

BF 724.3
A34D8



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
POSTGRADO DE PSIQUIATRÍA

AGRESIVIDAD Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN
ADOLESCENTES DE LA PARROQUIA ANTONIO SPINETTI DINI.
MERIDA. 2007

www.bdigital.ula.ve

TRABAJO ESPECIAL DE GRADO COMO REQUISITO PARCIAL PARA OPTAR
AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

AUTORA Dubrazka Duque González
Residente de III año del Postgrado de
Psiquiatría
Facultad de Medicina, ULA

TUTORA Dra. Yamily El Fakih
Especialista en Psiquiatría y
Psiquiatría Infanto Juvenil,
Doctora en Ciencias Médicas

ASESORES Dr. Trino Batista Troconis
Especialista en Psiquiatría
Doctor en Ciencias Médicas

Dr. Rubén Castellano González
Especialista en Psiquiatría
Doctor en Neurociencias

MÉRIDA, VENEZUELA

DOTACION

SERBIULA
Tulio Febres Cordero

C.C.Reconocimiento

“Cuando bordeamos un abismo
y la noche es tenebrosa,
el jinete sabio suelta las riendas
y se entrega al instinto del caballo”.

Armando Palacios Valdés

www.bdigital.ula.ve

C.C.Reconocimiento

AGRADECIMIENTO

A todas las personas que de una u otra forma
contribuyeron en la elaboración de este trabajo:

Al personal docente, administrativo y alumnado de los
Institutos Educativos de la Parroquia Antonio Spinetti
Dini.

A todo el personal del postgrado de Psiquiatría de la
Universidad de los Andes

www.bdigitalula.ve

A la Dra. Yamili El Fakih

Al Dr. Trino Batista

Al Dr. Rubén Castellano

Al Ing. Roberto Duque

A Josefa, Andrea, Giomar, José Luis y Alfredo

A mi familia

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	
EL PROBLEMA	3
Planteamiento del Problema.....	3
Formulación del Problema.....	4
Objetivos.....	6
CAPÍTULO II	
MARCO REFERENCIAL	8
Marco Conceptual.....	8
Marco de Antecedentes.....	13
Marco Teórico.....	17
CAPÍTULO III	
MARCO METODOLÓGICO	26
Diseño de la investigación e hipótesis.....	26
Criterios y variables.....	27
Procedimiento.....	27
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS	29
Descripción.....	29
Discusión.....	42
CAPÍTULO V	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	48
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
APÉNDICES	55

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1

Distribución porcentual de características demográficas y antecedentes psiquiátricos de adolescentes entre 14 y 16 Años de Institutos Educativos de la Parroquia Antonio Spinetti Dini, Mérida, 2007..... 29

Tabla N° 2

Distribución según edad de adolescentes entre 14 y 16 años de Institutos Educativos de la Parroquia Antonio Spinetti Dini, Mérida, 2007..... 30

Tabla N° 3

Distribución porcentual de adolescentes entre 14 y 16 años de Institutos Educativos de la Parroquia Antonio Spinetti Dini según estrato socioeconómico, Mérida, 200..... 30

Tabla N° 4

Valores absolutas y porcentuales de adolescentes entre 14 y 16 años de Institutos Educativos de la Parroquia Antonio Spinetti Dini según edad de inicio del uso de tabaco, chimó y alcohol, Mérida, 2007..... 31

Tabla N° 5.

Valores absolutos y porcentuales de adolescentes entre 14 y 16 años de Institutos Educativos de la Parroquia Antonio Spinetti Dini según edad de inicio de otras drogas, Mérida 2007..... 32

Tabla N° 6

Valores absolutos y porcentuales de adolescentes entre 14 y 16 años de Institutos Educativos de la Parroquia Antonio Spinetti Dini según sustancia consumida y tipo de consumo, Mérida, 2007..... 34

Tabla N° 7

Valores absolutos y porcentuales de adolescentes entre 14 y 16 años de los Institutos Educativos de la Parroquia Antonio Spinetti Dini según abuso y dependencia a otras drogas. Mérida, 2007..... 35

Tabla N° 8

Agresividad según puntaje..... 35

Tabla N° 9

Valores absolutos y porcentuales de agresividad de adolescentes entre 14 y 16 años de los Institutos Educativos de la Parroquia Antonio Spinetti Dini, Mérida, 2007..... 36

Tabla N° 10

Valores absolutos y porcentuales de agresividad de los adolescentes entre 14 y 16 años de las Instituciones Gustavo Garrido y Carlos Emilio Muñoz Oraá, Mérida, 2007..... 36

Tabla N° 11

Valores absolutos y porcentuales de agresividad de los adolescentes entre 14 y 16 años de las Instituciones Talento Deportivo Mérida y Alberto Carnevalli, Mérida, 2007..... 37

Tabla N° 12

Valores absolutos y porcentuales de agresividad de los adolescentes entre 14 y 16 años de las Instituciones Arzobispo Silva y Simón Rodríguez, Mérida, 2007..... 37

Tabla N° 13

Agresividad en los adolescentes entre 14 y 16 años de los Institutos Educativos de la Parroquia Antonio Spinetti Dini, según Sexo, Mérida, 2007. 38

Tabla N° 14

Agresividad en los adolescentes entre 14 y 16 años de los Institutos Educativos de la Parroquia Antonio Spinetti Dini, según estrato socioeconómico Mérida, 2007..... 39

Tabla N° 15

Agresividad en los adolescentes entre 14 y 16 años de los Institutos Educativos de la Parroquia Antonio Spinetti Dini, según dependencia al alcohol, Mérida, 2007..... 39

Tabla N° 16

Agresividad en los adolescentes entre 14 y 16 años de los Institutos Educativos de la Parroquia Antonio Spinetti Dini, según consumo de marihuana Mérida, 2007..... 41

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1

Agresividad en los adolescentes entre 14 y 16 años de los Institutos Educativos de la Parroquia Antonio Spinetti Dini, según dependencia al alcohol, Mérida, 2007..... 40

Gráfico N° 2

Agresividad en los adolescentes entre 14 y 16 años de los Institutos Educativos de la Parroquia Antonio Spinetti Dini, según dependencia a la marihuana, Mérida, 2007..... 41

www.bdigital.ula.ve

C.C.Reconocimiento

Agresividad y Consumo de Sustancias Psicoactivas en Adolescentes de La Parroquia Antonio Spinetti Dini. Mérida. 2007

AUTORA: Dubrazka Duque G.

Residente de III año de Psiquiatría.
Facultad de Medicina. ULA.

TUTORA: Dra. Yamili El fakih.

Psiquiatra Infantil
Facultad de Medicina. ULA.

RESUMEN

La investigación se realizó encuestando 289 estudiantes, entre 14 y 16 años, de las instituciones de la Parroquia Antonio Spinetti Dini, fueron seleccionados aleatoriamente y se les aplicó el instrumento Ge-Agre, el Método Graffar modificado y la Encuesta sobre Uso de Tabaco, Alcohol y Otras Sustancias. La mayoría pertenecía al sexo femenino (53,63%), solteros (93,08%), manifestaron antecedentes psiquiátricos personales (29,41%) y familiares (35,29%) y forman parte del estrato socioeconómico II (38,75%). La sustancia de mayor uso fue el alcohol (81,06%), seguida del tabaco y chimó. Dentro de la categoría Otras Drogas, dominó la marihuana con 53,85%, seguido por los tranquilizantes y la cocaína. El mayor porcentaje fue para el abuso y dependencia de alcohol con 20,42% y 16,96% respectivamente. Se reportó un caso para abuso y dependencia a otras drogas. Entre los estudiantes prevaleció la categoría de agresividad media (77,51%). Al relacionar la población según sexo con el puntaje de agresividad obtenido, no se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas. Los valores promedio de la agresividad de la población consumidora y no consumidora tanto de alcohol como de marihuana, fueron estadísticamente significativo, siendo en ambos grupos los consumidores los que presentan el mayor puntaje de agresividad al compararlos con los no consumidores. Se utilizó la Prueba estadística t de Student para determinar estas diferencias. Para próximas investigaciones se recomienda utilizar población que incluya la adolescencia temprana o tardía, así como ampliar las causas de consumo entre los adolescentes.

Palabras claves: adolescentes, sustancias psicoactivas y agresividad.

Aggressiveness and Psychoactive Substances Consumption In Teenagers
of Parroquia Antonio Spinetti Dini. Merida, 2007.

AUTORA: Dubrazka Duque G.

Residente de III año de Psiquiatría.
Facultad de Medicina. ULA.

TUTORA: Dra. Yamilli El fakih.

Psiquiatra Infantil
Facultad de Medicina. ULA.

ABSTRACT

The investigation was conducted by surveying 289 students, aged 14 and 16, from 6 institutions of Parroquia Antonio Spinetti Dini, selected randomly was applied Ge-Agre instrument, the method modified-Graffar Survey and Use of Cigar, Alcohol and Other Substances. The majority of the population belonged to females (53.63%), single (93.08%), expressed psychiatric personal background (29.41%) and family (35,29). The alcohol use was higher (81.06%), followed by cigar and chimo. The category Other Drug, the marijuana was 53.85%, followed by tranquilizers and cocaine. The highest percentage was for alcohol abuse and dependence with 20.42% and 16.96% respectively. Only one case was reported for abuse and dependence on other drugs.

In the study population were placed in the category of moderate aggressiveness (77.51%). Relating the population by sex with a score of aggressiveness obtained, no statistically significant differences were apparent. As for alcohol dependence and use of marijuana, the average value of the aggressiveness of the consuming population and not consumers was statistically significant in both groups being consumers who show the highest score of aggressiveness when compared with non-users. Student's t test was used. For upcoming research is recommended to use population that includes early or late adolescence and expand the grounds for consumption.

Keywords: adolescents, psychoactive substances and aggressiveness.

INTRODUCCIÓN

La familia es el nombre de una institución tan antigua como la misma especie humana, es un grupo social caracterizado por una residencia en común, cooperación económica y reproducción (1). Independientemente de la cultura y la organización social, la familia tiene ciertas funciones que se pueden llamar universales, tales como reproducción, protección, sociabilización, control social, determinación del status para el niño y canalización de los afectos (2).

La Organización de las Naciones Unidas define la familia como una unidad biopsicosocial que tiene una historia natural que la hace caminar por sucesivas etapas, durante las cuales sus miembros experimentan cambios y adoptan comportamientos que son previsible por atenerse a normas conductuales y sociales preestablecidas (3).

La pareja tendrá que asumir funciones y tareas específicas en cada etapa, una de ellas, es la adolescencia, donde se originan en el niño cambios biológicos y psicológicos importantes. Al mismo tiempo, los amigos se constituyen en un elemento de más profunda relación afectiva; la escuela, con mayores exigencias en el aprendizaje, se conforma como un espacio donde deberán ganar estima y éxito, o donde, por el contrario, pueden abocar al fracaso. La calle y el barrio adquieren una particular importancia, puesto que junto con el hogar se configuran como los lugares donde se proyectan aventuras, se juega, se discute y se aprende (3).

La salud de los y las adolescentes es un factor clave para el progreso social, económico y político de todos los países y territorios de las Américas, representando, en 1995, aproximadamente el 31% (137 millones) de la población de América Latina y el Caribe y a pesar de los cambios positivos observados en la sociedad, ellos siguen afrontando muchos problemas que amenazan su transición saludable a la edad adulta (4).

Los jóvenes son menos vulnerables a la enfermedad común pero no a los cambios sociales: mayor porcentaje de embarazo precoz, enfermedades de transmisión sexual, alcohol, tabaco y otras drogas fáciles de conseguir, violencia voluntaria e involuntaria y nutrición inadecuada (5).

