjetiva del estado de salud, que está más relacionada con sentimientos de autoestima y la sensación de pertenencia a una comunidad mediante la integración social, que con el funcionamiento biológico. Tiene que ver con el desarrollo de potencial humano a nivel físico, psíquico y social. (Salas y Garzón, 2012)

- Bienestar total (wellness): nuevo concepto de salud relacionado básicamente con la calidad de vida, que hace hincapié en las dimensiones de la existencia humana relativas a la experiencia y a la conducta. (Salas y Garzón, 2012)
- Condiciones de vida (living conditions): nivel de calidad de los recursos materiales y de alojamiento del entorno físico en el cual vive la persona. (Salas y Garzón, 2012)
- Estado positivo de salud (positive health): estado de salud que va más allá de un estado asintomático; se refiere por lo general a la calidad de vida y al potencial de la condición humana e incluye la energía para vivir, la autorrealización y la creatividad. (Salas y Garzón, 2012)

Orientando a la calidad de vida desde la salud o llamada también estado de salud que se basa en cómo se siente cada persona y que se hace para que este bien en plenitud, ya que la CV lo que busca es saciar las necesidades del ser humano y cada uno de los conceptos que se dan de la misma lo expresa. Por tal razón se da la incrementación de técnicas que mejoren y mantengan la calidad de vida de los seres humanos.

*Estrategias de intervención para mejorar la calidad de vida Las técnicas y estrategias para mejorar la CV de individuos y comunidades coinciden en gran medida con las de la promoción de la salud, pero no son exactamente las mismas. Existe evidencia empírica de que la CV se puede mejorar actuando tanto en forma*

*preventiva como a través del tratamiento de la enfermedad (Spilker 1990 citado por Salas y Garzón, 2012).*

*La promoción y facilitación de la CV individual y colectiva deben tenerse cada vez más en cuenta tanto en la prevención de la enfermedad como en la planificación sanitaria (Kaplan 1994 citado por Salas y Garzón, 2012).*

Evans, 1999 citado por Salas y Garzón, 2012 busca la calidad de vida por medio de programas dirigidos a las personas y el ambiente basándose en estrategias de promoción como:

- En los primeros se trata de conseguir un desarrollo de la autoestima, la autoeficacia y de los sentimientos de dominio y control de los sujetos (destrezas interpersonales, habilidades de solución de problemas, asertividad, estrategias de afrontamiento, etc.).
- En la segunda perspectiva se trata de modificar el ambiente social o físico (redes de apoyo social, adecentamiento del medio natural, etc.).

Este autor también señala que la felicidad es de importancias para que prevalezca la calidad de vida por tal motivo se incrementan estrategias enfatizadas en el desarrollo de la autoeficacia y la autoestima, entrenamiento en habilidades de afrontamiento y de solución de problemas con el objetivo de mejorar y mantener un funcionamiento a nivel

general. Esto lo pueden lograr con el manejo adecuado de cada situación controlando emociones y pensamientos.

Se pudo ver reflejado a lo largo del capítulo la importancia que tiene en cada persona mantener una calidad de vida ya que esto permite que cada uno mantenga una salud en óptimas condiciones tanto mental como física

Es en ese punto donde las personas consumidoras de benzodiacepinas de una manera inadecuada están atentando contra su vida y no cuenta con una salud mental ni física por que el consumo de las mismas los afecta y entre más alto sea el consumo más fatal pueden ser la consecuencias y más mínima la posibilidad de contar con una calidad de vida.

El concepto de calidad de vida forma parte de la vida social e involucra procesos económicos y culturales, lo que ha generado una serie de discrepancias e inconsistencias en las maneras de entenderlo y por consiguiente en la manera de abordar su estudio. (Espinosa, 2014).

Es habitual que se considere calidad de vida como sinónimo de bienestar, de progreso social, e incluso de felicidad dependiendo de la disciplina que la estudie. Esta situación ocasiona además de confusiones en el significado de los términos, el que estos se utilicen de manera indistinta (Veehoven 2000 citado por Espinosa, 2014).

*Ante estas inconsistencias se ha dado una generalización de conceptos en donde los más utilizados son el de calidad de vida, felicidad, así como el bienestar objetivo y subjetivo. El concepto de bienestar posee un carácter más general que el concepto de calidad de vida. Durante la evolución del pensamiento económico, el bienestar objetivo o welfare, ha sido objeto de investigación*

*habitualmente centrada en aspectos económicos, se ha asociado más a la explicación mediante criterios cuantitativos de los modelos dominantes del desarrollo económico y del ingreso per cápita de los países. (Espinosa, 2014)*

Por su parte el concepto de felicidad se usa para indicar el disfrute subjetivo de la vida, el disfrute no solo se refiere al sentido positivo de las emociones de las personas, sino también a las emociones negativas y tensiones que se sufren en la vida, como por ejemplo el miedo y el enojo ante diferentes situaciones. Igual que a uno le puede gustar e incluso sentir gran satisfacción con determinado aspecto de la vida, como por ejemplo sus relaciones de amistad, al mismo tiempo le puede disgustar e incluso enojar otro aspecto, como por ejemplo su trabajo. (Espinosa, 2014)

La capacidad de las personas de sobrellevar estas emociones con sus múltiples efectos positivos y negativos, así como de emitir un juicio global favorable de su vida, es lo que llamamos felicidad, en relación a esto, las personas son más felices cuando consideran que en su vida predominan las experiencias afectivas positivas sobre las negativas (Ryff; Corey cit. Bradburn, 1969 citados por Espinosa, 2014)

*Es común que la palabra felicidad se interprete como sinónimo de bienestar subjetivo, la diferencia estriba en que el bienestar subjetivo también se utiliza en evaluaciones más específicas de los individuos como son la autoestima y la depresión. Por su parte el concepto de felicidad indica una evaluación global de la vida, por ejemplo, se puede tener éxito en los negocios, tener una vida social intensa, sin embargo esto no significa que sea feliz, ya que pueden*

*existir carencias en otros aspectos de la vida como en la autoestima, en las relaciones familiares, en la salud, etc. (Espinosa, 2014).*

### Capítulo III

#### Desarrollo Humano Adulto joven

Arnett (2006), citado por Papalia (2010), define la adultez en tres criterios, primero, aceptar las responsabilidades propias, segundo, tomar decisiones independientes, y tercer lugar obtener la independencia financiera.

¿Cuándo se convierte una persona en adulto?, existen varias definiciones de la adultez legal: a los 18 años los jóvenes ya pueden votar, pueden casarse sin autorización de sus padres, si se usan las definiciones sociológicas, puede considerarse que es una persona adulta cuando se sostenga por sí misma. Papalia (2010). La madurez psicológica puede depender de logros como el descubrimiento de la propia identidad, la independencia de los padres, el desarrollo de un sistema de valores y los establecimientos de relaciones. Algunos psicólogos sugieren que el inicio de la adultez no está indicado por rígoros externos sino por indicadores internos por el sentido de la autonomía, autocontrol y responsabilidad personal que es más que un estado mental que un evento discreto, Shanahan, Porfeli y Mortimer (2005) citado por Papalia (2010).

El proceso de desarrollo de la adultez temprana está comprendido desde el desarrollo cognoscitivo, físico y psicosocial.

Desarrollo cognoscitivo, se ha estudiado la condición adulta desde varias perspectivas, algunas tratan de identificar capacidades cognoscitivas distintas que aparecen en la adultez o forman características en la que los adultos usan dichas capacidades en las etapas sucesivas de la vida. Papalia (2010). Piaget describe las etapas de las operaciones formales como el pináculo del logro cognoscitivo, otros científicos

sostienen que los cambios en la cognición se extienden más allá de ello, aquí nace una línea de la teoría de investigaciones neopiagetana que se concentra los niveles superiores de pensamiento reflexivo o razonamiento abstracto. Otros se relacionan con el pensamiento pos formal, que combina la lógica con la emoción y la experiencia práctica en la solución de problemas ambiguos.

El pensamiento reflexivo es una forma compleja de condición, define el filósofo educador Dewey (1991) citado por Papalia (2010) es como la consideración activa, persistente y cuidadosa de la información o de las creencia de la luz de la evidencia que las apoyan y de las conclusiones de las que dan lugar, la capacidad para practicar el pensamiento reflexivo parece surgir entre las edades de 20 a 25 años, si bien casi todos los adultos desarrollan la capacidad para convertirse en pensadores reflexivos pero pocos alcanzan la capacidad optima en esta habilidad menos aún pueden aplicarla de manera sistemática a diversos tipos de problemas.

Pensamiento posformal, es reflexivo, abierto, adaptable e individualista, recurre a la intuición y a la emoción así como a la lógica para ayudar a las personas a afrontar un mundo aparentemente caótico, se caracteriza por la capacidad para lidiar con la incertidumbre, la inconstancia, la contradicción, la imperfección y el compromiso, es una etapa superior de la condición adulta que comienza en la adultez emergente, el pensamiento posformal es relativista al igual que el reflexivo, permite a los adultos trascender un solo sistema lógico y conciliar y elegir entre ideas o inconsistencias contraloría. (Papalia, D. Wendkos, S. & Duskin, R., 2010)

Sinnott (2003) citado por Papalia (2010) propuso los siguientes criterios del pensamiento posformal:



Mecanismo de conmutación, es la capacidad para pensar al menos en dos sistemas lógicos y de pensar del razonamiento abstracto a las condiciones prácticas del mundo real y viceversa.

Definición del problema, capacidad para reconocer un problema correspondiente a una clase o categoría y definir sus parámetros.

Cambio proceso – producto, capacidad para considerar que un problema puede ser resuelto ya sea por medio de un proceso.

Pragmatismo, capacidad para elegir la mejor solución lógica y para reconocer criterios de elección.

Soluciones múltiples, conciencia de que la mayor de los problemas tienen más de una causa, de que la gente puede tener metas distintas y pueden emplearse diversos métodos para llegar a más de una solución.

Conciencia de la paradoja, reconocimiento de que un problema o solución implica un conflicto inherente.

Pensamiento auto referenciado, una persona es consciente de que debe ser quien decida que lógica usar de que está usando el pensamiento posformal

El cambio de pensamiento posformal puede ser perturbador, se pueden dejar influir con facilidad por sus emociones para distorsionar su pensamiento de manera que satisfagan sus

intereses y los protejan, con frecuencia el pensamiento posformal opera en el contexto social y emocional. (Papalia, D. Wendkos, S. & Duskin, R., 2010)

Existen diferentes teorías, modelos y etapas que hablan del desarrollo cognoscitivo de la adultez intermedia, está el modelo del ciclo de vida de schale, sternberg insight y el conocimiento práctico, la teoría de la inteligencia emocional, analizares cada una de estas

teorías para poder tener un amplio conocimiento del desarrollo cognoscitivo de la etapa de adultez intermedia.

En primer lugar hablaremos del el modelo del ciclo vida del desarrollo cognoscitivo que fue propuesto por Schaie y Willis (1978-2000) citado por Papalia (2010), examinan el desarrollo de los intelectos dentro de un contexto social, su teoría habla de siete etapas que giran en torno a las metas, motivaciones, que aparecen en varias fases de la vida, que solo realizaremos énfasis en las etapas de adultez temprana. Estas etapas son siete, la primera habla de la etapa de la niñez a la adolescencia, La segunda etapa es la etapa del logro que va desde los 19 0 21 hasta los 30, los jóvenes ya no adquieren el conocimiento en áreas del conocimiento mismo; lo utilizan para alcanzar metas, una carrera o una familia, la tercera etapa, etapa de responsabilidad, de los 39 a 61, la gente a esta edad usa la mente para resolver problemas prácticos asociados con su responsabilidad con otros, como los miembros de la familia o empleados. La cuarta etapa, la etapa ejecutiva de los 30 a los 40 años de edad, las personas que transitan por la etapa ejecutiva que pueden superponerse con la etapa del logro de responsabilidad, se responsabilizan de los sistemas sociales.

No todos pasan por estas etapas dentro de los marcos temporales estas etapas pueden tener una aplicación menos general en una era de elecciones y trayectorias que varían y cambian con rapidez . (Papalia, D. Wendkos, S. & Duskin,R., 2010)

De acuerdo con estas teorías el desarrollo cognoscitivo está relacionados con la emoción, intuición, dentro de un contexto social.

*Desarrollo psicosocial del adulto joven*

Papalia (2010) en los caminos hacia la edad adulta influyen factores como el género, capacidades académicas, primeras actitudes hacia la educación, expectativas hacia el final de la adolescencia y clase social. Empieza un camino de desarrollo de la identidad en la adultez, en esta etapa ofrece un tiempo de espera, sin las presiones del desarrollo y con la libertad para experimentar diversos papeles y estilos de vida, al término de estos años, el yo se consolida en torno a un conjunto de papeles y convicciones que definen una personalidad adulta relativamente estable (Tanner, 2006) citado por Papalia (2010), y comienza la adultez temprana.