Aunque la mayoría de los y las adolescentes no abusan de las drogas, una minoría significativa si lo hace, recurren a los estupefacientes por curiosidad o por un deseo de experimentar la sensación, por presión de los pares o como escape a problemas abrumadores. El alcohol, la marihuana y el tabaco son drogas populares entre los adolescentes, los jóvenes que fuman o beben suelen asociarse con pares que los introducen en las drogas más fuertes al crecer (6).

Otros factores de riesgo individual son las conductas agresivas con problemas de adaptación desde la infancia, el fracaso escolar, la hiperactividad con déficit de atención y la preferencia de los amigos ante los padres (7). Se indica que hay violencia en gran escala contra los niños, contra las esposas, contra los maridos, contra los padres, prácticamente contra todo el mundo (8). Una encuesta realizada a alumnos de bachillerato en los Estados Unidos reportó que un 28% de los varones y un 7% de las hembras habían participado en alguna pelea física durante el mes anterior. Casi un 35% de los encuestados admitieron haber participado al menos una vez en una pelea cuyo resultado fue una lesión que precisó asistencia sanitaria; según reportes del Uniform Crime Reports, en el año 1995, se cometieron 1,8 millones de delitos violentos en ese país (9).

El análisis de la morbilidad adolescente en América Latina está limitado a la calidad y cantidad de información, derivada a su vez de la escasez (por no hablar de inexistencia) de programas de atención de salud de este grupo. Los delitos cometidos por adolescentes también van en aumento. A veces los delitos, sin ser muy numerosos, pueden ser señal de alarma social, siendo de suma importancia que en los programas de atención integral de adolescentes y jóvenes se enfatice con especial interés los dos conjuntos sociales primordiales: la familia y la escuela (5).

CAPÍTULO I EL PROBLEMA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La adolescencia es una etapa de transición entre la infancia y la edad adulta, caracterizada por significativos cambios físicos, psíquicos y sociales, implica un proceso de ruptura gradual con las formas infantiles de vincularse con la familia, los amigos y los grupos sociales, situación que los expone a condiciones de riesgo y problemas como farmacodependencia, depresión, suicidio, accidentes, problemas legales y familiares (1).

Según la Organización Panamericana de la Salud, el abuso de drogas y alcohol afecta a todas las clases sociales, el uso de los inhalantes por los adolescentes es un grave problema en Brasil y Guatemala. El abuso de alcohol y su relación con los accidentes de tránsito, especialmente entre los varones, es un problema para muchos de los países de la región, reportándose una alta prevalencia de tabaquismo de unos países (57% de los adolescentes de 15 a 19 años en el Perú y 41% en Cuba), en comparación con otros (17% y 15%, respectivamente en Canadá y los Estados Unidos) (4).

Adicionalmente al problema del consumo entre adolescentes, su presencia en hogares altamente intolerantes que resuelven los conflictos propios de la convivencia familiar y de pareja a través de actos violentos (físicos, psíquicos o sexuales), ya sean ellas y ellos directamente agredidos o como testigos de la violencia, los convierte en portadores de múltiples necesidades, siendo una de ellas, el aprendizaje intergeneracional de la violencia como forma de relación válida y socialmente permitida para la resolución de conflictos (10).

Por ello, desde el punto de vista epidemiológico este grupo poblacional siempre ha tenido importantes causas de mortalidad y morbilidad que han requerido programas y servicios de atención integral, orientados a satisfacer las necesidades de su etapa de crecimiento y desarrollo (10), motivo por el cual el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud en su XXXVII reunión, en 1993, considerando el aumento de las conductas violentas como un problema de salud pública de gran importancia instó a los gobiernos de la región a que establezcan políticas y planes nacionales y a que movilicen recursos para la prevención de todas las formas de violencia (11).

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Las drogas que son consideradas la puerta de entrada a la dependencia de sustancias siguen siendo el tabaco y el alcohol, al contrario de las drogas ilegales, que tienen notablemente un menor consumo, de lo que se puede inferir que la “escalada” en el consumo de drogas comienza claramente por aquéllas que el adolescente tiene más próximas y cuyo consumo es más fácil (12). Pero ¿En la Parroquia Antonio Spinetti Dini de la ciudad de Mérida se relaciona el consumo de sustancias psicoactivas con la agresividad de los adolescentes que las consumen?

JUSTIFICACIÓN

La adolescencia media es normalmente un período turbulento, aún los padres mejor informados e integrados experimentan sentimientos de frustración y desesperanza durante esta etapa (3). En el triángulo formado por las figuras parentales y el hijo, se establecen obligaciones, responsabilidades y dependencias. También en la interrelación familia-sociedad, está presente un conjunto de normas, convenciones y prejuicios que determinan la manera como el individuo ha de actuar frente a la vida (1).

Los rituales que marcan la mayoría de edad pueden incluir bendiciones religiosas, separación de la familia, pruebas severas de fortaleza y resistencia, marcas corporales o actos de magia, en todos se reconoce que hay un prolongado período de transición conocido como adolescencia, transformación durante el desarrollo entre la niñez y la edad adulta que entraña importantes cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales interrelacionados (6).

Estudios recientes reconocen que ciertos recursos personales y varios grupos de factores facilitan las tareas del desarrollo del adolescente, permitiéndoles reconocer y utilizar los aspectos positivos de su personalidad, estos actúan favoreciendo los sentimientos de vinculación, singularidad y poder, así como el modelaje, los cuales son indispensables en el desarrollo de la autoestima y la competencia social. Por otro lado, existen las conductas de riesgo, cuyos efectos se observan en la salud individual (dependencia, sedentarismo), en el medio escolar (ausentismo y deserción escolar) y social (comportamientos de riesgo y delictivos) (1).

En líneas generales, en el consumo de drogas suelen darse tres etapas: una primera de ingesta de alcohol y consumo de tabaco que el adolescente utiliza como un poderoso medio de socialización, fumar y beber le convierten en uno más del grupo de amigos. Una segunda de consumo de marihuana, y una tercera de ampliación del consumo a otras drogas ilegales (7). Según las estadísticas manejadas, durante este año, en jóvenes aragoneses, la mitad de los adolescentes de 14 a 18 años se embriagan una vez cada dos fines de semana y el mismo porcentaje fumaba habitualmente, con un consumo medio de ocho cigarrillos diarios (13). Según Mazzotti, la marihuana es la droga más consumida en el mundo; la región de la América Latina no es la excepción, la información proveniente de estas fuentes puede reunirse en un sistema de vigilancia epidemiológica, considerando las características del sistema que pueden variar de acuerdo a las necesidades locales, los recursos disponibles y el tipo de problema que se pretende monitorear (14).

OBJETIVO GENERAL

Determinar si la agresividad y el consumo de sustancias psicoactivas están presentes y relacionadas en los y las adolescentes de 14 a 16 años en las instituciones que conforman la Parroquia Antonio Spinetti Dini de la ciudad de Mérida.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

-Describir las características demográficas de los y las adolescentes de 14 a 16 años de las instituciones públicas y privadas de la Parroquia Antonio Spinetti Dini, incluyendo edad y sexo.

-Reconocer la presencia de antecedentes psiquiátricos personales y familiares en los y las adolescentes entre 14 y 16 años, estudiantes de la Parroquia Antonio Spinetti Dini.

-Especificar los estratos sociales de los y las adolescentes entre 14 y 16 años de las instituciones públicas y privadas de la Parroquia Antonio Spinetti Dini por medio del Método Graffar, versión modificada por el Dr. Hernán Méndez Castellano.

-Determinar el tipo de sustancia consumida por los y las adolescentes entre 14 y 16 años de las instituciones públicas y privadas de la Parroquia Antonio Spinetti Dini y la edad de inicio del consumo en los y las adolescentes.

-Identificar el consumo de sustancias psicoactivas en los y las adolescentes entre 14 y 16 años de las instituciones públicas y privadas de la Parroquia Antonio Spinetti Dini utilizando la encuesta para la comunidad estudiantil sobre el uso de alcohol, tabaco y otras sustancias.

-Determinar el tipo de trastorno por uso sustancias psicoactivas consumidas en los y las adolescentes entre 14 y 16 años de las instituciones públicas y privadas de la Parroquia Antonio Spinetti Dini.

-Diagnosticar la presencia de agresividad en los y las adolescentes entre 14 y 16 años de las instituciones públicas y privadas de la Parroquia Antonio Spinetti Dini a través de Escala GE-Agre.

-Relacionar las características demográficas, el consumo de sustancias psicoactivas y la agresividad en los y las adolescentes entre 14 y 16 años de las instituciones públicas y privadas de la Parroquia Antonio Spinetti Dini.

www.bdigital.ula.ve

CAPÍTULO II

MARCO REFERENCIAL

MARCO CONCEPTUAL

En este aparte se definirán los conceptos de adolescencia, agresividad, uso, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas.

-Adolescencia: Según el diccionario de la Real Academia Española deriva del latín *adolescencia*, edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo (15).

A pesar de la importancia reciente que se le está dando a este grupo en la sociedad y en la medicina de hoy, no existe consenso entre los límites cronológicos de la adolescencia. En algunos países el inicio se ubica alrededor de los 12 años y el término cuando alcanza total autonomía, lo que a su vez depende de factores económicos, sociales y culturales (5).

Antes del siglo XX, los niños en las culturas occidentales ingresaban al mundo de los adultos al madurar físicamente o al iniciar su aprendizaje vocacional, en la actualidad, la entrada a la edad adulta tarda más y no está tan claramente definida. La sociedad estadounidense contemporánea tiene varios indicadores de entrada a la edad adulta. Hay definiciones legales: a los 17 años, los jóvenes pueden enrolarse en las fuerzas armadas, a los 18, en la mayor parte de los Estados, pueden casarse sin autorización de sus padres, entre los 18 y 21 años, pueden establecer contratos vinculantes (6).

Para la Organización Mundial de la Salud, es una etapa comprendida entre los 10 y 19 años, considerando el desarrollo y las tareas evolutivas, se divide en tres fases:

-Temprana: de los 10 a los 13 años (6), donde ocurre la aceptación del cuerpo que crece y cambia, con los cambios en la autopercepción de la imagen y la autoestima (16).

-Media, entre los 14-16 años (6), en la que se presenta la separación psicológica de la familia, para lo cual las relaciones con “el grupo” de coetáneos marcan la pauta en la delimitación de la individualidad del sujeto (16).

-Tardía: de los 17 a los 19 años (1) cuando se presenta la adquisición de un sentido estable de la identidad, sobre todo en lo que se refiere a la sexualidad y la vocación (16).

En general se considera que la adolescencia empieza con la pubertad, proceso que conduce a la madurez sexual, o fertilidad (capacidad para reproducirse). La adolescencia dura aproximadamente de los 11 o 12 años de edad a los 19 o 21, y entraña cambios importantes interrelacionados en todos los ámbitos del desarrollo (6).

Es un período de rápido desarrollo en el que se adquieren nuevas capacidades, se enfrentan situaciones nuevas y se expresan habilidades y potencialidades particulares en el proceso de adaptación. Este grupo se caracteriza por la búsqueda de su identidad e independencia, por su alta vulnerabilidad desde el punto biológico, psicológico, social y cultural (10).

-Agresividad: Desde el punto de vista etimológico, la palabra agresividad se deriva del latín *aggredior*, que significa ir o acometer contra otro (17).

En muchas ocasiones se equipara la agresividad con la agresión, sin embargo, parece evidente que aun siendo términos relacionados, no expresan con exactitud lo mismo. El diccionario de la Real Academia Española de la Lengua la define como “La tendencia a actuar o responder violentamente” (15) y la agresión es la consecución de esta tendencia, el acto de “acometer a alguien para matarlo, herirlo o hacerle daño” (14).

La Agresividad es un conjunto de reacciones individuales tendientes a la destrucción, su génesis se situaría en la frustración, puede canalizarse hacia el afán de triunfo, el deseo de destacar entre los demás y a un incremento de la producción personal y colectiva (18).

Para otros autores, son tendencias o conjuntos de tendencias que se actualizan en conductas reales o fantasmáticas, dirigidas a dañar a otros, a destruirlo, a contrariarlo, a humillarlo (19).

La agresividad es innata a la condición humana, es una tendencia, un mecanismo que utiliza el ser humano para su supervivencia, “No es probable que seamos capaces de suprimir las tendencias agresivas de la humanidad” le escribía Freud a Einstein en 1938, (14).

La agresión y/o violencia, definida como cualquier forma de comportamiento dirigido a hacer daño a otra persona, es uno de los problemas más frecuentes en la sociedad contemporánea, que afecta a los adolescentes no sólo como víctimas sino también como protagonistas de la agresión (20).

-Los Trastornos Mentales y del Comportamiento debido al consumo de sustancias psicoactivas, son una amplia variedad de trastornos que difieren en gravedad y forma clínica, pero todos son atribuibles al uso de una o más sustancias psicoactivas que pueden ser o no de prescripción médica (21). El uso patológico de sustancias psicoactivas se ha constituido en un grave problema de salud pública al punto que, en la actualidad, se habla de pandemia (8).

-Abuso: Del latín abŭsus, cuyo significado es usar mal, excesiva, injusta, impropia o indebidamente de algo o de alguien (15). Según el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) el abuso de sustancias psicoactivas ocurre cuando la persona que consume es incapaz de cumplir con sus obligaciones (laborales, educacionales entre otras) debido al consumo; consume la o las sustancias en condiciones físicamente riesgosas; tiene problemas legales recurrentes debido al uso de

sustancias, o sigue consumiendo a pesar de problemas persistentes de tipo social o interpersonal (22).

-Dependencia: Según el Diccionario de la Real Academia Española, es la subordinación a un poder mayor (15). La dependencia de sustancias psicoactivas ocurre cuando, al menos durante 1 año, la persona experimenta un efecto de tolerancia (necesidad de consumir mayor cantidad para lograr el mismo efecto), el efecto de abstinencia (síntomas que siguen a la privación brusca del consumo), intenta disminuir el consumo y no puede, o consume más de lo que quisiera, y deja de hacer actividades importantes debido a ello. Además, la persona sigue consumiendo a pesar de padecer un problema físico o psicológico persistente que dicha sustancia exacerba (22).

El DSM-IV recoge una mayor cantidad de trastornos que pueden ser producidos por sustancias, y los clasifica por cada sustancia psicoactiva, o grupo de sustancias. Estos pueden ser:

- Trastornos relacionados con el alcohol : Por consumo (dependencia o abuso), o trastorno por intoxicación, abstinencia, delirium, amnésico, psicótico, de ansiedad, del ánimo, del sueño o sexual inducido por alcohol.
- Trastornos relacionados con alucinógenos: Por consumo (dependencia o abuso), o trastorno por intoxicación, delirium por intoxicación, perceptivo persistente, psicótico, de ansiedad o del ánimo inducido por alucinógenos.
- Trastorno relacionados con anfetaminas: Por consumo (dependencia o abuso), o trastorno por intoxicación, abstinencia, delirium por intoxicación, psicótico, de ansiedad, del ánimo, del sueño o sexual inducido por anfetaminas.
- Trastornos relacionados con la cafeína: Trastorno de ansiedad o del sueño inducido por cafeína.

- Trastornos relacionados con Cannabis: Por consumo (dependencia o abuso), o trastorno por intoxicación (con o sin alteraciones perceptivas), delirium, psicótico o de ansiedad, inducido por cannabis.
- Trastornos relacionados con cocaína: Por consumo (dependencia o abuso), o trastorno por intoxicación (con o sin alteraciones perceptivas), abstinencia, delirium, psicótico, de ansiedad, del ánimo, del sueño o sexual inducido por cocaína).
- Trastornos relacionados con fenciclidina: Por consumo (dependencia o abuso), o trastorno por intoxicación (con o sin alteraciones perceptivas), delirium por intoxicación, trastorno psicótico, de ansiedad, del ánimo, inducido por fenciclidina).
- Trastornos relacionados con inhalantes: Por consumo (dependencia o abuso), o trastorno por intoxicación, delirium por intoxicación, demencia persistente, trastorno psicótico, de ansiedad, del ánimo, inducido por inhalantes.
- Trastornos relacionados con nicotina: Por consumo (dependencia o abuso), o trastorno abstinencia, inducido por nicotina.
- Trastornos relacionados con opiáceos: Por consumo (dependencia o abuso), o trastorno por intoxicación (con o sin alteraciones perceptivas), delirium por intoxicación, trastorno psicótico, del ánimo, sexual o del sueño inducido por opiáceos.
- Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos: Por consumo (dependencia o abuso), o trastorno por intoxicación, abstinencia, delirium (por intoxicación o abstinencia), demencia persistente, trastorno amnésico, psicótico, de ansiedad, del ánimo, sexual o del sueño inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (22).

MARCO DE ANTECEDENTES

Aunque la gran mayoría de los adolescentes no abusan de las drogas, una minoría significativa de los y las adolescentes si lo hacen y en consecuencia, ponen en peligro su salud física y psicológica presente y futura (6), pero ¿Qué propicia que un joven abuse de las drogas?. Papalia, en el 2005, refiere que se han identificado varios factores de riesgo: un mal control de los impulsos y una tendencia a buscar sensaciones, influencias familiares, temperamento “difícil”, problemas conductuales tempranos y persistentes, sobre todo agresividad, fracaso académico y falta de compromiso con la educación, rechazo de los pares, asociarse con otros consumidores, alienación y rebeldía, actitudes favorables hacia el consumo de drogas e iniciación temprana de tales sustancia, cuantos más factores de riesgo estén presentes, mayores son las probabilidades de que un adolescente o adulto joven abuse de ellas (6), las principales causas de defunción entre los adolescentes son externas, incluyen homicidios, suicidios, accidentes y traumatismos (4).

www.bdigital.ula.ve

En 1995, según la Organización Panamericana de la Salud, más de la tercera parte de los estudiantes del último año de escuelas secundarias estadounidenses consumían tabaco, la mayor cifra desde 1970, que se corresponde con unos 3.000 casos nuevos por día. Este fenómeno se ve agravado por el hecho de que los fumadores en estos grupos de edad tienen ocho veces más posibilidades de usar drogas ilícitas y cinco veces más de consumir alcohol en forma excesiva (23).

Burling, citado por Escalante, en el 2006, afirma que a pesar del impacto negativo del hábito tabáquico sobre la población, el número total de fumadores mayores de 18 años (para el caso específico de los Estados Unidos) aumentó desde 47,5 millones en 1960 a 55,2 millones en 1983 y según las estadísticas del Centro de Control y Prevención de Enfermedades de ese país, unos 419.000 norteamericanos mueren anualmente por consumo de tabaco. Según sus estimaciones el tabaco es responsable del 30% de los distintos tipos de cáncer de pulmón, boca, laringe, faringe, esófago, riñón, vejiga, páncreas y cuello del útero (8).

La Organización Panamericana de la Salud, en 1998, manifestó que se llevó a cabo un estudio para la aplicación del Inventario de Tamizaje para el Uso de Drogas (Drug Use Screening Inventory). Este estudio se realizó en los países de América Central, en Chile, en Colombia (Medellín), en la República Dominicana y en Venezuela. Esta investigación indicó una fuerte asociación entre factores de riesgo comunes y uso de drogas durante el último mes en poblaciones de estudiantes, entre los que se destacan los relacionados con la edad (a mayor edad en la adolescencia mayor uso), el sexo (mayor propensión en el sexo masculino), el desajuste escolar, las conductas impulsivas o los trastornos de conducta y la asociación con pares afectados. Por otro lado, el factor protector común en todos los países y para todas las drogas, es la existencia de una vida familiar satisfactoria (23).

Según la misma organización las sustancias que funcionan como “puerta de entrada” al mundo de las drogas son el alcohol, el tabaco o ambos, encontraron también que los adolescentes que las consumieron previamente, presentaban mayor prevalencia del consumo de marihuana y de cocaína que los que no lo habían hecho; la edad de iniciación también constituye una variable crítica para los esfuerzos de prevención. La mayor parte de estos países informaron que de 6% a 8% de la población mayor de 12 años eran dependientes del alcohol y cerca de 10% fueron bebedores excesivos (23).

En Venezuela, según Gabari, en 1999, citado por Esqueda, el perfil sociodemográfico de la persona que acude a tratamiento, está dado por el predominio del sexo masculino (91%), 15 a 30 años (68%), soltero, (74%), con secundaria incompleta (65%), desempleado o desocupado (56%). En cuanto al hábito de consumo, la persona que asiste a tratamiento por abuso o dependencia de drogas se caracteriza por inicio del consumo entre los 10 y 19 años (83%), dominando el consumo diario (38%) y como droga ilícita de inicio, reportan la marihuana (45%) y la cocaína como droga secundaria (59%) (8).

Para el año 2004 como lo informa la Oficina Nacional Antidrogas, (O.N.A) en su reporte anual, los pacientes que acudieron a los centros de tratamiento y rehabilitación en materia de drogas se encontraban entre los 20 y 24 años (25%), fueron del sexo masculino (90%) y tuvieron secundaria incompleta (38%), principalmente solteros (69%) y desempleados (57%). Se mantuvo la marihuana, con el mayor porcentaje como droga de inicio (37%), con una frecuencia de uso de varias veces por semana (27%). La edad de inicio del consumo estuvo comprendido entre 15 y 19 años (47%) (24).

Para el año 2006, el mismo organismo publica que los pacientes que acudieron a los centros de tratamiento y rehabilitación también se encontraron entre los 20 y 24 años con un porcentaje similar al año 2004, en su mayoría conformados por el sexo masculino (91%) y con secundaria incompleta (40%). Eran solteros (70%) y desempleados al momento del estudio (32%). Acudieron voluntariamente a solicitar ayuda (70%) pero se reportaron diferencias en la sustancia de inicio, se reportaron las bebidas alcohólicas como principal droga (30%,) manifestando su uso de dos o tres veces por día (32%). La edad de inicio fue de 10 a 14 años (46%), la segunda droga consumida por ellos fueron los cigarrillos (24%), ambas drogas no incluidas los años anteriores (24).

Afirma Harris, en el 2005, indicó que en la mayoría de los países latinoamericanos, las bebidas alcohólicas casi siempre están presentes en las reuniones sociales, se ofrecían en bodas y funerales, nacimientos y bautizos, para alegrar la celebración o para calmar las penas, pero las estadísticas reflejan el resultado: En Costa Rica, en 1987, un 13% de las consultas en las salas de urgencia y en 2003, un 33% de las muertes por accidentes de tránsito estuvieron relacionados con el alcohol (25).

Desde 1985 a 1992, en Estados Unidos, según el Nacional Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, citado por Escalante, los costos económicos del alcohol subieron 42% (unos 148 billones de dólares), dos tercios de los costos se relacionaron con bajas en la productividad debido a las enfermedades relacionadas con el alcohol (45,7%) o a muerte prematura (21,2%). El consumo de alcohol correlaciona muy bien con toda clase de conductas de expresión de violencia: asaltos, violaciones, homicidios, agresión en el

seno de la familia, suicidios y crímenes de todo tipo. El hallazgo más generalizado admite que el alcohol es un facilitador inmejorable de las conductas agresivas (8).