Según Tanner (2006) citado por Papalia (2010) propone el termino recentramiento para denominar el proceso hacia el paso de una identidad adulta, es un proceso de tres etapas donde el poder, la responsabilidad y la toma de decisiones pasan gradualmente de la familia de origen al adulto temprano inmediatamente.

Primera etapa: al comienzo de la adultez emergente el individuo todavía se encuentra inserto en la familia de origen, pero comienza a crecer las expectativas de autoconfianza y de independencia.

Segunda etapa: durante la adultez emergente el individuo sigue siendo vinculado con su familia y quizás dependa de ella económicamente pero ya no está inserto en ella, esta etapa se caracteriza por la presencia de actividades de exploración en diversas materias escolares, trabajos y con diversas parejas. Al final de esta etapa el individuo comienza a establecer compromisos serios y a ganar recursos serios para mantenerlos.

Tercera etapa: hacia los treinta años el mundo pasa a la adultez temprana esta fase se distingue por la independencia de la familia de origen y dedicación a una carrera, pareja y posiblemente lo hijos.

Como lo describe Tanner (2006) citado por (2010), el desarrollo de la identidad en la adultez pueden ser procesos que están influenciados factores como el género, capacidades académicas, el desarrollo del yo que establecen gradualmente una identidad adulta estable.

Enfoques del desarrollo de la personalidad. ¿La personalidad cambia o es estable?, la respuesta depende de cómo estudiemos y la midamos, cuatro enfoques del desarrollo de la adultez son: modelo de etapas formativas, modelo del momento de los eventos, modelo de los rasgos y modelos tipológicos, estos cuatro puntos de vista plantean diferente enfoque sobre la personalidad adulta.

En primer lugar modelos de etapas formativas, este modelo establece que los adultos siguen una secuencia básica de cambio psicosociales relacionados con la edad. Ejemplo: Erikson: intimidad frente a aislamiento, la sexta etapa del desarrollo psicosocial, quienes la transitan por ella no pueden establecer compromisos personales profundo con los demás, corren el riesgo de aislarse y encismarse sin embargo necesitan un grado de aislamiento para poder reflexionar sobre su vida, al tiempo que resuelve las exigencias contradictorias de la intimidad, competitividad y distancia desarrollan un sentido ético que Erikson consideraba la nota decisiva del adulto, los adultos tempranos que desarrollan un sentido solido del yo están listos para fundir su identidad con otras personas. (Papalia, D. Wendkos, S. & Duskin,R., 2010)

En segundo lugar. Modelo de los eventos del momento, Neugarten, Moore, Lowe (1987) citado por Papalia (2010) sostienen que el curso del desarrollo dependen del

momento en que ocurren ciertos eventos en la vida de la persona, los momentos normativos de la vida ocurren normalmente en ciertas épocas de la vida y se concretan en hechos como el matrimonio, la paternidad, el nacimiento de los nietos y el retiro, según el modelo las personas son muy conscientes de su momento y del reloj social, las normas de la sociedad y lo que en estas se consideran el momento oportuno para ciertos acontecimientos de la vida. Si los eventos se presentan a tiempo el desarrollo avanza de manera uniforme, en caso contrario, se sobre proviene el estrés como resultado de un suceso inesperado, un hecho a destiempo. El modelo de los momentos hizo una importante contribución a los conocimientos de la personalidad adulta al subrayar el curso individual de la vida y poner en tela de juicio la idea de cambios sucesivos.

En tercer lugar modelo de rasgos, costa, McCrea (1980), citado por Papalia(2010) tratan de encontrar la estabilidad o el cambio en los rasgos de personalidad, y desarrollan y comprueban un modelo de cinco factores o dimensiones, el primero es neocriticismo, el segundo es extroversión , el tercero es apertura a la experiencia, el cuarto es escrupulosidad y el quinto agrandabilidad. Según investigaciones realizadas por roberst, walton y viechtbauer (2006) citado por Papalia (2010) encontraron cambios importantes en casi todos los rasgos de personalidad durante la adultez, pero siempre en dirección positiva y en particular con grandes incrementos en el dominio social, asertividad, estabilidad emocional.

## **Capítulo IV**

### **Salud Mental.**

Esta investigación tiene como línea de acción los procesos de la salud mental dirigida a la prevención en la población con problema de abuso o dependencia a las benzodiacepinas o medicamentos de uso psiquiátrico, teniendo en cuenta la definición que da Tobón M., Flor Ángela; en (2005) donde se cita a Cortina A, quien plantea que La salud mental engloba las características de las relaciones interpersonales y sociales en que cada sujeto se asienta, se construye y se desarrolla en forma integral y sostenible, entendido como un proceso que debe articular los aspectos humanos, sociales políticos, económicos y ambientales para la construcción de un tejido social innovador, cada vez más humano, justo, libre y con mayor calidad de vida para satisfacer las necesidades básicas de la población.

Es por esto que la salud mental se aborda desde la necesidad de disminuir los componentes de riesgo que influyen de manera directa en la obtención de patrones y comportamientos disfuncionales que afectan de una manera negativa la calidad de vida de los adolescentes, Por otra parte la Organización Mundial de la Salud en (2013) define la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y es capaz de hacer una contribución a su comunidad de manera positiva.

La salud mental es indispensable en todas las etapas de la vida, desde la niñez y la adolescencia hasta el ciclo vital adulto como lo establece lo anteriormente descrito, para Benedetto saraceno en el simposio "salud mental y física durante toda la vida" de la organización panamericana de la salud OPS en el año (2005) considera que es necesario

integrar la realidad de la salud mental con respecto a la salud física en la medida que la relación que existe entre las enfermedades mentales y las afectaciones biológicas o físicas se relacionan entre ellas , afirma que los desafíos complejos que presenta la comorbilidad de las enfermedades mentales y físicas estarían mejor atendidas en todo el mundo con estrategias de atención integral dirigidas al paciente o a la comunidad

El Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental del ministerio de salud y protección social en el año 2014 establece que En Colombia la Ley 1616 de (2003) define la salud mental como “un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad”

De acuerdo a la ley 1616 de 2013, ley de salud mental tiene como propósito.

*“garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud. De igual forma se establecen los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la*

*Política Pública Nacional de Salud Mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital.*

*“Constitución política de Colombia”*

¿Cuál es la situación en Colombia? El Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental del ministerio de salud y protección social en el año (2014) afirma que el Estudio Nacional de Salud Mental de Colombia, en nuestro país 40,1 por ciento 2 de cada 5 personas de la población colombiana presenta alguna vez en su vida algún trastorno mental. Según este estudio, alrededor de 8 de cada 20 colombianos encuestados presentaron trastornos psiquiátricos alguna vez en la vida. Los más frecuentemente identificados fueron los trastornos de ansiedad 19,3 por ciento, seguidos por los trastornos del estado de ánimo 15 por ciento y los trastornos de uso de sustancias psicoactivas 10,6 por ciento. Min Protección, (2003) No obstante lo anterior, de acuerdo con los datos del informe de carga de enfermedad en Colombia (2005), los problemas neuropsiquiátricos como la depresión mayor unipolar, los trastornos bipolares, la esquizofrenia y la epilepsia son responsables del 21% de la carga global de años saludables perdidos por cada mil personas en Colombia. Las personas con trastornos mentales que no reciben una atención adecuada, presentan recaídas y deterioros que llevan a urgencias y re hospitalizaciones con altos costos para el sistema sanitario en camas hospitalarias, medicamentos y servicios de salud en general lo que pone en riesgo e impide un adecuado desarrollo de la salud mental.

En relación con esta definición es importante tener en cuenta que: El Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental en el año (2014) establece que La forma como nos



comportamos y nos relacionamos con las personas y el entorno en nuestra vida diaria es el resultado de la manera en que transcurren las percepciones, los pensamientos, las emociones, las creencias y demás contenidos en nuestra mente, los cuales se encuentran íntimamente afectados por factores genéticos, congénitos, biológicos y de la historia particular de cada persona y su familia, así como por aspectos culturales y sociales.

Así mismo postula que la salud mental es una construcción social que puede variar de un contexto a otro, dependiendo de los criterios de salud y enfermedad, normalidad y anormalidad establecidos en cada grupo social lo cual influirá directamente en la forma de sentirse sano o enfermo de las personas pertenecientes a un determinado grupo.

A partir de esto se considera que la promoción y la prevención de la salud mental se convierte en una necesidad indispensable en las exigencias de la sociedad actual y más concretamente en la población adolescente joven, adolescentes quienes son atacados continuamente por modelos de conductas negativas en los diferentes medios de comunicación, potencializados por factores sociales caracterizados por los diferentes tipos de violencia, la negligencia y la desatención de sus necesidades. El objetivo de nuestra investigación desde el abordaje de la salud mental es crear espacios y estrategias que manejen los procesos anteriormente mencionados como lo son la prevención y la promoción necesarias para una buena articulación entre el proceso de la medicación y el consumo responsable de benzodiacepinas como medicamento con fin terapéutico.

## 6. Marco Legal

En el presente capítulo se mencionan las leyes, normas y parámetros por el colegio colombiano de psicólogos y la ley de salud mental para la atención y participación la salud mental a la población colombiana.

### **Ley 1090 de 2006**

Por medio de esta ley se rige la profesión de psicología en Colombia, se señalan a continuación algunos aspectos importantes de esta ley que son pertinentes para el desarrollo de esta investigación. (Congreso de Colombia, 2006)

Artículo 2°. De los Principios Generales. Los psicólogos que ejercen su profesión en Colombia se registrarán por los siguientes principios universales:

I. Responsabilidad. Al ofrecer sus servicios los psicólogos mantendrán los más altos estándares de su profesión. Aceptarán la responsabilidad de las consecuencias de sus actos y pondrán todo el empeño para asegurar que sus servicios sean usados de manera correcta.

II. Competencia. El mantenimiento de altos estándares de competencia será una responsabilidad compartida por todos los psicólogos interesados en el bienestar social y en la profesión como un todo. Los psicólogos reconocerán los límites de competencia y las limitaciones de sus técnicas. Solamente prestarán sus servicios y utilizarán técnicas para los cuales se encuentran cualificados. En aquellas áreas en las que todavía no existan estándares reconocidos, los psicólogos tomarán las precauciones que sean necesarias para

proteger el bienestar de sus usuarios. Se mantendrán actualizados en los avances científicos y profesionales relacionados con los servicios que prestan.

III. Estándares Morales y Legales. Los estándares de conducta moral y ética de los psicólogos son similares a los de los demás ciudadanos, a excepción de aquello que puede comprometer el desempeño de sus responsabilidades profesionales o reducir la confianza pública en la Psicología y en los psicólogos. Con relación a su propia conducta, los psicólogos estarán atentos para regirse por los estándares de la comunidad y en el posible impacto que la conformidad o desviación de esos estándares puede tener sobre la calidad de su desempeño como psicólogos.

IV. Confidencialidad. Los psicólogos tienen una obligación básica respecto a la confidencialidad de la información obtenida de las personas en el desarrollo de su trabajo como psicólogos. Revelarán tal información a los demás solo con el consentimiento de la persona o del representante legal de la persona, excepto en aquellas circunstancias particulares en que no hacerlo llevaría a un evidente daño a la persona u a otros.

V. Bienestar del Usuario. Los psicólogos respetarán la integridad y protegerán el bienestar de las personas y de los grupos con los cuales trabajan. Cuando se generan conflictos de intereses entre los usuarios y las instituciones que emplean psicólogos, los mismos psicólogos deben aclarar la naturaleza y la direccionalidad de su lealtad y responsabilidad y deben mantener a todas las partes informadas de sus compromisos.

Los psicólogos mantendrán suficientemente informados a los usuarios tanto del propósito como de la naturaleza de las valoraciones, de las intervenciones educativas o de los procedimientos de entrenamiento y reconocerán la libertad de participación que tienen los usuarios, estudiantes o participantes de una investigación.

VI. Relaciones Profesionales. Los psicólogos actuarán con la debida consideración respecto de las necesidades, competencias especiales y obligaciones de sus colegas en la Psicología y en otras profesiones. Respetarán las prerrogativas y las obligaciones de las instituciones u organizaciones con las cuales otros colegas están asociados.

VII. Relaciones Profesionales. Los psicólogos actuaran con la debida consideración respecto a las necesidades, competencias especiales y obligaciones de sus colegas en la psicología y en otras profesiones.

VIII. Evaluación de Técnicas. En el desarrollo, publicación y utilización de los instrumentos de evaluación, los psicólogos se esforzarán por promover el bienestar y los mejores intereses del cliente. Evitarán el uso inadecuado de los resultados de evaluación. Respetaran el derecho de los usuarios de conocer los resultados, las interpretaciones hechas y las bases de las conclusiones y recomendaciones.