El consumo de sustancias da lugar, con frecuencia, a un aumento de la hostilidad, de la violencia, de la destructividad. La actitud discutidora y agresiva verbal o física, es común en la intoxicación por alcohol y también se puede encontrar en la intoxicación por alucinógenos, solventes, sedantes o hipnóticos, cocaína y en general por cualquier estimulante (14).

En Alemania, en el año 2002, se evaluó 5650 jóvenes entre 11 y 15 años con el fin de determinar la presencia de abuso escolar y su posible relación con algunas sustancias, donde encontraron que el 17% de los varones y 10% de las hembras habían sido clasificados como perpetradores del abuso, con una fuerte relación al uso del tabaco y el alcohol, principalmente entre los varones (26).

Mazur en su investigación, estudio los niveles de testosterona entre adolescentes, entrevistó a 40 de ellos con antecedentes de delincuencia y 58 sin este antecedente, encontró que la testosterona era más elevada en los primeros, sin ser estadísticamente significativos. Adicionalmente, estudiaron la agresividad y los niveles de testosterona pero no hallaron relaciones entre ambas (27).

Por su parte, Springer afirma que existen diferencias entre géneros cuando se consideran factores de riesgo, hallazgos encontrados en la población del Salvador, donde entrevistaron 982 estudiantes con edades entre 12 y 20 años, encontraron factores de riesgo como iniciación de vida sexual sin preservativo (69,1%), desesperanza (32,2%) y participación en peleas (32,1%), dominando la mayoría de las conductas en el sexo masculino (28).

Otro estudio que mostró las diferencias de la agresividad entre sexos, fue el realizado en la Universidad de Barcelona, en la que 192 estudiantes de ambos sexos participaron en la adaptación española del cuestionario de Buss y Perry para la agresión, donde

concluyeron que la adaptación española es útil para la determinación de la hostilidad y hallaron diferencias de género en cuanto a la expresión de la agresividad física, pero no en las otras subescalas, Brody (1985) citado por Porras afirma que las reglas y presiones sociales influyen en el modo en que hombres y mujeres expresan la agresividad (29) .

En Sao Paulo, Brasil, en el año 2002, 568 adolescentes de ambos sexos y con edades entre 14 y 20 años, formaron parte de una investigación, donde consideraron estratos socioeconómicos y consumo de drogas; el instrumento para determinar el consumo de drogas utilizado fue propuesto por la organización Mundial de la Salud, adaptado para la población brasileña, junto con un cuestionario que permitía determinar el nivel socioeconómico. Encontraron que el consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes se incrementa mientras tienen mayor poder adquisitivo (30).

Sin embargo, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, en el año 2003, refiere que los y las adolescentes como ciudadanos en desarrollo son sensibles a las influencias socioculturales, grupales, educativas, de los medios de comunicación social, los cuales inciden positiva o negativamente este proceso, de allí se deriva la importancia de ofrecer oportunidades diversas para contribuir a su desarrollo integral, pues es en ese momento, cuando se establecen los cimientos o bases para la vida adulta, siendo sujetos estratégicos para el futuro de cualquier país (10).

MARCO TEÓRICO

“La familia constituye el marco fundamental de relaciones sociales primarias, marcadas por la intimidad y la inmediatez a la persona”, de ahí su relevante papel en la calidad de vida. La familia es ese espacio privilegiado de relaciones próximas, donde se experimentan sentimientos, necesidades, expectativas, deseos, percepciones externas e internas, delimitado frente a un mundo exterior o respecto a necesidades y exigencias de los demás (31).

Toda la familia cambia con el advenimiento de los hijos, los cuales traen consigo importantes adaptaciones para la vida de pareja, surgen nuevos roles, disminuye la privacidad, aumentan las responsabilidades. El primer vínculo, y sin duda el más influyente en el desarrollo de la personalidad, es el que une al infante con su madre o cuidador principal, el preescolar tiende cada vez más a alejarse de esta base segura y desarrolla más sus relaciones con sus compañeros. En el escolar, una de las principales tareas de los padres es proporcionar al niño un ambiente favorable para el desarrollo de habilidades específicas tanto académicas como culturales para que tenga éxito en la adaptación a su medio social (1).

La adolescencia media es el período en que la tensión entre el adolescente y los demás miembros de la familia alcanza su máxima intensidad, es durante este período cuando el adolescente debe empezar, ya en serio, a prepararse para separarse de su núcleo familiar (3).

www.bdigital.ula.ve

La evolución psicosocial del adolescente, es producto de los cambios biológicos y cognoscitivos; ante la necesidad de independencia, el adolescente se rebela contra las normas, valores y estilos de vida que ha adquirido en el hogar y la escuela. En este sentido discuten por asuntos domésticos, mantienen una actitud crítica hacia ellos mismos y ante todo lo que los rodea, cuestionan las reglas y los límites. Las características personales y las condiciones ambientales facilitan las conductas de riesgo (1).

Son tan importantes los cambios físicos de las y los adolescentes, como los aspectos de desarrollo psicológico y social implícitos en la definición de la propia identidad en sus dimensiones: sexual, vocacional, axiológico, creencias, separación-individuación, elaboración de las bases del sentido y proyectos de vida, consolidación de la capacidad reflexiva y crítica, incremento de la creatividad y afectividad, dominio y control de las funciones de su cuerpo, integración a grupos de iguales como espacio natural para

elaborar sus múltiples duelos, continuidad de la educación formal y/o inserción laboral temprana (10).

Según la Organización Panamericana de la Salud, la violencia juvenil es uno de los problemas de salud pública más importante que afrontan las Américas, los adolescentes son víctimas del crimen en una proporción dos veces superior a la de los adultos mayores de 25 años, en la región de Las Américas, los homicidios se concentran en la población masculina joven, de 15 a 24 años y a finales de la década del 80 era la segunda causa de muerte en la mitad de los países latinoamericanos con más de un millón de habitantes (32), la violencia intrafamiliar y la practicada contra la mujer sólo empieza a aparecer ahora, un estudio realizado en Kingston (Jamaica) encontró una alta prevalencia de la violencia en la vida de las adolescentes de 13 a 14 años, 53% de ellas había sido golpeadas en el hogar y 63% en la escuela (4).

Para la emoción violenta no se necesita ninguna personalidad predisponente. Cualquier ser humano, aún, el más flemático, si se lo agravia moralmente con la intensidad suficiente, puede agredir violentamente al ofensor, y es correcto que sea sólo atenuante, pues en el ofendido, pese a lo desgarrante de la situación, subsiste la posibilidad de que – con gran esfuerzo- llegue a controlar voluntariamente sus ganas de agredir (33).

El Ministerio de Sanidad y Desarrollo Social reportó para el año 2003, en el área psicosocial del adolescente elementos como disfunción familiar, problemas de interrelación, depresión, bajo rendimiento y exclusión escolar, gesto, ideación e intento suicida, alcoholismo y drogadicción, maltrato y en el área de salud sexual y reproductiva, la actividad sexual temprana sin protección, el embarazo, aborto, abuso sexual, infecciones de transmisión sexual y los accidentes de todo tipo (10).

Por otra parte, en el país, el Instituto de Policía Científica, reportó para el año 1995, información donde se indicó que la violencia sexual, específicamente violación correspondió al 72% de las denuncias y el 66% de los agresores fueron jóvenes de 15 a

24 años. La violencia de género contra los y las adolescentes es un factor que afecta su calidad de vida y salud. Entre otras formas de violencia se encuentran las inequidades producto de las pautas culturales que consideran al sexo femenino pasivo y expuesto a riesgo de abuso ante la actividad sexual "incontrolable" que se le atribuye al varón (10).

Según los datos del Instituto Nacional de Atención al Menor (Mérida, Depto. de Ayuda Juvenil) en el año 1994 fueron reportados 109 casos de maltrato, de los cuales el 78% se incluye en la categoría de maltrato físico y 22% en la categoría de maltrato psicológico, en niños de ambos sexos cuyas edades oscilan entre 1 y 17 años. En la búsqueda de las características etiológicas de individuos que golpean a sus esposas, la más frecuente es el alcoholismo, asociado con por lo menos la mitad de tales incidentes. La escasa asertividad o la agresividad desusada de las esposas también han sido vistas como factores relevantes (8).

Según las estadísticas de la Comisión Nacional Contra el Uso Indebido de Drogas (CONACUID, 2004), del total de consultas realizadas en establecimientos de atención a fármaco-dependientes en el país entre 1998 y 2000 (17,861 consultas), el 90% fue en varones. La población consultante entre 15 y 24 años, se mantiene en un 46% del total de consultas, siendo que el 90% de ellos son varones, aunque se evidencia una tendencia al aumento en la población femenina. Hay que señalar que un promedio de 37,6% de las consultas durante el trienio, fueron a usuarios menores de 14 años. Igualmente se establece una relación entre los accidentes y actos violentos con el consumo de sustancias especialmente alcohol, lo cual representa un alto costo individual y social así como una carga importante para los servicios de salud. En este sentido se debe promover la formulación y aplicación de políticas públicas que favorezcan los cambios en esta realidad (10).

El carácter ilegal del abuso de drogas y la heterogeneidad de la población adicta dificultan la identificación de una muestra representativa. Por consiguiente, la mayor parte de los estudios se han llevado a cabo en subgrupos específicos, ya sea en estudiantes o en pacientes drogadictos. Desde 1975 en Estados Unidos, se han estudiado

una muestra de la población general y de estudiantes para evaluar los patrones de abuso de drogas en todo el país. Con respecto a los instrumentos de estudio creados para medir la morbilidad psiquiátrica, la diversidad de los mismos representa de por sí un obstáculo a las comparaciones internacionales y transculturales. Además, estos instrumentos muchas veces no sirven para detectar el abuso de drogas porque los datos pertinentes a menudo son mínimos o están ausentes, especialmente si la población examinada no es de pacientes sino de estudiantes o de algún otro tipo. Por este motivo, los cuestionarios contestados por el propio sujeto parecen más apropiados que otros instrumentos para investigar el abuso de drogas (34).

Se estima que el número de personas con trastornos mentales en la Región de Las Américas aumentará de 114 millones en 1990 a 176 millones en el 2010, según la Revista Panamericana de la Salud Pública, dedicado íntegramente a la salud mental y al abuso de sustancias psicoactivas. "La transición epidemiológica y los cambios en la composición poblacional acentuarán aun más la brecha en la atención en América Latina y el Caribe, a no ser que se formulen nuevas políticas de salud mental o que se actualicen las existentes, procurando incluir en ellas la extensión de los programas y servicios" (35).

Kaplan, en 1999, afirma que la agresión y la violencia son frecuentes en muchas situaciones clínicas, desde la intoxicación etílica o de otras sustancias, hasta los trastornos cognoscitivos, el maltrato infantil o la acción antisocial crónica. La violencia es el resultado de la ruptura del equilibrio entre los impulsos y el control interno (9).

En cuanto a la forma de clasificarla, ésta puede estar orientada, no sólo hacia los demás, sino también hacia si mismo, de esa forma se habla de una heteroagresividad y de una autoagresividad. También es posible hablar de una agresividad-rasgo y una agresividad-estado. Una agresividad rasgo es aquella que pertenece al bagaje personal de cada uno, una agresividad estado será la que presente un individuo en un momento concreto, incluso como respuesta a una situación dada. Ambas pueden ser normales o patológicas.