### **Ley 1616 de 2013**

El objeto de esta ley es garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la atención integral e integrada en salud mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución Política de 1991 y con fundamento en el enfoque promocional de calidad de vida y la estrategia y principios de la atención primaria en salud, de igual forma se establecen los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud

Mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital. (Congreso de Colombia, 2013)

Artículo 3°. Salud Mental. La salud mental se define como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad. La Salud Mental es de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, es un derecho fundamental, es tema prioritario de salud pública, es un bien de interés público y es componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de colombianos y colombianas.

Artículo 4°. Garantía en Salud Mental. El Estado a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizará a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, la promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental, atención integral e integrada que incluya diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud para todos los trastornos mentales. El Ministerio de Justicia y del Derecho, el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario y las entidades prestadoras del servicio de salud contratadas para atender a los reclusos, adoptarán programas de atención para los enfermos mentales privados de libertad y garantizar los derechos a los que se refiere el artículo sexto de esta ley; así mismo podrán concentrar dicha población para su debida atención. Los enfermos mentales no podrán ser aislados en las celdas de castigo mientras dure su tratamiento.

Artículo 5°. Definiciones. Para la aplicación de la presente ley se tendrán en cuenta las siguientes definiciones: Atención integral e integrada en salud mental. La atención integral en salud mental es la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes

y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención secundaria y terciaria, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social. La atención integrada hace referencia a la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades de salud de las personas.

## Título II Derechos De Las Personas En El Ámbito De La Salud Mental

Artículo 6°. Derechos De Las Personas. Además de los Derechos consignados en la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y otros instrumentos internacionales, Constitución Política, y la Ley General de Seguridad Social en Salud son derechos de las personas en el ámbito de la Salud Mental:

1. Derecho a recibir atención integral e integrada y humanizada por el equipo humano y los servicios especializados en salud mental.

2. Derecho a recibir información clara, oportuna, veraz y completa de las circunstancias relacionadas con su estado de salud, diagnóstico, tratamiento y pronóstico, incluyendo el propósito, método, duración probable y beneficios que se esperan, así como sus riesgos y las secuelas, de los hechos o situaciones causantes de su deterioro y de las circunstancias relacionadas con su seguridad social.

3. Derecho a recibir la atención especializada e interdisciplinaria y los tratamientos con la mejor evidencia científica de acuerdo con los avances científicos en salud mental.

4. Derecho a que las intervenciones sean las menos restrictivas de las. Libertades individuales de acuerdo a la ley vigente.

5. Derecho a tener un proceso psicoterapéutico, con los tiempos y sesiones necesarias para asegurar un trato digno para obtener resultados en términos de cambio, bienestar y calidad de vida.

6. Derecho a recibir psicoeducación a nivel individual y familiar sobre su trastorno mental y las formas de autocuidado.

7. Derecho a recibir incapacidad laboral, en los términos y condiciones dispuestas por el profesional de la salud tratante, garantizando la recuperación en la salud de la persona

8. Derecho a ejercer sus derechos civiles y en caso de incapacidad que su incapacidad para ejercer estos derechos sea determinado por un juez de conformidad con la ley 1306 de 2009 y demás legislación vigente.

9. Derecho a no ser discriminado o estigmatizado, por su condición de persona sujeto de atención en salud mental.

10. Derecho a recibir o rechazar ayuda espiritual o religiosa de acuerdo con sus creencias.

11. Derecho a acceder y mantener el vínculo con el sistema educativo y el empleo, y no ser excluido por causa de su trastorno mental

12. Derecho a recibir el medicamento que requiera siempre con fines terapéuticos o diagnósticos.

13. Derecho a exigir que sea tenido en cuenta el consentimiento informado para recibir el tratamiento.

14. Derecho a no ser sometido a ensayos clínicos ni tratamientos experimentales sin su consentimiento informado.

15. Derecho a la confidencialidad de la información relacionada con su proceso de atención y respetar la intimidad de otros pacientes.

16. Derecho al Reintegro a su familia y comunidad. Este catálogo de derechos deberá publicarse en un lugar visible y accesible de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que brindan atención en salud mental en el territorio nacional. Y además deberá ajustarse a los términos señalados por la Corte Constitucional en la Sentencia T-760 de 2008 y demás jurisprudencia concordante.

**Resolución Nro.8430 de 1993.**

Con esta resolución lo que se busca mantener la integridad del ser humanos dentro de un proceso de investigación estableciendo las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; tomando en cuenta requerimiento de importancia al realizar la investigación.

*Las instituciones que realicen investigación en humanos deberán conformar un Comité de Ética en Investigación quien será el responsable de resolver todos los asuntos relacionados con el tema además de elaborar un manual de procedimiento con el fin de apoyar la aplicación de estas normas (artículo 2 y 3); contribuir al conocimiento, la prevención, la evaluación y la producción de insumos para la salud (artículo 4) (Ministerio de Salud, 1993).*



Como factor primordial para llevar a cabo una investigación con seres humanos se establece que: no se debe atentar contra la dignidad del individuo participante en el proceso al igual que el respeto de sus derechos y garantizar su bienestar como se recalca en el artículo 5.

*Ajustarse a los principios científicos y éticos que la justifiquen, preservar la seguridad de los participantes informándoles de forma clara los riesgos; diligenciar el consentimiento informado; ser desarrollada por profesionales con conocimiento y experiencia; y se realizara cuando se cuente con la autorización del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realice la investigación; el Consentimiento Informado de los participantes; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución (artículo 6) (Ministerio de Salud, 1993).*

## 7. Marco Contextual

Se describen por medio de este apartado las condiciones de infraestructura física, historia y aspectos funcionales del Centro penitenciario y Carcelario de Pamplona INPEC, siendo esta institución el contexto dentro del cual se enmarca el diseño de esta investigación.

El instituto penitenciario y carcelario INPEC es una institución de reclusión el cual cuenta con una sede en la ciudad de Pamplona por medio de la Ordenanza No. 25 de Mil Novecientos Once (1911) de la Primera Asamblea Departamental el edificio para Cuartel y Penitenciaria, el cual estuvo ubicado en una de las esquinas frente al parque principal, contiguo a la hoy Catedral de Santa Clara en esta ciudad, antes Convenio de las Monjas Carmelitas Descalzas. (EPMSC, s,f)

*En el año de Mil Novecientos Cincuenta y Cuatro (1954), el Departamento Norte de Santander por intermedio de su representante legal GONZALO RIVERA LAGUADO, quien se desempeña como su Gobernador, adquiere por compra realizada al señor NICOLAS MENDOZA GAMBOA, el derecho de dominio pleno o propiedad de un bien inmueble, consistente en un lote de terreno denominado LA QUINTA, ubicado en la Avenida Santander de esta Ciudad, en el punto de ELZULIA, comprendido, para entonces, dentro de los siguientes linderos generales: Por el NORTE, con propiedades de CANDIDO JAIMES; por el ORIENTE, con propiedades de EDMUNDO MARTINEZ,*

*EDUARDO SANCHEZ y el CAMINO NACIONAL; por el SUR, con propiedades que fueron de ARCADIO VILLAMIZAR; y por el OCCIDENTE, con propiedades de CANDIDO JAIMES; con destino a la construcción de la Universidad de Pamplona, según los términos de la Escritura Pública N°. 398, otorgada en la Notaría Segunda Principal del Circuito Notarial de Pamplona el 12 de Abril. (EPMSC, s,f)*

*Durante la presidencia del General GUSTAVO ROJAS PINILLA, quien gobernó el país desde el Trece (13) de Junio de Mil Novecientos Cincuenta y Tres (1953), siendo derrocado por una Junta Militar de Gobierno en Mil Novecientos Cincuenta y Siete (1957), se procuraron los recursos para la construcción en Pamplona de las instalaciones del Hospital, Cuartel y Cárcel. (EPMSC, s,f)*

Gracias a la gestión y apoyo que tenido el centro penitenciario actualmente cuenta con unas instalaciones propias adquiridas por medio del gobierno ubicado en la Avenida Santander, distinguido en su puerta de Muralla con el número 12-129 de la actual nomenclatura, contando con un terreno de aproximadamente de Dos hectáreas equivalentes a Cuatro Mil Trescientos Cuarenta y Seis metros cuadrados dentro de los cuales cuenta con granjas y un área construida de Cinco Mil Diez metros cuadrados, la cual comprende Plantas, Rancho, Patio General, Patio Disco, Alojamiento para la guardia, Área Administrativa, Casino y Garitas. (EPMSC, s,f)

Esta institución tiene como fin privar de la libertad a hombres mayores de edad que atentaron contra la vida y dignidad de otra persona, esta privación se hace con el fin de pagar una condena por el hecho de actuar mal y poder lograr la resocialización de cada una de las personas que ingresan al reclusorio como consecuencia de sus actos.

El centro carcelario y penitenciario cuenta con una serie de programas que permiten brindar atención tanto al retenido como a sus hijos y familia, también encontramos programas de integración social para población de grupos excepcionales como lo es los LGBTI al igual que la atención social por medio de programas de intervención psicológica individuales y penitenciarias.

También permite el desarrollo de prácticas universitarias a nivel nacional en todas las instalaciones del INPEC que aporten al profesional y a la institución al igual que la facilidad de investigaciones dentro de la misma con el personal de servicio y reclusión permitiendo el beneficio del centro carcelario y penitenciario.

## **8. Metodología**

### **8.1 Tipo de Investigación**

Para esta investigación se plantea una metodología mixta; ya que esta permite combinar las diferentes técnicas utilizadas dentro de las investigaciones científicas de los enfoques cualitativos y cuantitativos. “El enfoque cualitativo busca principalmente “dispersión o expansión” de los datos e información, mientras que el enfoque cuantitativo pretende intencionalmente “acotar” la información (medir con precisión las variables del estudio, tener “foco””. (Sampieri, Collado, & Baptista, definición de enfoque cualitativo, 2014) .

### **8.2 Diseño de la investigación**

Es de tipo no experimental - transversal exploratorio ya que, en este estudio se observa una situación real, no provocada y no se manipula intencional y/o deliberadamente la variable independiente para observar su efecto sobre otras variables. (Sampieri, R, H; Fernández, C, F, & Baptista, M, P., 2014)

### **Población**

La población que se tiene como objetivo para la investigación son los adultos jóvenes que se encuentran reclusos en el Centro Penitenciario y carcelario INPEC - Pamplona, diagnosticados como drogodependientes.

**Muestra**

El tipo de muestra es probabilística según (Hernández, S., Fernández C., Baptista L, 2010) se caracteriza por que la elección de elementos de la población tiene la misma posibilidad de ser escogidos, siendo de manera aleatoria de las unidades de análisis. 8 adultos jóvenes recluidos en el centro penitenciario y carcelario-INPEC Pamplona diagnosticados como drogodependientes pertenecientes al programa de promoción y prevención que se tiene dentro de la institución.

**Instrumentos de recolección de datos**

Para esta investigación se utilizará La Entrevista Semiestructurada, Historia Clínica, La Escala de Severidad de Adicción a las Benzodiacepinas SDS y la Escala de Calidad de Vida.

Tabla 1 Ficha Técnica entrevistas

***Semiestructurada***

En que consiste	En ella se establecen o reactualizan las bases de la relación entre investigador y paciente, se recoge o se pierde información necesaria para orientar el diagnóstico y las estrategias a seguir.
Fases de la entrevista	<p>Fase preliminar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recepción empática</li> <li>- Conocer el motivo de la investigación.</li> </ul> <p>Fase Exploratoria</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Obtener información básica: datos personales.</li> <li>- Recoger información específica: presencia de patologías, factores desencadenantes, entorno socio familiar, antecedentes personales.</li> </ul> <p>Fase Resolutiva</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- síntesis y enumeración de las situaciones a tratar.</li> <li>- información al paciente sobre la naturaleza de la investigación.</li> <li>- comprobación de que ha entendido las explicaciones dadas.</li> </ul>

- implicación del paciente en la elaboración de la investigación.

Fase final

- acuerdo final
- despedida.