La interferencia o malestar que pueden causar en el sujeto o en los que los rodean servirá para calificarlas de una u otra forma (14).

Los individuos pueden tener fantasías o ideas violentas pero, si no pierden el control, los pensamientos no se convierten en actos. Cualquier conjunto de circunstancias que incrementen los impulsos agresivos en un contexto de capacidad de control escasa, pueden provocar actos violentos (9). Los movimientos ligados al acto agresivo son bruscos, rápidos, imprevistos, irrepitibles, quitan el carácter de persona única, anonimiza, colectiviza (36).

La mayoría de los adultos, con trastornos mentales o no, que cometen actos agresivos, suelen hacerlo con personas que conocen, normalmente, miembros de su familia. Este hecho indica que la agresión no es dirigida indiscriminadamente. Una posible excepción a la norma es el caso de los jóvenes adolescentes, que con frecuencia manifiestan actitudes agresivas con personas desconocidas o conocidas casualmente (9).

Existen dos figuras trascendentales para las ciencias del hombre, como son Darwin y Freud, para Darwin, la “lucha por la vida” es uno de los pilares de la evolución y un seguidor suyo, Thomas Huxley, elevó este fenómeno a una categoría universal al afirmar:” Desde el punto de vista del moralista el mundo animal se encuentra en un nivel aproximadamente idéntico al espectáculo de gladiadores...los más fuertes, los más ágiles y los más astutos viven para luchar un día más” (36), por su parte, la teoría freudiana sostiene que la agresividad es la consecuencia de la reorientación del instinto autodestructivo desde uno mismo hacia los otros, según Konrad Lorenz, la agresión que provoca daño físico en los demás se origina en un instinto de lucha que los seres humanos comparten con otros organismos. La energía asociada a este instinto se produce espontáneamente en dichos organismos de un modo más o menos constante. La probabilidad de que se produzca la violencia aumenta en función de la cantidad de energía acumulada y la presencia y fortaleza de los estímulos provocadores de la agresión. La agresión es por tanto, inevitable y en ciertas ocasiones, surge de manera espontánea (9).

Otra perspectiva es la que considera que la conducta violenta es básicamente una forma de conducta social- que se adquiere y se mantiene, en gran medida, igual que cualquier otra actividad, según Albert Bandura, ni las tendencias violentas innatas ni los impulsos agresivos producidos por la frustración son el origen de la agresividad humana. Por el contrario, los individuos se enzarzan en peleas contra otros porque han adquirido respuestas agresivas con anterioridad, porque obtienen o anticipan distintas formas de recompensa a este tipo de acciones y porque se sienten instigados directamente a la agresión por la acción de las condiciones específicas ambientales y sociales (9).

Silver propuso la utilización del termino Síndrome de agresividad de base orgánica, para delimitar un síndrome que se presenta en determinadas afecciones del sistema nervioso central, tales como, los traumatismos craneoencefálicos, la epilepsia, las demencias, los tumores cerebrales, la hipoxia o las afecciones sistémicas (14).

La importancia concreta de los traumatismos craneoencefálicos quedó subrayada posteriormente por Delgado, citado por Mazzotti, en un estudio en el que se halló que 70% de los pacientes que habían sufrido un traumatismo craneoencefálico desarrollaban conductas violentas durante el año siguiente (14) por ello, cada vez gana mas fuerza la hipótesis de que en individuos agresivos crónicos, la raíz de la conducta agresiva es una lesión cerebral orgánica, esta perspectiva es una elaboración de la teoría de la agresividad como conducta social aprendida, según la cual, los individuos que han sido víctimas de un maltrato físico grave pueden sufrir secuelas neurológicas secundarias y las secuelas biológicas les predisponen a las conducta violenta (9).

La agresividad puede expresarse de diversas maneras, dependiendo de la clase social y de la cultura a la cual se pertenezca. Puede expresarse en forma física, con lo que se puede llegar a herir o incluso matar a otro ser humano. Las mujeres y los niños, debido a su condición física y posición social son blanco de victimización de la violencia en las calles, en el hogar y en el trabajo (37). La agresividad puede expresarse también en

forma indirecta más velada, a través de bromas verbales, sarcasmos, apodos, humillaciones o comentarios mal intencionados (agresividad verbal) (17).

Hay unos parámetros claros para definir la conducta agresiva, implementando una fórmula en la cual se establecen las tres características prototípicas en un caso de agresión:

- 1.-La existencia de una intención de causar daño, ya sea físico o de cualquier otra índole; por ejemplo, el impedimento para acceder a recursos necesarios.
- 2.-La condición de que el acto no quede en la simple advertencia de que se va a provocar un daño, sino que éste sea real.
- 3.-La alteración del estado emocional, lo cual le da a la agresión el calificativo de colérica (17).

Se han planteado como causas de la conducta agresiva:

-La Frustración: el factor individual más potente que incita al ser humano a la agresión es la frustración. Un examen de la evidencia indica que la frustración incrementa o disminuye la aparición de una conducta abiertamente agresiva, dependiendo en gran medida de dos factores: en primer lugar, la frustración puede incrementar la agresividad sólo cuando es intensa, si es débil o moderada, puede no provocar agresividad. En segundo lugar, la frustración parece facilitar la agresión cuando se percibe como algo arbitrario o ilegítimo, no cuando se interpreta como algo merecido y legítimo (9).

-Reducción del espacio vital: los hombres, en la estrechez de la vida gregaria, tienen que compartir el espacio vital y es que surge entre ellos la relación de rivalidad, si uno se expande de forma desconsiderada, lo hace a costa del otro (36).

-Provocación directa: se ha comprobado que la agresión física o verbal del otro suele provocar la conducta violenta. Una vez que la agresión ha comenzado, suele presentar un patrón de escalada no establecido (9).

-Consumo de drogas: pueden hacerse las siguientes consideraciones generales: las dosis pequeñas de alcohol inhiben la agresividad y las dosis elevadas la incrementan. Los efectos de los barbitúricos son semejantes a los del alcohol, los efectos de los aerosoles y disolventes comerciales también tienen unos efectos similares a los del alcohol. Los ansiolíticos suelen inhibir la agresividad, aunque a veces se puede producir una ansiedad paradójica (9).

-Herencia: en los gemelos monocigotos se ha hallado que existe un componente hereditario en la conducta agresiva (9).

www.bdigital.ula.ve

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Este trabajo trató de una investigación Observacional Transversal.

POBLACIÓN Y MUESTRA

La población en estudio estuvo formada por los 1040 adolescentes de ambos sexos con edades comprendidas entre los 14 y 16 años de edad, estudiantes de las 6 instituciones que conforman la Parroquia Antonio Spinetti Dini, correspondientes al año escolar 2007, como se expresa en el Apéndice A. La muestra se calculó con un error del 5% y se determinó que el estudio lo constituirían 289 alumnos, calculado en el Apéndice B.

www.bdigital.ula.ve

HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

Los adolescentes entre 14 y 16 años de los institutos públicos y privados de la Parroquia Antonio Spinetti Dini de la ciudad de Mérida consumidores de sustancias psicoactivas tienen mayores niveles de agresividad en comparación con los adolescentes no consumidores de sustancias psicoactivas.

HIPÓTESIS NULA

No existe diferencia en la expresión de la agresividad entre los adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas y los no consumidores de las instituciones de la parroquia Antonio Spinetti Dini de la ciudad de Mérida.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Adolescentes de ambos sexos entre 14 y 16 años
- Estudiantes de las Instituciones públicas y privadas de la Parroquia Antonio Spinetti Dini de las de la ciudad de Mérida

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Adolescentes que no estudien en las instituciones de la Parroquia Antonio Spinetti Dini
- Adolescentes menores de 14 años o mayores de 16 años

VARIABLES

- Edad
- Sexo
- Estrato Socioeconómico
- Nivel de agresividad
- Consumo y tipo de sustancia

PROCEDIMIENTO

En la Parroquia Antonio Spinetti Dini de la ciudad de Mérida, existen 6 instituciones educativas en las cuales se encuentran 1040 alumnos con edades comprendidas entre 14 y 16 años, (Apéndice A) de estos, se seleccionaron aleatoriamente 289 participantes, (Apéndice B) proporcionalmente al número de estudiantes de cada institución (Apéndice C). Fueron encuestados en sus respectivos salones de clases durante el mes de Junio y Julio del presente año, con la colaboración del personal directivo y docente de cada una de las instituciones, se les aplicó un instrumento constituido por múltiples escalas, autoadministradas, anónimas y su incorporación al estudio era de forma voluntaria,

siempre que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos.

El instrumento lo conformaron un conjunto de escalas denominadas:

-Escala Graffar Modificada: que permite determinar los estratos socioeconómico (Méndez Castellano,1959), se consideraron 4 variables: procedencia del ingreso, profesión del jefe de hogar, nivel de instrucción de la madre y condiciones de alojamiento. Se empleó un escala del 1 al 5 (1 para muy alto y 5 para muy bajo). El puntaje obtenido en cada variable se sumó y se obtuvo un total, que puede ir desde 4, para la clase alta hasta 20 puntos, que indica pobreza crítica, (Apéndice D).

-Encuesta para la comunidad estudiantil sobre el uso de alcohol , tabaco y otras sustancias () que constó de 59 ítems, donde se incluyeron los tipos de sustancias utilizadas, edad de inicio, frecuencia del consumo y problemas de salud relacionados con su uso. La encuesta permitió determinar el abuso y dependencia de sustancias, (Apéndice E)

-Ge-Agre: estructurada para determinar la agresividad (Gregorio Escalante, 1994), diseñada en el formato Likert (acuerdo-desacuerdo) que incluyó 6 alternativas de respuesta, sin la puntuación neutral, la constituyeron 17 ítems (Apéndice F).

Se recopiló la información y se realizó el respectivo análisis estadístico descriptivo a través de los programas Excel y SPSS versión 10, lo que permitió determinar las medias y las desviaciones estándar para la aplicación de la Prueba estadística “t” de Student, con el objetivo de verificar si la diferencia entre las medias, en cada una de las variables en estudio, era significativa.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

En cuanto a las características demográficas de los 289 estudiantes encuestados de las 6 Instituciones de la Parroquia Antonio Spinetti Dini, se observó un predominio del sexo femenino, representando un 53,63% de la población encuestada y la mayoría de la población eran solteros, 93,08%, como es de esperarse para el grupo de edad en estudio. En la Tabla N° 1 se aprecian los resultados obtenidos.

En cuanto a los antecedentes psiquiátricos personales, el 29,41% los refirió y un mayor porcentaje se obtuvo para los antecedentes psiquiátricos familiares 35,29%.

En la Tabla N° 2 se aprecia el promedio de edades según las instituciones estudiadas, va de 14,4 a 15,6 años con un promedio de la muestra de 15,3 años.

Tabla N° 1
Valores porcentuales de adolescentes entre 14 y 16 Años de Institutos Educativos de la Parroquia Antonio Spinetti Dini, según características demográficas y antecedentes psiquiátricos. Mérida, 2007.

Característica	Institución						Total muestra
	1*	2*	3*	4*	5*	6*	
Masculino	43,75	45,45	90,91	30,95	56,14	35,29	46,37
Femenino	56,25	54,55	9,09	69,05	43,86	64,71	53,63
Soltero	68,75	86,36	87,88	95,24	96,49	96,64	93,08
Otro est. civil	31,25	13,64	12,12	4,76	3,51	3,36	6,92
Antecedentes							
Psi. Personales	43,75	31,82	51,52	14,29	29,82	26,05	29,41
Psi. Familiares	25,00	36,36	21,21	26,19	49,12	36,97	35,29

Fuente: datos de la investigación

*(1: Unidad Educativa Gustavo Garrido, 2: Unidad Educativa Carlos Emilio Muñoz Oraa, 3: Unidad Educativa Talento Deportivo Mérida, 4: Unidad Educativa Alberto Carnevalli, 5: Unidad Educativa Arzobispo Silva, 6: Unidad Educativa Simón Rodríguez)

Tabla N° 2
Valores promedio de adolescentes entre 14 y 16 años de Institutos Educativos de la Parroquia Antonio Spinetti Dini, según edad. Mérida, 2007.

	Institución						Total muestra
	1*	2*	3*	4*	5*	6*	
Promedio Edad (años)	14,4	15,5	14,8	15,6	14,8	15,6	15,3

Fuente: datos de la investigación

*(1: Unidad Educativa Gustavo Garrido, 2: Unidad Educativa Carlos Emilio Muñoz Oraa, 3: Unidad Educativa Talento Deportivo Mérida, 4: Unidad Educativa Alberto Carnevalli, 5: Unidad Educativa Arzobispo Silva, 6: Unidad Educativa Simón Rodríguez)

En la Tabla N° 3 se presentan los resultados de la aplicación del Método de Graffar Modificado para determinar el estrato socioeconómico de la muestra, donde la mayoría pertenece al estrato social II, con un 38,75% del total, así mismo se observa que el estrato con menor proporción es el V, con un 0,35%.

Tabla N° 3
Valores porcentuales de adolescentes entre 14 y 16 años de Institutos Educativos de la Parroquia Antonio Spinetti Dini según estrato socioeconómico. Mérida, 2007.

Estrato Social	Institución						Total muestra
	1*	2*	3*	4*	5*	6*	
I	25,00	50,00	24,24	4,76	21,05	2,52	13,84
II	43,75	40,91	30,30	28,57	66,67	30,25	38,75
III	31,25	9,09	39,39	28,57	12,28	39,50	29,76
IV	-	-	6,06	38,10	-	26,89	17,30
V	-	-	-	-	-	0,84	0,35

Fuente: datos de la investigación

*(1: Unidad Educativa Gustavo Garrido, 2: Unidad Educativa Carlos Emilio Muñoz Oraa, 3: Unidad Educativa Talento Deportivo Mérida, 4: Unidad Educativa Alberto Carnevalli, 5: Unidad Educativa Arzobispo Silva, 6: Unidad Educativa Simón Rodríguez)

USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

En cuanto al uso de sustancias psicoactivas, en la Tabla N° 4 se presentan los resultados obtenidos en valores absolutos y porcentuales del uso del tabaco, el chimó y el alcohol, considerando la edad de inicio del referido uso.

Dentro del grupo de consumidores, se puede observar que el alcohol es la sustancia psicoactiva de mayor uso, con un 81,06%, en segundo lugar está el tabaco con 12,50% y por último el chimó con 6,44%.

Tabla N° 4
Valores absolutos y porcentuales de adolescentes entre 14 y 16 años de Institutos Educativos de la parroquia Antonio Spinetti Dini según edad de inicio del uso de tabaco, chimó y alcohol. Mérida, 2007.

Edad	Sustancia					
	Tabaco		Chimó		Alcohol	
	N°	%	N°	%	N°	%
7					3	1,40
8					1	0,47
9					3	1,40
10	1	3,03			33	15,42
11	2	6,06	2	11,76	11	5,14
12	3	9,09				
13	7	21,21	6	35,29	37	17,29
14	7	21,21	4	23,53	73	34,11
15	12	36,36	5	29,41	44	20,56
16	1	3,03			9	4,21
Total	33	12,50	17	6,44	214	81,06

Fuente: datos de la investigación

En la Tabla N° 4 se aprecia que la edad de inicio más frecuente para el uso de tabaco fue a los 15 años, con 36,36% de los consumidores, del chimó a los 13 años con 35,29% y del alcohol a los 14 años con 34,11%. Sin embargo ya a los 10 años, se reportaron algunos casos de inicio de consumo de tabaco, pero en menor proporción; el menor inicio de consumo de chimó se reportó a los 11 años y para el alcohol se encontraron inicios de consumo en la población desde los 7 años.

En la Tablas N° 5 se exponen los resultados obtenidos en números de adolescentes y los respectivos valores porcentuales, en cuanto al uso de otras drogas donde se incluyen la marihuana, tranquilizantes, cocaína, heroína y psicodislépticos.

Dentro del grupo de consumidores, se observa que la droga de mayor consumo es la marihuana, con 53,85%, en segundo lugar los tranquilizantes y la cocaína, con 15,38% respectivamente, seguido de los psicodislépticos con 11,54% y por último la heroína con 3,85%.

www.bdigital.ula.ve

Tabla N° 5

Valores absolutos y porcentuales de adolescentes entre 14 y 16 años de Institutos Educativos de la Parroquia Antonio Spinetti Dini según edad de inicio del uso de otras drogas. Mérida, 2007.

Edad	Sustancia									
	Marihuana		Tranquilizantes		Cocaína		Heroína		Psicodislépticos	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
10	1	7,14	1	25,00						
11										
12	2	14,29							1	33,33
13	4	28,57	1	25,00	1	25,00	1	100,00	1	33,33
14	2	14,29			1	25,00				
15	5	35,71	2	50,00					1	33,33
16					2	50,00				
Total	14	53,85	4	15,38	4	15,38	1	3,85	3	11,54

Fuente: datos de la investigación

El mayor porcentaje de inicio del consumo de marihuana es a los 15 años, con un 35,71%, situación semejante ocurre con los tranquilizantes, donde se reportó el 50% del inicio del consumo a los 15 años. Para la cocaína el mayor porcentaje de inicio ocurrió a los 16 años. Un solo caso se reportó para el uso de cocaína que se inició a los 13 años. Para los psicodislépticos, se encontraron inicio a los 12, 13 y 15 años, en igual proporción (33,33%). Es importante destacar la existencia de inicio de consumo a los 10 años de edad para la marihuana y los tranquilizantes, pero en menor proporción.

ABUSO Y DEPENDENCIA DE TABACO, CHIMÓ Y ALCOHOL

En las Tablas N° 6 se aprecian los resultados obtenidos para los criterios de dependencia al tabaco y del chimó, y abuso y dependencia para el alcohol tanto en valor absoluto como porcentual.

La dependencia al tabaco fue de 6,36% en la U.E Simón Rodríguez, siendo el mayor valor obtenido para este criterio, el porcentaje más alto para el abuso y dependencia de alcohol fue de 27,27% y 33,33% respectivamente en la U.E Talento Deportivo Mérida. Es necesario destacar que en la U.E Simón Rodríguez se presentan 31 casos de abuso de alcohol y 21 de dependencia de alcohol que son los mayores valores registrados en las 6 instituciones, sin embargo su proporción es menor que en la U.E Talento Deportivo Mérida debido a la diferencia del número de encuestas realizadas en ambas instituciones. En ninguna de las instituciones se encontró dependencia al chimó.

El abuso de alcohol para el grupo total de adolescentes se reportó en 59 adolescentes, lo que corresponde al 20,42%, para la dependencia al alcohol cumplieron los criterios 49 adolescentes, que representan 16,96% de la población. La dependencia al tabaco se encontró en 6 alumnos, que constituyen el 2,08%.

Tabla N° 6
Valores absolutos y porcentuales de adolescentes entre 14 y 16 años de los
Institutos Educativos de la Parroquia Antonio Spinetti Dini según sustancia
consumida y el tipo de consumo. Mérida, 2007.

Instituciones		Dependencia del tabaco	Dependencia del chimó	Abuso del alcohol	Dependencia del alcohol
	N°			2	1
1*	%			12,50	6,25
	N°			5	5
2*	%			22,73	22,73
	N°			9	11
3*	%			27,27	33,33
	N°	1		6	2
4*	%	2,38		14,29	4,76
	N°	1		6	9
5*	%	1,75		10,53	15,79
	N°	4		31	21
6*	%	6,36		26,05	17,65
Total		2,08		20,42	16,96%

Fuente: datos de la investigación

*(1: Unidad Educativa Gustavo Garrido, 2: Unidad Educativa Carlos Emilio Muñoz Oraa, 3: Unidad Educativa Talento Deportivo Mérida, 4: Unidad Educativa Alberto Carnevalli, 5: Unidad Educativa Arzobispo Silva, 6: Unidad Educativa Simón Rodríguez)

ABUSO Y DEPENDENCIA A OTRAS DROGAS

En la Tabla 7 se evidencia que un solo alumno del total de la muestra cumplió con los criterios de abuso y dependencia a otras drogas, correspondiendo éste a un adolescente de la U.E Talento deportivo Mérida. Representa el 0,34% del total de la muestra.

Tabla N° 7
Valores absolutos y porcentuales de adolescentes entre 14 y 16 años de los Institutos Educativos de la Parroquia Antonio Spinetti Dini según abuso y dependencia a otras drogas. Mérida, 2007.

Institución		Abuso otras drogas	Dependencia otras drogas
	N°	1	1
6*	%	0,34%	0,34%

Fuente: datos de la investigación

*(1: Unidad Educativa Gustavo Garrido, 2: Unidad Educativa Carlos Emilio Muñoz Oraa, 3: Unidad Educativa Talento Deportivo Mérida, 4: Unidad Educativa Alberto Carnevalli, 5: Unidad Educativa Arzobispo Silva, 6: Unidad Educativa Simón Rodríguez)

AGRESIVIDAD

www.bdigital.ula.ve

Con los valores obtenidos para la agresividad en la muestra total, se realizó un histograma de frecuencia que permitió categorizar los resultados en tres grupos. Se determinó la agresividad con un puntaje bajo, medio y alto según los resultados obtenidos en el instrumento Ge-Agre, tal como se describe en el Apéndice G. En la Tabla N° 8 se presentan para cada categoría de agresividad el puntaje correspondiente.

Tabla N° 8
Agresividad según puntaje

Categoría	Puntaje
Bajo	≤ 40
Medio	41 - 70
Alto	≥ 71

Fuente: datos de la investigación

En la Tabla N° 9 se evidencia que para el total de la muestra la categoría de agresividad baja, reportó un 13,15%, agresividad media 77,51% y agresividad alta, un 9,34%. La

mayor proporción de estudiantes se encontró en la categoría de agresividad media de acuerdo a las categorías utilizadas.

Tabla N° 9
Valores absolutos y porcentuales de agresividad de los adolescentes entre 14 y 16 años de los Institutos Educativos de la Parroquia Antonio Spinetti Dini. Mérida, 2007.

Agresividad	N° casos	%
Baja	38	13,15
Media	224	77,51
Alta	27	9,34
Total	289	100

Fuente: datos de la investigación

En la Tabla N° 10 se expresan los valores absolutos y porcentuales para la agresividad, en la U.E Gustavo Garrido, más de la mitad de la población encuestada reportó agresividad media, con un 56,25%, seguida de agresividad alta, con 25% y finalmente se expresa la agresividad baja con 18,75%. En la U.E Carlos Emilio Muñoz Oraa predominó la categoría de agresividad baja, con un 86,36%, seguida de 13,64% para la media y no se reportaron casos de agresividad alta.

Tabla N° 10
Valores absolutos y porcentuales de agresividad de los adolescentes entre 14 y 16 años de las Instituciones Gustavo Garrido y Carlos Emilio Muñoz Oraa. Mérida, 2007.