Tabla 2. Ficha Técnica de Historia

<i>Clínica</i>	
¿Que es la historia clínica?	Es uno de los documentos más importantes que se tiene en la relación médico –paciente, es un registro donde quienes pueden plasmar los datos del paciente es el profesional médico.
¿Quiénes pueden tener acceso a la historia clínica?	El equipo de salud; profesionales, técnicos y auxiliares que realizan atención clínica asistencial directa al usuario, también los auditores médicos de las aseguradores y prestadores responsables.
Terceras personas pueden conocer la historia clínica ¿	La regla general es que a terceras personas no pueden tener acceso a la historia clínica, excepto que la persona titular expresamente lo autorice.
¿Quién es el propietario de la historia?	Es compartida. El paciente es el propietario de la misma, quienes consignan las anotaciones son los autores intelectuales y el centro asistencial tiene una labor de custodia y cuidado. (Fernando Guzman, 2012)



**La Escala de Severidad de Adicción a las Benzodiazepinas SDS42**

Diseñada para facilitar una breve y fácil administración que mide el grado de dependencia experimentado por los usuarios de diferentes tipos de drogas. La SDS contiene cinco ítems que se puntúan de 0 a 4. A mayor puntuación, mayor gravedad de adicción, La puntuación mínima es 0 y la máxima, 15. Los autores de la prueba han situado el punto de corte para el diagnóstico de adicción en 7. Todos ellos están explícitamente relacionados con componentes psicológicos de dependencia. Estos ítems se relacionan con la falta de control sobre el consumo y con la ansiedad y preocupación y la ansiedad en el uso de drogas, cuestionario breve auto-administrado válido para la detección de la dependencia a bzd. En pacientes usuarios de benzodiazepinas. Con Un índice de fiabilidad alpha de 0,813. Los estudios de validez fueron realizados con el CIDI (Composite International Diagnostic Interview). El CIDI es un cuestionario exhaustivo y muy estandarizado que puede ser utilizado para evaluar desórdenes mentales de acuerdo con las definiciones y criterios de ICD-10 y DSM-IV-R.

**La Escala de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (MOS-SF-35, o MOS-VIH)**

Es una versión de 35 ítems del cuestionario “Short-Form (SF) General Health Survey” de Stewart, Hays y Ware (1988), desarrollado para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (MOS Medical Outcomes Study). La versión MOS-VIH (Wu et al., 1991)49-50, ha sido destinada a evaluar el estado de salud y calidad de vida. Incluye 11 dimensiones de salud sobre las que es posible obtener dos índices resumen: el Índice de Salud Física (ISF) y el Índice de Salud mental (ISM). El ISF está compuesto por las

dimensiones de Función Física (4a – 4f); Función Social (7) y Rol Físico (5 y 6). El ISM incluye las dimensiones de Salud Mental (8a -8e); Vitalidad (9a -9d); Dolor (2 y 3); Preocupación por la Salud (9e -9h) y Función Cognitiva (10a – 10d). La Salud General (1, 11a, 11d), la percepción del Cambio de Salud (13) y la valoración de la Calidad de Vida percibida (12) se consideran de forma independiente. Todos los ítems son respondidos sobre una escala de respuesta de 2, 3, 5 ó 6 opciones, que tienen su valor mínimo en cero (0). Algunas preguntas se puntúan invirtiendo el orden las respuestas (1, 2, 3, 8b, 8d, 9a, 9d, 11b, 11c, 12 y 13). La puntuación obtenida en cada índice se divide en tres rangos que indican Buena, Aceptable o Deficiente CVRS. Las propiedades psicométricas del instrumento están ampliamente establecidas. La fiabilidad estimada con el coeficiente de Cronbach oscila entre un 0,79 y un 0,89; obteniéndose coeficientes de correlación intraclase de entre 0,41 y 0,85.

## 9. Resultados

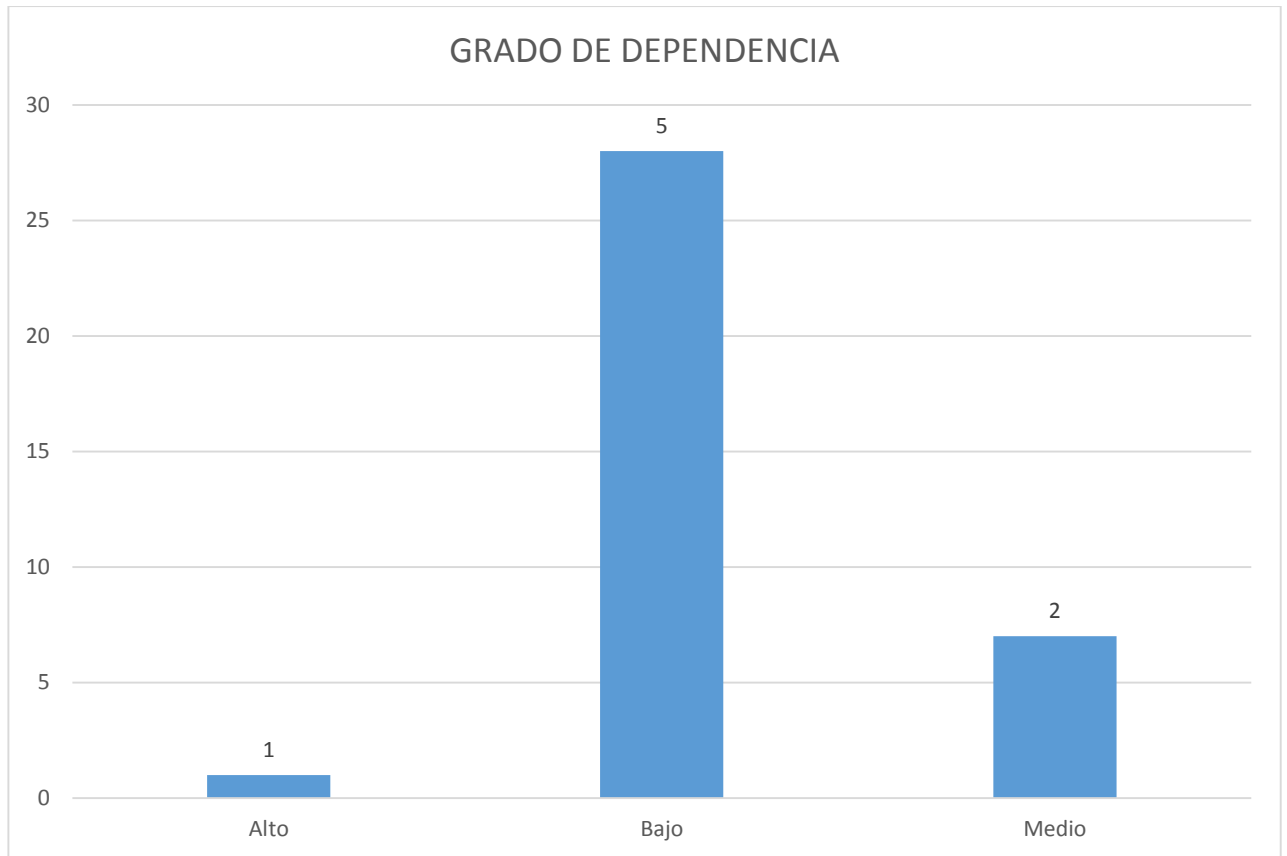
A continuación, vamos a encontrar los resultados de la investigación realizada sobre la influencia del consumo de benzodiazepinas en la calidad de vida lo cual se realizó por medio de una investigación de tipo mixto, donde presentaremos un apartado cuantitativo donde encontraremos tabla de frecuencia, gráficos y la respectiva estadística descriptiva, a su vez un apartado cualitativo donde aremos matriz y triangulación de la información

### Resultados Cuantitativos

<b>Escala de Grado de Dependencia</b>		
<b>Alto</b>	<b>Medio</b>	<b>Bajo</b>
>3 pastillas por día	=3 pastillas por día	<3 pastillas por día

*Tabla 3. De Frecuencia I. Grado de Dependencia*

<b>SUJETO</b>	<b>CONSUMO DE BENZODIAZEPINAS</b>	<b>GRADO DE DEPENDENCIA</b>
<b>1</b>	<b>Si</b>	<b>Alto</b>
<b>2</b>	<b>Si</b>	<b>Bajo</b>
<b>3</b>	<b>SI</b>	<b>Medio</b>
<b>4</b>	<b>SI</b>	<b>Medio</b>
<b>5</b>	<b>SI</b>	<b>Bajo</b>
<b>6</b>	<b>No</b>	<b>Bajo</b>
<b>7</b>	<b>No</b>	<b>Bajo</b>
<b>8</b>	<b>No</b>	<b>Bajo</b>



*Grafico I. Grado de Dependencia*

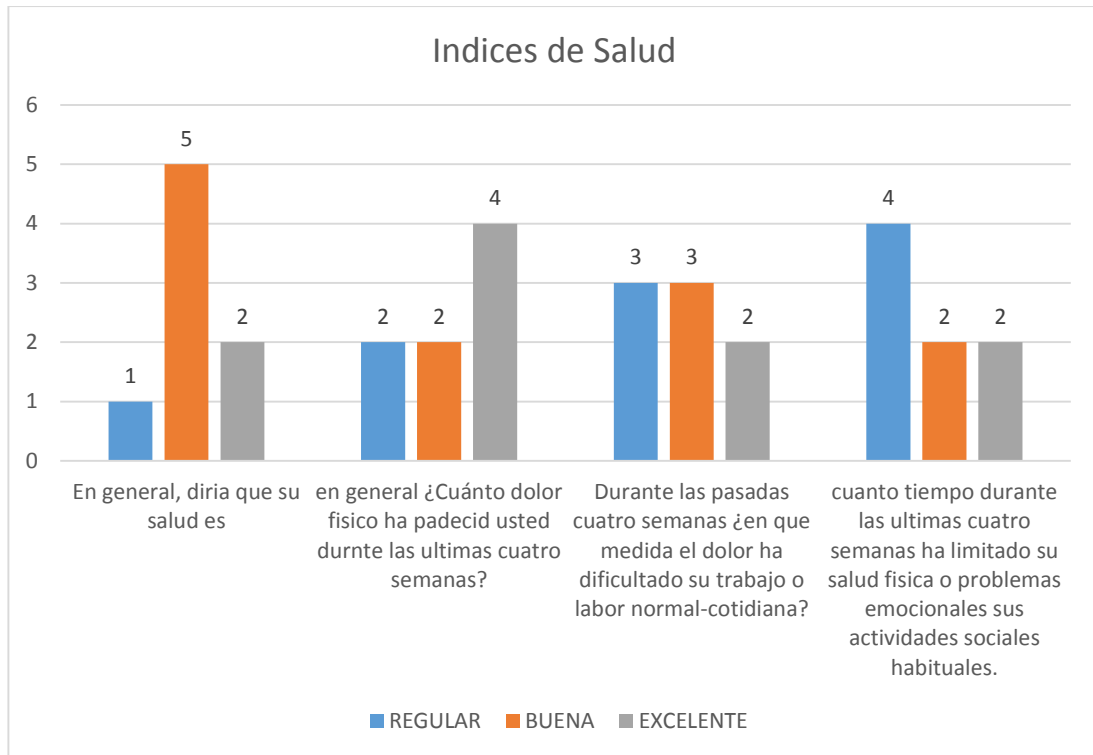
### **Análisis de Resultados**

De acuerdo al objetivo general se determina que el grado de dependencia que hay en el personal perteneciente al programa de promoción y prevención del Centro Carcelario y Penitenciario INPEC de la ciudad de Pamplona es bastante alto lo cual se permitió evaluar el nivel de consumo de medicamentos psiquiátricos en los internos pertenecientes. Identificando aquellos que según prescripción y tratamiento tiene un consumo de fármacos según diagnostico psiquiátrico, donde a través del proceso se percibe el mal uso y consumo inadecuado de los mismos, esto se debe al micro tráfico de fármacos que

permite al consumo a personal no diagnosticado, estos resultados y análisis nos llevaron a lograr el cumplimiento de nuestro objetivo general.

*Tabla 4. De Frecuencia II. Índices de Salud*

ITEMS	REGULA R	BUENA	EXCELEN TE
En general, diría que su salud es	1	5	2
en general ¿Cuánto dolor físico ha padecido usted durante las últimas cuatro semanas?	2	2	4
Durante las pasadas cuatro semanas ¿en qué medida el dolor ha dificultado su trabajo o labor normal-cotidiana?	3	3	2
cuanto tiempo durante las últimas cuatro semanas ha limitado su salud física o problemas emocionales sus actividades sociales habituales.	4	2	2



*Grafico 2. Índices de Salud*

### **Análisis de Resultados**

En la presente grafica se muestra los índices de salud física y salud mental de los adultos jóvenes recluidos en el Centro Penitenciario Y Carcelario INPEC diagnosticados como drogodependientes. Especificando por medio del cuestionario MOS-SF-35 la calidad en las áreas de la salud en general, entendida esta como un equilibrio biopsicosocial de la persona.