Agresividad	Institución			
	1*		2*	
	N° casos	%	N° casos	%
Baja	3	18,75	19	86,36
Media	9	56,25	3	13,64
Alta	4	25,00	0	0,00
Total	16	100	22	100

Fuente: datos de la investigación

1: Unidad Educativa Gustavo Garrido, 2: Unidad Educativa Carlos Emilio Muñoz Oraa

En la Tabla N° 11 se publican los resultados obtenidos para la U.E Talento Deportivo Mérida y Alberto Carnevalli, expresados tanto en valores absolutos como porcentuales. Se encontró en ambas instituciones un predominio de la agresividad media con un 75,76% y 78,57%, respectivamente.

Tabla N° 11
Valores absolutos y porcentuales de agresividad de los adolescentes entre 14 y 16 años de las Instituciones Talento Deportivo Mérida y Alberto Carnevalli. Mérida, 2007.

Agresividad	Institución			
	3*		4*	
	N° casos	%	N° casos	%
Baja	7	21,21	4	9,52
Media	25	75,76	33	78,57
Alta	1	3,03	5	11,90
Total	33	100	42	100

Fuente: datos de la investigación

*3: Unidad Educativa Talento Deportivo Mérida, 4: Unidad Educativa Alberto carnevalli

En la Tabla N° 12 se enuncian la U.E Arzobispo Silva y Simón Rodríguez, en las cuales la categoría dominante fue la de agresividad media con 84,21% y 75,63% respectivamente, luego según el porcentaje, continuaba la agresividad baja, seguida de agresividad alta con 7,02% y 8,40% para cada institución.

Tabla N° 12
Valores absolutos y porcentuales de agresividad de los adolescentes entre 14 y 16 años de las Instituciones Arzobispo Silva y Simón Rodríguez. Mérida, 2007.

Agresividad	Institución			
	5*		6*	
	N° casos	%	N° casos	%
Baja	5	8,77	19	15,97
Media	48	84,21	90	75,63
Alta	4	7,02	10	8,40
Total	57	100	119	100

Fuente: datos de la investigación

5: Unidad Educativa Arzobispo Silva, 6: Unidad Educativa Simón Rodríguez)

En la Tabla N° 13 se clasifican a los adolescentes de la muestra total según sexo, donde existen 155 adolescentes del sexo femenino y 134 del sexo masculino, al determinar la agresividad, se obtuvo para ambos grupos un promedio de 52,9 y 54,7 puntos donde no se evidencia diferencias estadísticamente significativas para un nivel del 5% de confiabilidad según la Prueba t de Student.

Tabla N° 13
Agresividad en los adolescentes entre 14 y 16 años de los Institutos Educativos de la
Parroquia Antonio Spinetti Dini, según Sexo.
Mérida, 2007.

Sexo	N° Adolescentes	Puntaje Promedio	Desviación Estándar
Femenino	155	52,9	12,58
Masculino	134	54,7	12,38

Fuente: datos de la investigación

www.bdigital.ula.ve

En la Tabla N° 14 se muestran los estratos sociales de la población según el método Graffar modificado con sus respectivos valores promedios de agresividad y desviación estándar, se observa que del estrato I al IV hay variación en cuanto a los valores absolutos, sin embargo no presentan diferencia estadísticamente significativa para un nivel de confiabilidad del 5% utilizando la Prueba de t de Student. No se consideró el estrato V porque es la muestra hay un solo adolescente que pertenece a ese estrato.

En la Tabla N° 15 se expresa la agresividad promedio de los adolescentes tomando en consideración la dependencia o no al alcohol, se demostró que la agresividad promedio del grupo no dependiente es de 52,6 puntos y la del grupo de adolescentes dependientes es de 59,3 puntos, siendo estos resultados estadísticamente significativos para un nivel de confiabilidad del 5% según la Prueba estadística t de Student. En el Gráfico N° 1 se expresan el número de estudiantes que cumplieron los criterios para dependencia al alcohol y los que no, junto con los puntajes obtenidos de agresividad para ambos grupos.

Tabla N° 14
Agresividad en los adolescentes entre 14 y 16 años de los Institutos Educativos de la
Parroquia Antonio Spinetti Dini, según estrato socioeconómico.
Mérida, 2007.

Estrato Social	N° Adolescentes	Agresividad	
		Puntaje Promedio	Desviación Estándar
I	40	58,2	14,4
II	112	53,5	11,3
III	86	52,4	11,1
IV	50	53,1	15,0
V	1	46,0*	_*
Total	289	53,7	12,48

Fuente: datos de la investigación

*El Estrato Social V presenta un solo valor por lo cual la media no es representativa y no se puede calcular la desviación estándar.

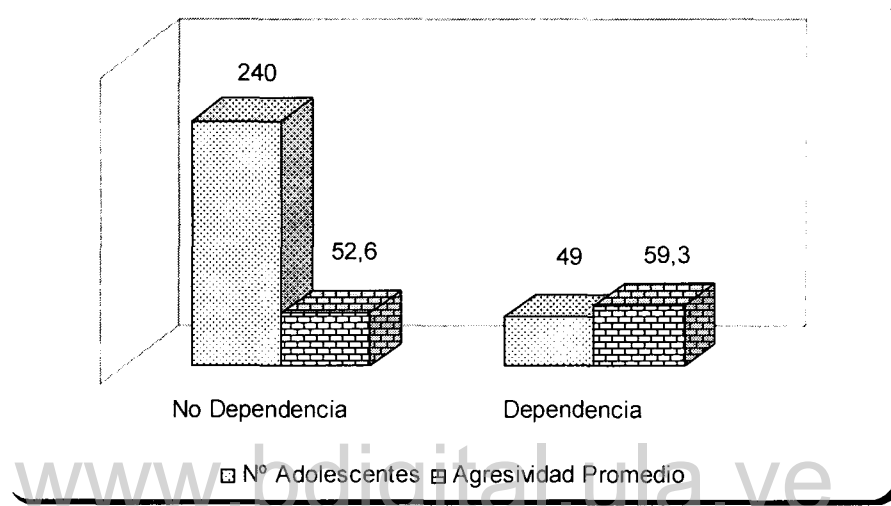
www.bdigital.ula.ve

Tabla N° 15
Agresividad en los adolescentes entre 14 y 16 años de los Institutos Educativos de la
Parroquia Antonio Spinetti Dini, según dependencia al alcohol.
Mérida, 2007.

Alcohol	N° Adolescentes	Agresividad	
		Puntaje Promedio	Desviación Estándar
No Dependencia	240	52,6	12,12
Dependencia	49	59,3	12,84
Total	289	53,7	12,48

Fuente: datos de la investigación

Gráfico N° 1
Agresividad en los adolescentes entre 14 y 16 años de los Institutos Educativos de la
Parroquia Antonio Spinetti Dini, según agresividad y dependencia al alcohol.
Mérida, 2007.



Fuente: datos de la investigación

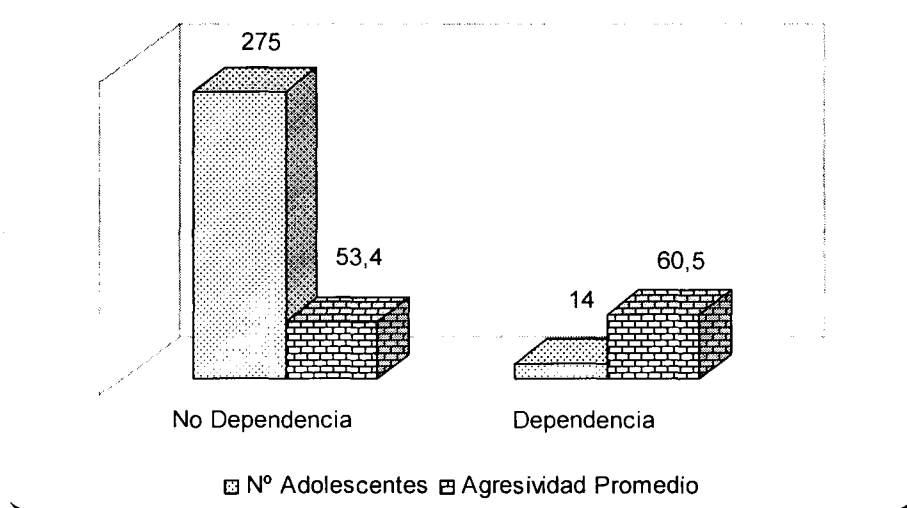
En la Tabla N° 16 se exponen los resultados obtenidos para los adolescentes que consumen marihuana y los que no, de cada grupo se calculó la agresividad promedio y sus respectivas desviaciones estándar. En el grupo que no consume marihuana, la agresividad promedio fue de 53,4 puntos, mientras que para el grupo que si consume fue de 60,5 puntos, siendo estos valores estadísticamente significativos según la prueba t de Student. En el Gráfico N° 2 se muestran el número de adolescentes según su dependencia o no a la marihuana, junto con el puntaje de agresividad determinada para cada grupo.

Tabla N° 16
Agresividad en los adolescentes entre 14 y 16 años de los Institutos Educativos de la
Parroquia Antonio Spinetti Dini, según consumo de marihuana.
Mérida, 2007.

Marihuana	N° Adolescentes	Agresividad	
		Puntaje Promedio	Desviación Estándar
No Consumo	275	53,4	12,37
Consumo	14	60,5	13,29
Total	289	53,7	12,48

Fuente: datos de la investigación

Gráfico N° 2
Agresividad en los adolescentes entre 14 y 16 años de los Institutos Educativos de la
Parroquia Antonio Spinetti Dini, según dependencia a la marihuana.
Mérida, 2007.



Fuente: datos de la investigación

DISCUSIÓN

La población en estudio estuvo conformada por 289 estudiantes de las 6 instituciones que constituyen la Parroquia Antonio Spinetti Dini, en ellos dominó el sexo femenino y la mayoría de los estudiantes eran solteros. Manifestaron antecedentes psiquiátricos tanto personales como familiares, elemento relevante debido a que se ha demostrado que los individuos con antecedentes familiares de trastornos mentales son más propensos a sufrir de estos trastornos (9). El promedio de edades de la muestra fue de 15,3 años, promedio esperado debido a que la recolección de la muestra fue dentro del rango de los 14 a 16 años siendo esto, correspondiente a la adolescencia intermedia, etapa según algunos autores en las que se intensifican los conflictos del adolescente, debido a que implica el inicio de la independización de sus padres (3).

La mayoría de la población perteneció al estrato socioeconómico II, según el Método de Graffar, el cual fue modificado por el Dr. Hernán Méndez Castellano, siendo validado durante el curso de la Investigación Nacional de Crecimiento y Desarrollo (FUNDACREDESA) realizada en el país, (38). La determinación del nivel socioeconómico es importante debido a las conclusiones obtenidas por Machado, en el 2002, donde encontró que se incrementa el consumo de sustancias psicoactivas en las clases sociales media y alta particularmente en los términos de alcohol y tabaco (32). Adicionalmente, reconocer el estrato socioeconómico es relevante debido a que todos los procesos en los que ocurre la vida de los adolescentes, van a ser influenciados por diferentes determinantes no sólo socioeconómicos, sino regionales, étnicos y de género, que delimitan grupos, territorios sociales donde las condiciones de vida, la respuesta social y los factores individuales generan necesidades diferenciales que inducen a desarrollar comportamientos y diversos grados de vulnerabilidad dependiendo de la presencia de factores protectores y de riesgo (10).