Tabla 5. De Frecuencia III. Relación Entre Consumo y Conducta

	Sujeto 1	<u>Sujeto 2</u>	Sujeto 3	Sujeto 4	Sujeto 5	Sujeto 6	Sujeto 7	Sujeto 8
Cantidad	10	2	3	3	2	0	0	0
Conducta	asesinato- Hurto	Agresión- Hurto-Asesinato	Agresión-Hurto- Asesinato	Hurto	Hurto	Ninguna	Ninguna	Ninguna
Relación	1	1	1	1	1	0	0	0

Relación	Valor
----------	-------

directa	1
---------	---

indirecta	0
-----------	---

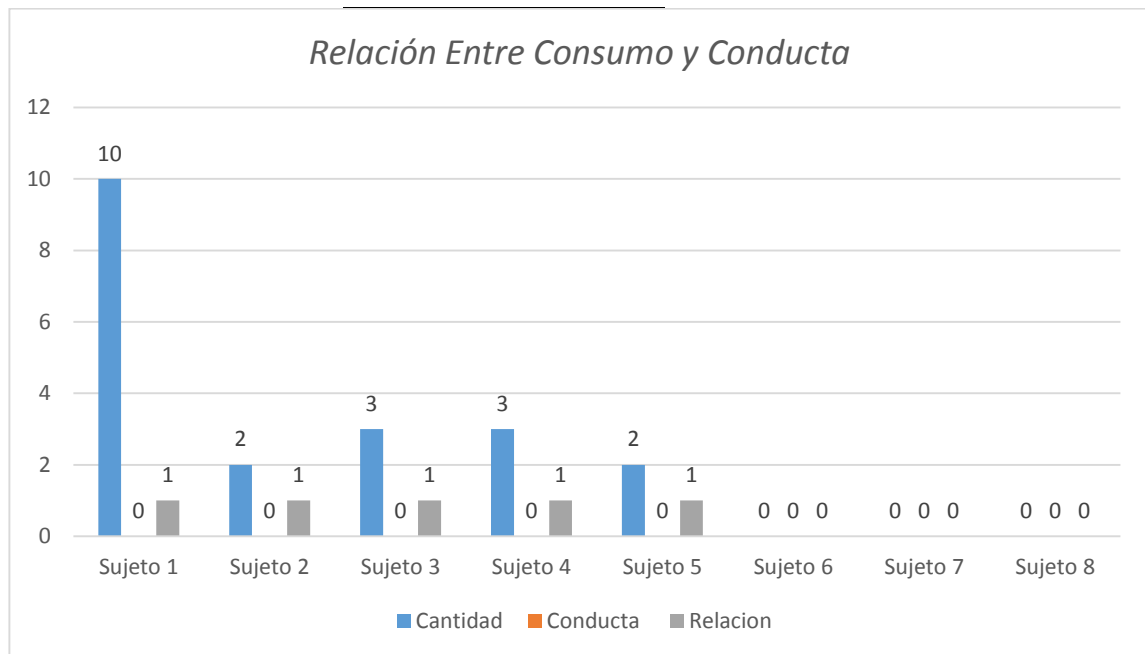


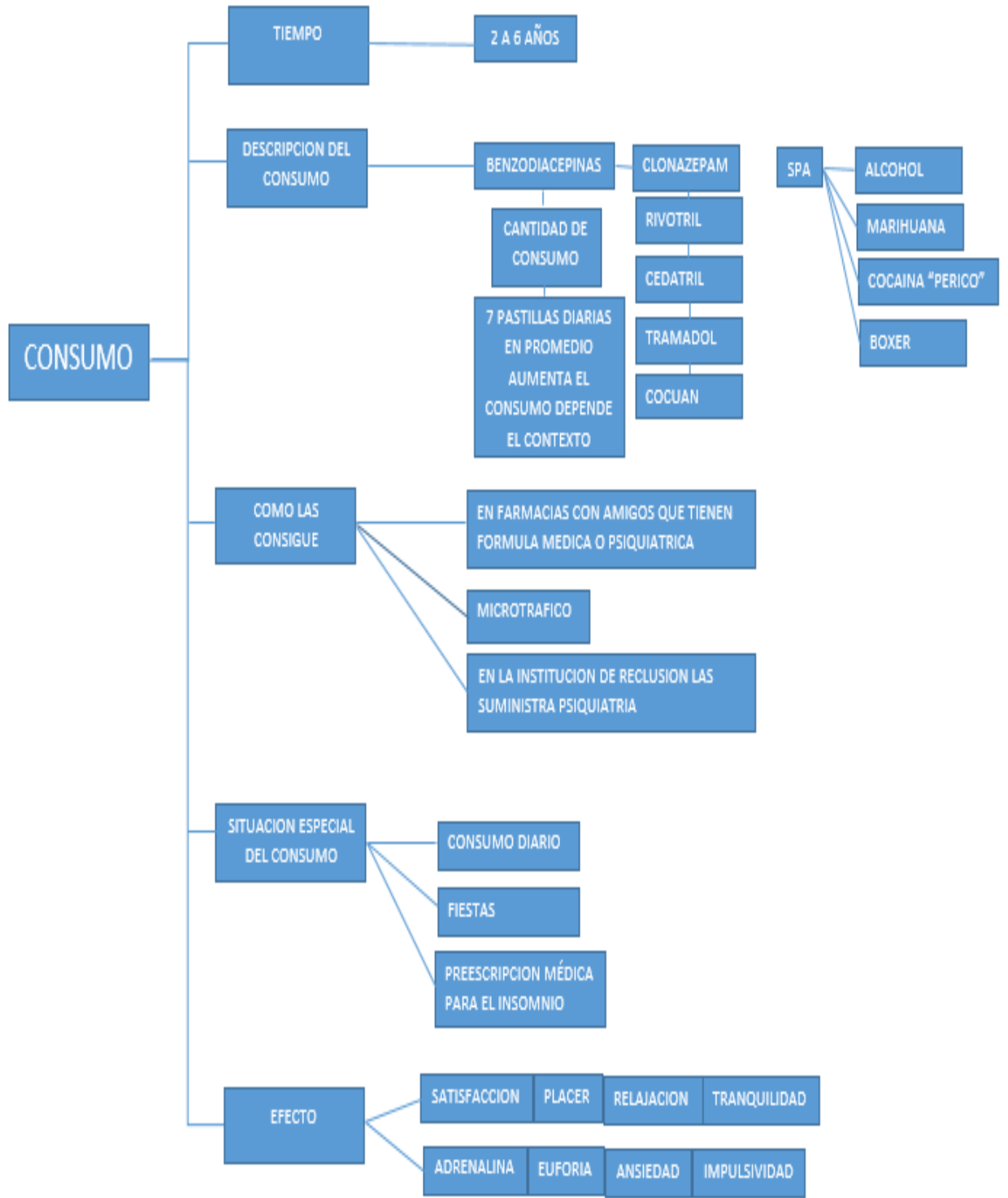
Grafico 3. Relación Entre Consumo y Conducta

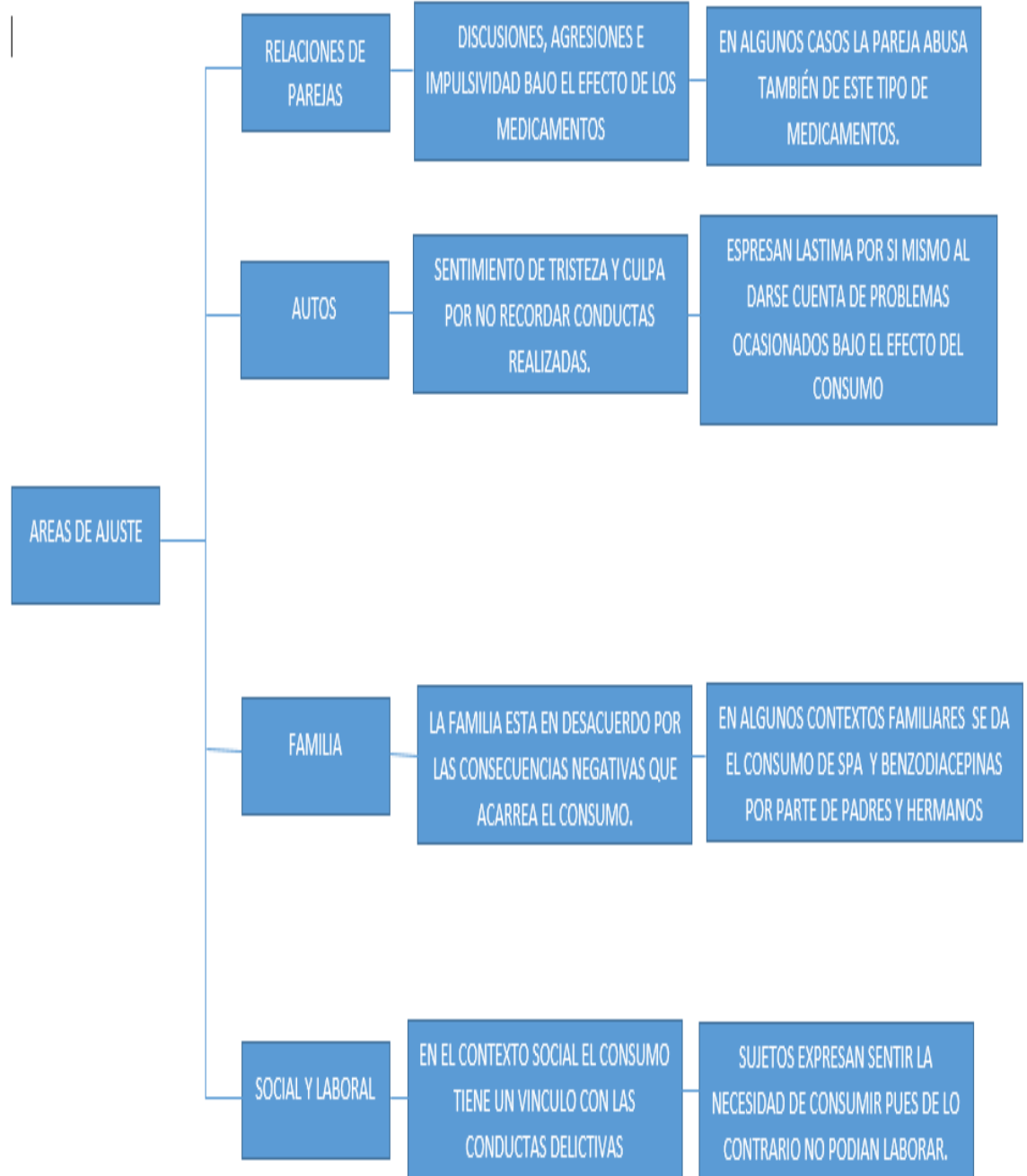
### **Análisis de Resultados**

Se logra el cumplimiento del tercer objetivo específico donde se evidencia la relación directa o indirecta del imputado diagnosticado e identificado como consumidor y la conducta delictiva donde el consumo se hace factor predisponente e importante en la comisión de la actuación, lo que justifica que la conducta humana está influenciada directamente con el estado de consciencia pleno de la persona.



**Resultados Cualitativos**





Para el análisis cualitativo de la investigación en desarrollo el cual tiene como objetivo determinar el grado de dependencia a las benzodiazepinas y su influencia en la calidad de vida de los adultos jóvenes recluidos en el centro penitenciario y carcelario-INPEC diagnosticados como drogodependientes se estructura una matriz en donde se establecen dos variables importantes a tener en cuenta la primera es el consumo, a partir de esto se estructura una serie de subcategorías en las cuales se tiene en cuenta, el tiempo, el tipo de consumo, la descripción del mismo, así como la manera en que consigue este tipo de medicamentos, si existe alguna situación en especial en que se desarrolle el consumo y sus efectos , la segunda categoría se estructura desde las áreas de ajustes en donde se describirán las características y las posturas que expresan los sujetos de estudio, los datos se obtuvieron a través de la aplicación de una entrevista semiestructurada en una muestra de 8 jóvenes recluidos en el centro penitenciario y carcelario-INPEC. A partir de los datos obtenidos se concluye que los índices de salud física y salud mental con el grado de dependencia a las benzodiazepinas tienen un vínculo estrecho debido a que el abuso de este tipo de medicamentos afecta de manera directa en la calidad de vida de los sujetos muestra de estudio.

## 10. Discusiones

En este apartado se realiza la discusión respectiva en relación a los datos obtenidos en la investigación y la teoría establecida como base para el proceso que se llevo a cabo permitiendo corroborar información.

Se da inicio en el concepto que da la OMS con respecto a las sustancias psicoactivas, conocidas más comúnmente como drogas, son sustancias que al ser tomadas pueden modificar la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento de un individuo. Los avances en la neurociencia nos han permitido conocer mucho mejor los procesos físicos mediante los que actúan estas sustancias. (Organización Mundial de la Salud, 2004). Permitiendo sustentar los resultados obtenidos en la investigación realizada con los adultos jóvenes pertenecientes al programa de prevención y promoción que se encuentran recluido en el Centro Carcelario y Penitenciario INPEC en la cual se obtuvo como resultados que el nivel de consumo de sustancias psicoactivas es bastante elevado y permite que la adicción del consumo llegue a la prueba y abuso de otros.

En este orden encontramos a Blanca Brigos, psicóloga clínica del centro de desintoxicación Instituto Hipócrates, "el factor importante para hablar de una adicción no es el tiempo que dure la toma de psicofármacos, sino la necesidad de tomar más cantidad para conseguir los mismos efectos, la incapacidad de enfrentarse a situaciones de la vida sin tomarse una pastilla, el miedo a quedarse sin ellas...". Es una adicción que afecta a tres niveles: el fisiológico, porque el cuerpo pide más dosis; el cognitivo, pues el pensamiento de la persona está centrado en conseguir o consumir las pastillas; y el conductual, porque algunas personas realizan acciones que nunca harían si no tuvieran la adicción.

Es importante determinar el grado de dependencia de cada paciente, delimitando el grado de mayor, medio y baja severidad; como criterios de severidad pueden identificarse: dosis elevadas (tres o más comprimidos diarios), mayor duración del consumo (hasta seis años en algunos casos), BZD de mayor potencia (alprazolam) o de vida media prolongada (clordiazepóxido, diazepam) y coexistencia de trastornos mentales (depresión crónica, trastornos de ansiedad severos y trastornos de la personalidad). En general, los pacientes de edad avanzada que consumen altas dosis de BZD durante años tienen mal pronóstico al plantearse un tratamiento terapéutico de desintoxicación gradual, en especial si se sospecha u objetiva algún grado de deterioro cognitivo. Según los estudios nacionales de 1992 y 1996 Scopetta (2010).

Existe consenso en cuanto a que son las benzodiacepinas los medicamentos que más sintomatología de abstinencia acarrearán y por ende las que más dependencia generan. En la población investigada cinco de cada dieciséis imputados se automedica a expensas de las benzodiacepinas y las correlaciona con el consumo de otras sustancias psicoactivas como la marihuana la cocaína e inclusive en alguno de los casos basuco, boxer e incluso alcohol usados de una manera irresponsable realizando mezclas entre ellos para lograr un mayor efecto y duración del mismo sin medir las consecuencias que esto puede acarrear para sus vidas.

Para finalizar se ve como la calidad de vida entendida esta como un equilibrio psicosocial integral del ser se afecta en su totalidad por el consumo de cualquier agente externo reactivo directamente al sistema central (psicofarmacos, benzodiacepinas), lo que hace que las personas que lo consumen de forma inadecuada presenten conductas desadaptativas para desenvolverse en los diferentes entornos, conyevando no solo a un problema médico o relacionado al área de la salud de un consultorio si no también a la salud

publica como lo afirma la OMS, (1948) “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

## 11. Conclusiones

En el desarrollo de la investigación benzodiacepinas y calidad de vida de los adultos jóvenes reclusos en el centro penitenciario y carcelario-INPEC diagnosticados como drogodependientes partiendo del objetivo general que va dirigido a determinar el grado de dependencia a las benzodiacepinas se concluye que el nivel de dependencia está estrechamente vinculado con el uso y consumo inadecuado de este tipo de medicamentos, ahora bien el primer objetivo específico encaminado hacia especificar los índices de salud física y salud mental de los adultos jóvenes reclusos en el centro penitenciario a través del cuestionario MOS-SF-35 la calidad en las áreas de la salud en general, entendida esta como un equilibrio biopsicosocial de la persona, se concluye que el consumo y abuso de ese tipo de sustancias afecta de manera directa la salud física y mental de los sujetos muestra de estudio.

Se concluye que existe una relación directa entre el consumo de sustancias psicoactivas y benzodiacepinas a la salud debido a que esta se ve demasiado afectada por el deterioro que el consumo causa en el individuo consumidos y más cuando este se hace de manera excesiva e irresponsable. Dicho deterioro se puede evidenciar por los efectos establecidos según la Organización Mundial de la Salud.

Se concluye que el consumo de benzodiacepinas influye de manera significativa en el individuo y su calidad de vida debido a la gran relación que existe entre dicho consumo y los actos delictivos que puede llegar a realizar la persona al encontrarse bajo el estado de estos medicamentos de uso psiquiátrico.

## **12. Recomendaciones**

Promover una línea de atención al usuario consumidor de benzodiazepinas, desde el ministerio de protección social que contribuya en la mitigación del consumo de este tipo de medicamentos.

Desarrollar campañas de promoción y prevención en la población en general especialmente los adolescentes y adultos jóvenes, en donde se aborde el uso adecuado de medicamentos de prescripción médica y sus efectos adversos por el abuso.

En el ámbito escolar la implementación de estrategias psicopedagógicas pueden incrementar la autoestima de los alumnos siendo esto una estrategia que contribuirá a prevenir el consumo de sustancias psicoactivas.



### 13. Referencias Bibliográficas

- Adolescentes, cada vez más, se drogan con medicamentos psiquiátricos, CARLOS F. FERNÁNDEZ / SONIA PERILLA 16 de octubre de 2011, recuperado de :  
<http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-10573014>
- Alcántara M, G, (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad Sapiens. Revista Universitaria de Investigación, vol. 9, núm. 1, junio, 2008, pp. 93-107 Universidad Pedagógica Experimental Libertador Caracas, Venezuela. Revisado en:  
<http://www.redalyc.org/pdf/410/41011135004.pdf>
- Ana López Vantour, Alina Aroche Arzuaga, Dra. Jamet Bestard Romero y Dra. Nelaines Ocaña Fontela, Uso y abuso de las benzodiacepinas, Santiago de Cuba, Cuba 2010 recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192010000400017](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000400017)
- Arnao, J., Anguera, M., & Gómez, J. (1990). Metodología de la investigación en ciencias del comportamiento. Murcia, España: Universidad de Murcia.
- Barbieri, I; Trivelloni, M; Zani, B; Palacios-Espinosa, X; (2012). Consumo de sustancias psicoactivas en los contextos recreativos entre estudiantes universitarios en Colombia. *Revista Ciencias de la Salud*, 10() 69-86. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56223337007>
- Campos, Guillermo; Covarrubias, Nallely; Martínez, Emma, 2012: “LA OBSERVACIÓN, UN MÉTODO PARA EL ESTUDIO DE LA REALIDAD”. “OBSERVATION, A METHOD FORING THE ESTUDY OF REALITY”. Xihmai, año/vol. VII, número 13 Universidad La Salle Pachuca pp. 45-60

Calderón Vallejo, G A; Castaño Pérez, G A; (2015). Consumo de tranquilizantes sin prescripción médica en estudiantes universitarios. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, () 152-162. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194238608011>

Castaño Pérez, G A; Calderón Vallejo, G A; Berbesi Fernández, D Y; (2013). Consumo de drogas emergentes en Medellín, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42() 248-256. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80629821003>

Castaño Pérez, G A; Arango Tobon, E; Morales Mesa, S; Rodríguez Bustamante, A; Montoya Montoya, C; (2012). Consumo de drogas y prácticas sexuales de los adolescentes de la ciudad de Medellín (Colombia). *Adicciones*, 24() 347-363. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28912463900>

Cinta Borrero Corte, Salamanca, 2016 Factores implicados en el desarrollo de dependencia a benzodiacepinas, recuperado de: [https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/133295/1/TFG\\_BorCorC\\_Factores.pdf](https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/133295/1/TFG_BorCorC_Factores.pdf)

Centro Can Rosselló, Medicamentos de prescripción: Abuso y adicción, 2009, Programa Internacional del Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, recuperado de: [www.centroadiccionesbarcelona.com/medicamentos-de-prescripcion-abuso-y-adiccion/](http://www.centroadiccionesbarcelona.com/medicamentos-de-prescripcion-abuso-y-adiccion/)

Conflicto con la ley en Colombia, 2009, recuperado de: [https://www.unodc.org/documents/colombia/2013/septiembre/Estudio\\_Consumo\\_Adolescentes\\_en\\_Conflicto\\_2009.pdf](https://www.unodc.org/documents/colombia/2013/septiembre/Estudio_Consumo_Adolescentes_en_Conflicto_2009.pdf)

Cortina A. El mundo de los valores: ética mínima y educación. Bogotá, D.C.: El Búho; 2000. p. 142. Recuperado de;

Dirección Nacional de Estupefacientes (DNE) y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), con el apoyo de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en Los medicamentos de prescripción: Abuso y adicción, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Institutos Nacionales de la Salud, Publicación Número 12-4881, agosto de 2001.

Recuperado de:  
[https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/prescriptiondrugs\\_rrs\\_sp\\_1.pdf](https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/prescriptiondrugs_rrs_sp_1.pdf)

Espinosa, O, F, (2014). APROXIMACION TEORICA AL CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA. Entre las condiciones objetivas externas y la evaluación subjetiva de los individuos. Revista de Antropología Experimental nº 14, 2014. Texto 23: 331-347. Universidad de Jaén. Madrid, España. Revisado en: <http://revista.ujaen.es/huesped/rae/articulos2014/23espinosa14.pdf>

Gage s, bégaud b, bazin f, verdoux h, dartigues jf, pérès k, kurth t, 2012, uso de benzodiacepinas y riesgo de demencia: estudio prospectivo basado en la población. Investigación en ingles realizada en Francia, traducido por Emilio Pol Yanguas recuperado de: <http://www.bmj.com/content/345/bmj.e6231>)

Gómez-Vela, María; Sabeh, Eliana N, (s,f). CALIDAD DE VIDA. EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO Y SU INFLUENCIA EN LA INVESTIGACIÓN Y LA PRÁCTICA Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología,

Universidad de Salamanca. Madrid, España. Revisado en:  
<http://inico.usal.es/publicaciones/pdf/calidad.pdf>

Gómez san Luis, a h; Almanza Avendaño, a m; (2017). Benzodiacepinas: narrativas de adicción y recuperación de una anesthesióloga. *Salud y drogas*, 17() 133-144. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83949782013>

Hernández M, Sánchez D, Cañón Y, Rojas J, León Ad, Santos M, (s.f.). Factores de riesgo psicosociales que inciden en el consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes, Fundación Universitaria del Área Andina, sede Bogotá, Colombia. Revisado en: <file:///D:/Downloads/370-383-1-PB.pdf>

Hernández S, R, Fernandez C, C, Baptista L, P, (2010). Metodología de la investigación, quinta edición, McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V. Mexico, Distrito Capital.

Jeremías C, Sánchez E, Ruiz I, Galván J, Roquer M y Zayas P, (2014). Uso y abuso de los ansiolíticos y antidepresivos. Universidad de Barcelona. Madrid, España. Revisado en:  
[http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/114220/2/TREBALL\\_ANSIOL%C3%8DTICS.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/114220/2/TREBALL_ANSIOL%C3%8DTICS.pdf)

Ley 1616.salud mental. Constitución política de Colombia.2013 recuperado de :  
<http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>

Ley 1090. Código Deontológico y Bioético de la profesión del psicólogo. Recuperado de:  
<http://www.sociedadescientificas.com/userfiles/file/LEYES/1090%2006.pdf>

- Liebrenz, M., Gehring, M.T., Buadze, A., & Caflisch, C. (2015). High-dose benzodiazepine dependence: a qualitative study of patients' perception on cessation and withdrawal. *BMC Psychiatry*, 15, 116- 128. doi: 10.1186/s12888-015-0493-y
- López, A; Aroche, A; Bestard, J; Ocaña, N. (junio 2010). Uso y abuso de los benzodiazepinas. *Medizan*. 14 (4). Recuperado el día 02 de Agosto de 2017, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192010000400017](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000400017).
- Luis Sandí, Alicia Díaz A, Consumo de Benzodiazepinas en adolescentes costarricenses, *farmacos* vol. 9; n° 1: (31-7); 1996, recuperado de: <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/Benzodiazepinas.htm>
- López Pinedo, M; (2012). Influencia del consumo de drogas en los estudiantes universitarios. *Revista Estomatológica Herediana*, 22() 247-256. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=421539373010>
- Martínez C, P, C, (2006). El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica *Pensamiento & Gestión*, núm. 20, julio, pp. 165-193. Universidad del Norte Barranquilla, Colombia. Revisado en: <http://www.redalyc.org/pdf/646/64602005.pdf>
- Martínez T, Rodríguez O, Ortiz F, Duarte A, (2016). Factores Psicosociales Asociados Al Consumo De Sustancias Psicoactivas En Jóvenes De 8° A 11° De Una Comunidad Educativa. Diplomado De Desarrollo Humano Y Familia, Universidad Nacional Abierta Y A Distancia Unad Urd Cucuta, Norte de Santander, Colombia. Revisado en:

<http://stadium.unad.edu.co/preview/UNAD.php?url=/bitstream/10596/8630/1/1091660374.pdf>

Minaya O., Ugalde O. & Fresán A. (2009). Uso inapropiado de fármacos de prescripción: dependencia a benzodiazepinas en adultos mayores. *Salud Mental*. 32, 405-411.

Ministerio de salud y protección social, sobre la salud mental, sus trastornos y estigma, 2014 Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abc-salud-mental.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (Mayo 2010). Medicamentos: Uso racional de los medicamentos. Washington: OMS. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs338/es/index.html>

Organización Mundial de la Salud- OMS. (2004): Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Recuperado el día 27 de julio de 2017, de <http://bit.ly/1pZW8Mp>

*Observatorio de Drogas de Colombia -ODC*. (2017). Sustancias Psicoactivas. Recuperado el día 2 de agosto de 2017, de <http://www.odc.gov.co/problematika-drogas/consumo-drogas/sustancias-psicoactivas>

*Observatorio de Drogas de Colombia -ODC*. (2013). Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. Recuperado el día 30 de julio de 2017, de [https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio\\_de\\_Consumo\\_UNODC.pdf](https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf)

Ortega, Y; Hernández, A; Arévalo, A; Díaz, A y Torres, Z. (octubre 2015). Causas y Consecuencias del Consumo de Sustancias Psicoactivas en Adolescentes con

Ambientes de Vulnerabilidad Familiar y Contextos Sociales Conflictivos.

*Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD*. Recuperado el día 26 de Julio

de 2017, de

<http://stadium.unad.edu.co/preview/UNAD.php?url=/bitstream/10596/3691/3/57>

[298094.pdf](#)

Páramo M, (2011). Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia:

Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. Universidad del

Aconcagua, Argentina, Buenos Aires. Revisado en:

[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-)

[48082011000100009](#)

Pérez Porto Julián y Merino María. (2010-2014). Definicion.de: Definición de adicción.

Recuperado de: <http://definicion.de/adiccion/>

Roncancio Bedoya, F. A. & Londoño Vásquez, D. A. (2015). Proceso de paz colombiano

en prensa y revistas: un análisis desde la aproximación histórica discursiva y la

argumentación pragmadialéctica. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*,

44, 152-162. Recuperado de

<http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/621/1156>

Resolución Nro. 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas

y administrativas para la investigación en salud. Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RE>

[SOLUCION-8430-DE-1993.PDF](#)

Rubio González, V; Redondo Martín, S; López del Prado, G R; Muñoz Moreno, M F; Velázquez Miranda, A; (2016). URGENCIAS HOSPITALARIAS ASOCIADAS AL CONSUMO DE HIPNÓTICOS Y SEDANTES, CASTILLA Y LEÓN, 2009-2013. *Revista Española de Salud Pública*, 90() 1-12. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17043728053>

Salud mental: un estado de bienestar. Organización mundial de la salud. 2013 recuperado de: [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)

Salud mental, psicoral, importancia de la salud mental, 2010 Recuperado de: <http://www.psicoral.es/salud-mental/>

Salas z1 C, Garzón O María, (2012). La noción de calidad de vida y su medición The concept of quality of life and measurement | A noção de qualidade de vida e sua medição. Gerente de Sistemas de Información en Salud. Magister en Epidemiología. Investigadora Centro de Excelencia en Investigación en Salud Mental. Universidad CES. E-mail: csalas@ces.edu.co 2 Administradora en Salud: Gestión Sanitaria y Ambiental. Magister en Epidemiología. Docente Investigadora - Facultad de Medicina Universidad CES. Revisado en: <file:///D:/Downloads/2751-12534-1-PB.pdf>

Scoppetta, O. (2010). El consumo de Drogas en Colombia: Características y Tendencias. *Observatorio de Drogas de Colombia –ODC*. Recuperado el día 1 de agosto de 2017, de <https://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO03102010-consumo-drogas-colombia-caracteristicas-tendencias-.pdf>

Stager MM. (2011). Substance abuse. En: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF. *Textbook of Pediatrics*. 19th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier.



Tobón M., F Á; (2005). La salud mental: una visión acerca de su atención integral. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 23() Recuperado de <http://oai.redalyc.org/articulo.oa?id=12023113>

Yates K., T; Catril M., P; (2009). Tendencias en la utilización de benzodiazepinas en farmacia privada. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 47() 9-15. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33152771500>

Alcántara M, G, (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad Sapiens. *Revista Universitaria de Investigación*, vol. 9, núm. 1, junio, 2008, pp. 93-107. Universidad Pedagógica Experimental Libertador Caracas, Venezuela. Revisado en: <http://www.redalyc.org/pdf/410/41011135004.pdf>

## ANEXOS

### *Apéndice A. Consentimiento Informado*

#### FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Yo \_\_\_\_\_, mayor de edad, identificada/o con cc. \_\_\_\_\_, actuando en nombre propio declaro que he sido informada/o que la investigación titulada “**Benzodiazepinas Y Calidad De Vida De Los Adultos Jóvenes Recluidos En El Centro Penitenciario Y Carcelario-Inpec Diagnosticados Como Drogodependientes.**” tiene como objetivo Determinar el grado de dependencia a las benzodiazepinas de los adultos jóvenes recluidos en el centro penitenciario y carcelario-Inpec diagnosticados como drogodependientes a través de una investigación de corte mixto ., con el uso de la observación No participante, Entrevista Semiestructurada, grupo Focal, prueba de Calidad de Vida y Escala de Severidad.

Los investigadores me han explicado que seré participe en una serie de preguntas en la entrevista semiestructurada. La entrevista consta de aproximadamente 45 minutos.

También he sido informado que esta participación no tiene carácter terapéutico.

La investigadora ha respondido a las preguntas que le he formulado de manera comprensible para mí.

También me han informado de mi derecho a rechazar la entrevista.

Seré informada/o de los resultados finales de la investigación. Para cualquier aclaración o información adicional me podré comunicar con los investigadores del estudio, Yarithza Juliana Arenas Rivera y Jurgen Roldan Ravelo Moreno

Por tanto, consiento participar libre y voluntariamente de la entrevista.

En Pamplona, a los \_\_\_\_\_ días del mes \_\_\_\_\_ de 2017

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PARTICIPANTE  
C.C

\_\_\_\_\_  
FIRMA INVESTIGADOR  
C.C

\_\_\_\_\_  
INVESTIGADOR  
C.C

## Apéndice B. Cuestionario Sociodemográfico

**Cuestionario sobre Datos Sociodemográficos y Clínicos**

Ciudad: \_\_\_\_\_ Fecha de la Evaluación: \_\_\_\_\_  
 Estrato: \_\_\_\_\_ Nivel de Escolaridad: \_\_\_\_\_ Procedencia: \_\_\_\_\_  
 Religión: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: Año \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_  
 Lateralidad \_\_\_\_\_  
 Nombre del Examinado \_\_\_\_\_  
 Nombre del Examinador \_\_\_\_\_

**Instrucciones**

Le presentamos a continuación algunas preguntas sobre su situación social y sanitaria. Por favor, responda con la mayor sinceridad posible, señalando con una equis (X) la opción que más se aproxime a su situación real.

Recuerde que no existen respuestas correctas o incorrectas y que los datos son confidenciales.

¿Cuál es su estado civil actual?

(1) soltero/a	(2) casado/a	(3) pareja de hecho	(4) separad o/a de hecho o de derecho	(5) divorciado/a (con sentencia)	(6) viudo/a	
---------------	--------------	---------------------	---------------------------------------	----------------------------------	-------------	--

¿Dónde vive actualmente?

(1) en casa o apto	(2) en la calle o albergues	(3) en pensiones	(4) en Centros Penitenciarios	
(5) otros: (especificar)			(6) no sabe /no contesta	

¿Con quién ha compartido durante los 3 últimos meses? (Puede señalar más de una opción)

(1) sólo	(2) cónyuge o pareja	(3) familia propia (hijos)	(4) familia origen (padres, hermanos...)	(5) amigos (compañeros de apto)
(6) Institución: (especificar)		(7) otros: (especificar)		(8) no contesta

Aproximadamente, ¿De cuánto dinero dispone al mes para cubrir sus necesidades?

(1) Un salario minimo	(2) entre 2 y 3 salarios minimos.	(3) menos del salario minimo.	(4) Nada	(5) no contesta
-----------------------	-----------------------------------	-------------------------------	----------	-----------------

¿Qué nivel de estudios ha alcanzado? (Señalar los últimos estudios ya finalizados)

(1) no sabe leer ni escribir	(2) no aprobó estudios primarios (5°)	(3) estudios primarios aprobados (5°)	(4) Bachillerato No aprobado	(5) Bachillerato aprobado
------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	------------------------------	---------------------------

(6) Estudios Universitarios aprobados	(7) Estudios Universitarios no aprobados	(8) Otros títulos superiores universitarios	(9) no contesta
---------------------------------------	--	---	-----------------

¿Cuál es en la actualidad su situación legal?

(1) sin incidencias legales	(2) en espera de juicio	(3) en libertad provisional	(4) en busca y captura	(5) en cumplimiento alternativo
(6) con remisión o suspensión temporal de la pena		(7) en libertad condicional	(8) otros: (especificar)	(9) ns/nc

¿Qué enfermedades diagnosticadas le han informado que tiene actualmente?  
(Puede señalar más de 1 opción)

(1) ninguna	(2) Hepatitis B	(3) Hepatitis C	(4) Tuberculosis	(5) VIH
(6) otras: (especificar)				(7) ns/nc

¿Está tomando medicación para el tratamiento de esas enfermedades? (Puede señalar más de 1 opción)

(1) No, ninguna	(2) Sí, para el VIH	(3) Sí, para la tuberculosis	(4) Sí, para el hígado	(5) otros: (especificar)	(6) ns/nc
-----------------	---------------------	------------------------------	------------------------	--------------------------	-----------

¿Cuánto tiempo lleva con medicación para esas enfermedades? (señalar el tratamiento de más larga duración)

(1) No tomo medicación	(2) menos de un mes	(3) entre 1 y 3 meses	(4) entre 3 y 6 meses	(5) entre 6 meses y 1 año
(6) entre 1 y 2 años		(7) entre 2 y 5 años	(8) más de 5 años	(9) ns/nc

¿Ha experimentado alguna de las siguientes alteraciones o trastornos leves de conducta durante los últimos 3 meses? (Puede señalar más de 1 opción)

(1) ninguno	(2) ansiedad	(3) depression	(4) irritabilidad	(5) problemas para dormir	(6) problemas con la alimentación
-------------	--------------	----------------	-------------------	---------------------------	-----------------------------------

(7) angustia o pánico	(8) otros. Especificar:	(9) ns/nc
-----------------------	-------------------------	-----------

¿ Ha estado tomando durante los últimos 3 meses fármacos para algunos de esos trastornos o por alguna otra razón?

- No  
 Sí: Indique el tipo de fármacos. (Puede señalar más de 1 opción)

(1) benzodiacepinas (tranquilizantes, relajantes, sedantes, pastillas para dormir, ...)	(2) antidepresivos	(3) antiepilépticos
(4) anfetaminas (estimulantes, pastillas para adelgazar, ...)	(5) antipsicóticos	(6) otros: (especificar)
		(7) ns/nc

Si ha respondido negativamente, salte a la siguiente página

Si ha respondido afirmativamente a la opción benzodiacepinas CONTINÚE...

¿Qué tranquilizantes, sedantes o pastillas toma en este momento? Señale el nombre comercial, los miligramos que se indican en el envase, el nº de comprimidos que toma cada día y desde hace cuánto tiempo los toma (en años y meses ).

Nombre Comercial (o genérico)	MG	Nº de pastillas (día y/o noche)	Duración (aproximada) Años Meses
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7. Ns /nc			

¿Quién le ha recetado durante los últimos 3 meses sus tranquilizantes, sedantes o pastillas? (Puede valer más de una opción)

(1) Médico de Cabecera	(2) Psiquiatra	(3) Médico del Centro	(4) Otro especialista (especificar)
(5) Ninguno	(6) ns / nc		

Durante los 3 últimos meses, ¿Cuál ha sido el motivo principal para tomar sus tranquilizantes, sedantes o pastillas? (Puede señalar más de una opción)

(1) Ansiedad	(2) Depresión	(3) Insomnio	(4) Irritabilidad
(5) Pasar un síndrome de abstinencia	(6) Evitar ganas o deseo de consumir drogas	(7) Otros (especificar)	(8) ns / nc

*Apéndice C. Entrevista Semiestructurada***ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA**

*Ciudad:* \_\_\_\_\_ *Fecha de la Entrevista:* \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ *Lugar de la Entrevista:* \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
*Estrato:* \_\_\_\_\_ *Edad:* \_\_\_\_\_ *Sexo:* \_\_\_\_\_  
*Nivel de Escolaridad:* \_\_\_\_\_  
*Procedencia:* \_\_\_\_\_ *Estado*  
*Civil:* \_\_\_\_\_ *Religión:* \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:**

A continuación, encontrará una serie de ítems relacionados con la investigación “Benzodiazepinas Y Calidad De Vida De Los Adultos Jóvenes Recluidos En El Centro Penitenciario Y Carcelario-Inpec , Diagnosticados Como Drogodependientes” a la cual Usted de forma voluntaria aceptó y dio su consentimiento para ser partícipe. Agradezco de antemano su apoyo al proceso y la sinceridad al momento de responder cada una de las preguntas con el fin de garantizar la correcta recolección de la información en la presente investigación.

1 ¿Hace cuánto tiempo comenzó a consumir benzodiazepinas?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

2 ¿Cuál fue el detonante que lo llevo a consumir los medicamentos?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

3 ¿Qué tipo de benzodiazepinas consume?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

4 ¿consume más sustancias psicoactivas aparte de los medicamentos psiquiátricos?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

5 ¿Cuándo se encuentra bajo el efecto de las benzodiazepinas suele mezclarlo con otras sustancias psicoactivas?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

6 ¿usted tiene conocimiento que ese medicamento solo se puede conseguir bajo prescripción médica?

---

---

---

7 ¿Cómo hace para conseguir las benzodiazepinas?

---

---

---

8 ¿Usa las benzodiazepinas en alguna situación en especial?

---

---

---

9 ¿Qué siente cuando está bajo el efecto de estos medicamentos?

---

---

---

11 ¿Qué siente cuando le pasa el efecto de las benzodiazepinas?

---

---

---

12 ¿alguna vez ha pensado en la posibilidad de dejarlas de consumir?

---

---

---

13 ¿Su familia es consciente de la adicción que usted presenta frente al consumo de estas sustancias?

---

---

---

14 ¿Qué piensa su familia con respecto al consumo de las benzodiazepinas?

---

---

---

15 ¿Algún familiar presenta adicción a algún medicamento psiquiátrico o sustancia psicoactiva?

---

---



---

---

16 ¿Cómo consigue el dinero para comprar las benzodiazepinas y las sustancias psicoactivas?

---

---

---

---

---

17 ¿hasta qué punto ha llegado encontrándose bajo el estado de los medicamentos (¿Situaciones que le hayan afectado su vida o la vida de terceros?

---

---

---

---

---

18 ¿Cuántas pastillas consume cuando lo hace? ¿Con que frecuencia lo hace?

---

---

---

---

---

19 ¿Cuánto tiempo le dura el efecto de las benzodiazepinas?

---

---

---

---

---

20 ¿Su vida social se ha visto afectada por el consumo de las pastillas?

---

---

---

---

---

21 ¿su grupo de amigos también es consumidor? ¿y de qué tipo de sustancias?

---

---

---

---

---

22 ¿Cómo se siente emocionalmente cuando sale del efecto de las PSA?

---

---

---

---

---

23 ¿cuantas veces presento comportamientos agresivos con sus familiares, amigos y novia al estar bajo el efecto de las benzodiazepinas?

---

---

---

---

---

24 ¿cree usted que en la droga encontro un refugio a las situaciones dificiles que se le presentaban?

---

---

---

25 ¿como se ha visto afectado su proyecto de vida por el consumo de las sustancias psicoactivas?

---

---

---

26 ¿El mantenerse en actividad constante llámese estudio o trabajo lo hace olvidarse de las benzodiazepinas o de lo contrario se siente ansioso por consumirlas?

---

---

---

27 ¿Considera que necesita de las benzodiazepinas para mantenerse activo?

---

---

---

28 ¿Considera que interfieren en su trabajo?

---

---

---

29 Si trabaja, ¿Consume sustancias benzodiazepinas mientras labora?

---

---

---

30 ¿considera usted que la adiccion a las benzodiazepinas le ha traido problemas en sus relaciones interpersonales? ¿cuales?

---

---

---

31 ¿Siente ansiedad de consumir las benzodiazepinas para mantenerse despierto y rendir en el evento de que tenga que estudiar?

---

---

---

32 Como considera su rendimiento academico cuando se encuentra bajo el efecto de las benzodiazepinas y después del mismo.

---

---

---

---

33 ¿Cómo es su relación con su familia y pareja durante el efecto de las benzodiazepinas?

---

---

---

---

---

34 ¿Si después del consumo de las benzodiazepinas recuerda y se da cuenta que los comportamientos no son adecuados que reacción emocional toma?

---

---

---

---

---

35 ¿Después del efecto de las benzodiazepinas recuerda sus emociones, actitudes y comportamientos durante el efecto de las benzodiazepinas?

---

---

---

---

*Apéndice D. Escala de Severidad***II. Escala de Severidad de la Dependencia a Benzodiacepinas SDS)**

(Severity of Dependence Scale. Gossop et al., 1995; De las Cuevas et al., 2000)

Ciudad: \_\_\_\_\_ Fecha de la Evaluación: \_\_\_\_\_ Estrato:

\_\_\_\_\_  
Nivel de Escolaridad: \_\_\_\_\_ Procedencia: \_\_\_\_\_

Religión: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: Año \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_

Lateralidad \_\_\_\_\_

Nombre del Examinado \_\_\_\_\_

Nombre del Examinador \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES**

Las siguientes preguntas se refieren a su experiencia con el uso de tranquilizantes, sedantes o pastillas.

Por favor, señale la respuesta que mejor refleje su experiencia.

¿Ha pensado en alguna ocasión que no podía controlar su consumo de tranquilizantes, sedantes o pastillas?

- Nunca o casi nunca
- Algunas veces
- Con frecuencia
- Siempre o casi siempre

¿Le ha preocupado o angustiado la posibilidad de no disponer de sus tranquilizantes, sedantes o pastillas?

- Nunca o casi nunca
- Algunas veces
- Con frecuencia
- Siempre o casi siempre

¿Se ha sentido preocupado por su consumo de tranquilizantes, sedantes o pastillas para dormir?

- Nada en absoluto
- Un poco
- Bastante
- Mucho

¿Ha deseado poder dejar de tomar sus tranquilizantes, sedantes o pastillas?

- Nunca o casi nunca
- Algunas veces
- Con frecuencia
- Siempre o casi siempre

¿Hasta qué punto le parece difícil el dejar o estar sin sus tranquilizantes, sedantes o pastillas?

- No me parece difícil
- Bastante difícil
- Muy difícil
- Imposible

Apéndice E. Cuestionario de Calidad de Vida

**Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con la Salud. MOS-SF-35**

Wu et al. (1991); Ware y Sherbourne (1992). Traducido y adaptado por Basabe et al. (1996)

Ciudad: \_\_\_\_\_ Fecha de la Evaluación: \_\_\_\_\_  
 Estrato: \_\_\_\_\_ Nivel de Escolaridad: \_\_\_\_\_ Procedencia: \_\_\_\_\_  
 Religión: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: Año \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Lateralidad \_\_\_\_\_  
 Nombre del Examinado \_\_\_\_\_  
 Nombre del Examinador \_\_\_\_\_

**Instrucciones**

Por favor, responda a las siguientes preguntas marcando con una señal el recuadro correspondiente:

<b>Pregunta</b>	<b>Exce lente</b>	<b>Muy Buena</b>	<b>Buena</b>	<b>Regular</b>	<b>Mala</b>	
1.- En general, diría que su salud es:						
<b>Pregunta</b>	<b>N ada</b>	<b>Muy ligero</b>	<b>Liger o</b>	<b>Moderado</b>	<b>Fuerte</b>	<b>Muy fuerte</b>
2.- En general, ¿cuánto dolor físico ha padecido usted durante las últimas cuatro semanas?						
<b>Pregunta</b>	<b>E n absolut o</b>	<b>Un poco</b>	<b>Moderadament e</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>	
3.- Durante las pasadas cuatro semanas ¿en qué medida el dolor ha dificultado su trabajo o labor normal-cotidiana? (esto incluye tanto el trabajo fuera de casa como el trabajo realizado dentro de la casa)						

4.- Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted puede llevar a cabo durante un día normal en su vida. ¿En la actualidad le limita su salud el poder llevar a cabo estas actividades? Si es así, ¿cuánto? Marque un apartado en cada línea

<b>Preguntas</b>	<b>SI me limita mucho</b>	<b>SI me limita un poco</b>	<b>NO me limita en absoluto</b>
a) El tipo o cantidad de actividades enérgicas que puede hacer, tales como levantar objetos pesados, correr, o participar en deportes agotadores			
b) El tipo o cantidad de actividades moderadas que puede hacer tales como mover una mesa, llevar la compra o caminar más de una hora			
c) Subir cuestras o varios pisos por las escaleras			
d) Inclinar, levantar algo, o agacharse			
e) Andar una manzana o bloque de casas (varios centenares de metros)			
f) Comer, vestirse, bañarse o utilizar el servicio por sí mismo			

En cada una de las siguientes preguntas por favor señale aquella respuesta, (una sola), que mas próxima se encuentre a como usted se ha sentido durante las ultimas cuatro semanas

<b>Pregunta</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Por que</b>
5.- ¿Le impide su salud trabajar, hacer sus labores/trabajar en casa, o ir al colegio? ¿Ha reducido el tiempo dedicado a estas tareas o hizo menos de lo que hubiera querido hacer?			
6.- ¿Ha sido usted incapaz debido a su salud de realizar cierto tipo o cantidad de trabajo, labores domésticas, o tareas académicas?			

<b>Pregunta</b>	<b>Todo el tiempo</b>	<b>La mayor parte del tiempo</b>	<b>Una Buena parte del tiempo</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Solo algunas veces</b>	<b>Nada</b>
7.- Cuánto tiempo durante las últimas cuatro semanas ha limitado su salud física o problemas emocionales sus actividades sociales habituales (p.e. visitar a sus amigos/as, parientes cercanos o vecinos)						

8.- Cuánto tiempo durante las últimas cuatro semanas:						
<b>Preguntas</b>	<b>Todo el tiempo</b>	<b>La mayor parte del tiempo</b>	<b>Una Buena parte del tiempo</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Solo algunas veces</b>	<b>Nada</b>
a) Ha estado muy nervioso/a						
b) Se ha sentido calmado/a y tranquilo/a						
c) Se ha sentido desanimado/a y triste						
d) Se ha sentido feliz						
e) Se ha sentido tan mal que nada le podía alegrar						

9.- Durante las 4 últimas semanas cuán a menudo:						
<b>Preguntas</b>	<b>Todo el tiempo</b>	<b>La mayor parte del tiempo</b>	<b>Una Buena parte del tiempo</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Solo algunas veces</b>	<b>Nada</b>
se ha sentido lleno de vitalidad y energía						
Se ha sentido agotado						
Se ha sentido cansado						
Ha tenido la suficiente energía para hacer las cosas que quería hacer						
Se ha sentido abrumado por sus problemas de salud						
Se ha sentido descorazonado por sus problemas de salud						
Ha sentido desesperación por sus problemas de salud Tuvo miedo debido a su salud						



En cada una de las siguientes preguntas, por favor señale aquella respuesta (una sola), que más próxima se encuentre a como usted se ha sentido durante las últimas cuatro semanas

10.- Durante las 4 últimas semanas cuánto tiempo..						
<b>Preguntas</b>	<b>Todo el tiempo</b>	<b>La mayor parte del tiempo</b>	<b>Una Buena parte del tiempo</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Solo algunas veces</b>	<b>Nada</b>
Ha tenido dificultades en razonar y resolver problemas (p.e. hacer planes, tomar decisiones, aprender cosas nuevas)						
Se ha olvidado de cosas que han ocurrido recientemente. Por ejemplo, el lugar donde deja las cosas o sus citas						
Ha tenido problemas para mantener fija su atención en una actividad durante un largo periodo de tiempo						
Ha tenido problemas realizando actividades que implican concentración y pensar						

11.- Por favor, marque la respuesta que mejor describa si cada una de las siguientes afirmaciones son verdaderas (ciertas) o falsas

<b>Preguntas</b>	<b>Totalmente Cierto</b>	<b>Mayormente Cierto</b>	<b>No se</b>	<b>Mayormente Falso</b>	<b>Totalmente Falso</b>
Estoy algo enfermo/a					
Estoy tan saludable como cualquier otra persona que conozco					
Mi salud es excelente					
Ultimamente me he sentido mal. Creo que mi salud va a empeorar					

<b>Pregunta</b>	<b>Muy bien, no podrian ir mejor</b>	<b>Bastante bien</b>	<b>Ha habido tanta cosas buenas como malas</b>	<b>Bastante mal</b>	<b>Solo algunas veces</b>	<b>Muy mal, no podrian ir peor</b>
12.- ¿Cómo ha sido la calidad de su vida durante las cuatro últimas semanas? Es decir, ¿cómo le han ido las cosas durante estas últimas cuatro semanas?						

<b>Pregunta</b>	<b>Mejor</b>	<b>Algo mejor</b>	<b>Mas o menos igual</b>	<b>Algo peor</b>	<b>Mucho peor</b>
13.- ¿Cómo evaluaría su salud física y condición emocional ahora en comparación a cómo eran hace cuatro semanas?					