En los adolescentes encuestados el alcohol fue la sustancia psicoactiva de mayor uso con un 81,06%, en segundo lugar está el tabaco con 12,50% y por último el chimó con 6,44%, resultados semejantes se obtuvo en una investigación realizada en el Departamento de Ciencias de la Conducta, de la Universidad de los Andes en el mes de Febrero de este año, donde encuestó a un grupo de estudiantes, donde obtuvo la prevalencia vital de uso más elevada para el alcohol (80,6%), seguida de otra sustancia que igualmente posee una reconocida capacidad adictiva y generadora de dependencia: tabaco fumado (16,7%) (39). La probable causa es que el alcohol etílico se utiliza desde tiempo inmemorial como modificador del estado de ánimo, produce un optimismo transitorio, euforia, sensación subjetiva de bienestar y cordialidad y cada bebedor por iniciativa propia o por influencia de su grupo busca algunos de tales efectos (40). Según cifras de la Oficina Nacional Antidrogas (O.N.A), en su reporte del año 2006, indica la embriaguez, como la tercera causa conocida o presunta del acto suicida (24). Se ha establecido otra relación entre el consumo de sustancias psicoactivas en las clases sociales media y alta particularmente en los términos de alcohol y tabaco, según lo determinó el estudio realizado en Sao Paulo, en el año 2002. (30).

Según la O.N.A para el año 2006, 6.523 personas de todo el país acudieron a los centros de tratamiento y rehabilitación, reportándose datos semejantes a los obtenidos, ya que la droga de inicio fue el alcohol con 39,80% (24). El mayor porcentaje para la edad de inicio de la primera droga utilizada según la O.N.A fue de 45,59% para el grupo de 10 a 14 años, en los datos logrados en la investigación este mismo grupo de edad reportó un 71,96%, el mayor inicio de consumo para las bebidas alcohólicas ocurrió a los 14 años, sin embargo se reportaron algunos casos de inicio del uso del alcohol desde los 7 años, pero en menor proporción (1,40%).

El mayor porcentaje para el inicio tabaco se reportó a los 15 años y para el chimó a los 13, sin embargo se encontraron adolescentes cuyas edades de inicio fueron a los 10 y 11 años para ambas sustancias, aunque en menores proporciones. De acuerdo con encuestas

del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y la Fundación Antitabáquica de Venezuela, los fumadores adultos han descendido en los últimos 12 años de 39.8% en 1984 a 30% en 1996. Sin embargo, en los adolescentes menores de 15 años la prevalencia de fumadores para los mismos años ha aumentado de un 2.7% a un 7%, siendo este aumento más significativo en el sexo femenino (10).

Dentro de la categoría otras drogas, la droga de mayor consumo fue la marihuana, con 53,85%, seguido de los tranquilizantes y la cocaína, con 15,38% para cada uno, se afirma que la marihuana es la droga más consumida en el mundo y la región de América Latina no es la excepción, sin embargo los índices de consumo son inferiores a los reportados en Estados Unidos (14).

El mayor porcentaje de inicio para el consumo de marihuana fue a los 15 años, con 35,71%, la misma edad se reportó para los tranquilizantes, sin embargo cabe destacar la existencia del consumo de marihuana a los 10 años de edad, pero en menor proporción. Según el Observatorio Español de Drogas, en el año 2000, citado por Mardomingo, en España, la secuencia natural del consumo suele empezar a los 10-12 años con alcohol y tabaco, más tarde con marihuana y estimulantes, para terminar en heroína y más frecuentemente en cocaína, el consumo se caracteriza porque no se limita a grandes ciudades o a un grupo sociocultural concreto (7).

Al hacer referencia a cada una de las instituciones, se encontró que en la U.E Simón Rodríguez, la dependencia al tabaco fue de 6,36% , siendo el mayor valor obtenido para este criterio, el porcentaje más alto para el abuso y dependencia de alcohol fue de 27,27% y 33,33% respectivamente en la U.E Talento Deportivo Mérida. En ninguna de las instituciones se encontró dependencia al chimó.

Para la población total encuestada, el abuso de alcohol correspondió a un 20,42% (59 adolescentes), un 16,96% de dependencia al alcohol (49 adolescentes) y un 2,08% de

dependencia al tabaco (6 adolescentes), se encontró un caso que cumplió con los criterios de abuso y dependencia de otras drogas correspondiendo éste a un adolescente de la U.E Talento Deportivo Mérida. Según la investigación realizada por el Departamento de Ciencias de la Conducta, en este año, la dependencia al alcohol fue de 4,3%, al tabaco 4,2% y a otras drogas 0,9% manteniéndose en ambas investigaciones el mismo orden de frecuencia (39).

En cuanto a la agresividad, para el total de la muestra la categoría de agresividad baja, reportó un 13,15%, agresividad media 77,51% y agresividad alta, un 9,34%. La mayor proporción de estudiantes se ubicó en la categoría de agresividad media de acuerdo a los criterios utilizados. Algunos individuos adoptan conductas que los colocan en dificultades antes la sociedad y la ley, tales como la agresión impulsiva, la piromanía y la cleptomanía (41), por esto posiblemente a una gran cantidad de personas le gustaría librarse de los aspectos destructivos de la agresividad, pero si esto fuera posible, se destruirían los aspectos positivos del impulso agresivo y es posible que se suprimiera además la capacidad de iniciativa (14). La base del comportamiento agresivo subyace en elementos biológicos, es algo evocativamente adquirido, que existe porque garantiza la eficacia biológica y la capacidad de supervivencia de la especie humana (17).

Al relacionar la agresividad con el sexo, se encontró que la muestra total estaba conformada por 155 adolescentes del sexo femenino y 134 del sexo masculino, al determinar la agresividad en ambos grupos, se obtuvo un puntaje de de 52,9 y 54,7 respectivamente, donde no se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas para un nivel del 5% de confiabilidad, utilizando la t de Student, es decir, la expresión de la agresividad en la población estudiada pareciera no depender del sexo, caso contrario a lo reportado por Molina G. donde reporta que las hembras adolescentes son más agresivas que los varones en cuanto a agresión verbal, hostilidad y agresión global, con valores estadísticamente significativos, mientras que los varones superan en la agresión física (20).

Springer, en el 2006, también encontró diferencias significativas entre géneros en su investigación realizada en El Salvador, donde determinaron una gran diferencia de factores de riesgo entre géneros, hallaron alta prevalencia de sentimientos de tristeza, ideación suicida y relaciones sexuales forzadas entre femeninas y alta actividad sexual y alto consumo de sustancias en los hombres (28).

La agresividad en los diferentes estratos sociales demostró que hay diferencias en cuanto a los valores absolutos entre los estratos, sin embargo las diferencias no son estadísticamente significativas (para un nivel de confiabilidad del 5%, utilizando la t de Student). Según Téllez-Vargas, en el 2000, las crisis de violencia son más frecuentes en los varones de bajo estrato socioeconómico, que han presentado antecedentes de violencia o historia de falta de control de los impulsos (41), situación que no se evidenció en esta investigación.

Se expresó la agresividad de los adolescentes tomando en consideración la dependencia o no al alcohol, debido a que fue la droga de inicio en la mayoría de la población, se demostró que la agresividad promedio del grupo no dependiente fue de 52,6 puntos y la del grupo de adolescentes dependientes fue de 59,3 puntos, siendo estos resultados estadísticamente significativos para un nivel de confiabilidad del 5% usando la t de Student. Las siguientes características conductuales son propias de adolescentes que abusan o dependen de las sustancias: impulsividad, agresividad, búsqueda de sensaciones, baja evitación al daño, incapacidad para postergar gratificaciones como lo afirma De la Peña-Olvera en su investigación denominada “Tratamiento multisistémico en adolescentes con Trastorno Disocial” en el año 2003 (42).

Para los adolescentes que consumen marihuana la agresividad promedio fue de 60,5 puntos, mientras que los que no consumen obtuvieron un 53,4, donde se encontraron valores estadísticamente significativos al aplicarle la Prueba t de Student. Monshouwer, reporta que en su investigación de 5551 alumnos entre 12 y 16 años, estudiantes de

instituciones de América del Norte y Europa encontraron una fuerte asociación entre delincuencia y conducta agresiva y el uso de marihuana, que se hicieron más fuertes con el incremento en la frecuencia del uso de esta sustancia (43). Cava manifestó que las drogas “afectan las sustancias del cerebro que controlan la agresividad”, lo que “no significa que 100% de los que consumen drogas ejerzan la violencia”, sin embargo sustancias como la cocaína, el éxtasis y las anfetaminas (speed) “pueden predisponer” a no controlar la agresividad. Turbi, en el mismo artículo, apuntó que entre los adictos en rehabilitación sí suelen darse antecedentes de violencia (7). De la Peña-Olvera manifiesta que en el caso de la marihuana, tanto en estudios en animales como en humanos, los cannabinoides reducen la agresividad y que cuando se observa, debe explicarse por fenómenos no farmacodinámicos (42).

www.bdigital.ula.ve

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

En la población estudiada dominó el sexo femenino y la mayoría eran solteros. Manifestaron antecedentes psiquiátricos tanto personales (29,41%) como familiares (35,29%). El promedio de edad fue de 15,3 años. La mayoría de la población perteneció al estrato socioeconómico II, según el Método de Graffar modificado.

El alcohol fue la sustancia de mayor uso por los adolescentes, con un mayor porcentaje de inicio del consumo a los 14 años, seguida por el tabaco y el chimó. La droga más frecuente dentro de la categoría de otras drogas fue la marihuana, con mayor proporción de consumo a los 13 años. Se reportaron casos a menores edades pero en menor proporción.

La mayor proporción de estudiantes se encontró en la categoría de moderada agresividad de acuerdo a las categorías utilizadas. Los adolescentes de la muestra total según sexo, correspondían a 155 adolescentes del sexo femenino y 134 del sexo masculino, al determinar la agresividad, se obtuvo para ambos grupos un puntaje de 52,9 y 54,7 donde no se evidencia diferencias estadísticamente significativas para un nivel del 5% de confiabilidad.

Al relacionar la agresividad con los estratos sociales de la población según el método Graffar modificado no se encontraron diferencias estadísticamente significativa para un nivel de confiabilidad del 5%.

En la a población total, el grupo que no consume marihuana obtuvo un puntaje de agresividad de 53,4 mientras que para el grupo que si consume fue de 60,5, siendo estos valores estadísticamente significativos por la Prueba t de Student, resultados que permiten concluir que la agresividad es mayor en los adolescentes consumidores de sustancia psicoactivas.

RECOMENDACIONES

Determinar el uso de sustancias psicoactivas y agresividad en estudiantes que formen parte de la adolescencia temprana y tardía a fin de determinar si existen diferencias en los resultados obtenidos.

Aplicar los instrumentos utilizados en otras áreas geográficas para determinar posibles influencias culturales en el inicio y tipo de sustancia psicoactiva consumida.

Ampliar la información de los instrumentos solicitando las causas que llevaron al consumo de sustancias psicoactivas a fin de proponer estrategias de prevención, diagnóstico y rehabilitación.

Utilizar otras escalas que permitan determinar la agresividad de los y las adolescentes, considerando sexo, estrato social y presencia o no del consumo de sustancias psicoactivas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Solórzano M, Bradt C. Estudio Integral del Ser Humano y su Familia. Venezuela: La Bodomiana; 2001.
- 2.-Silva-Madriz C. Terapia Familiar. Venezuela: Consejo de Publicaciones de la Universidad de los Andes; 1998.
- 3-De la Revilla L. Conceptos e instrumentos de la atención Familiar. España: Ediciones Doyma; 1994.
- 4-Magdaleno M, Plan de Acción Regional sobre Salud de Adolescentes. Washington, recuperado el 27-09-07 de <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/ca-plandeaccion.pdf>.
- 5.-Meneghello J, Fanta E, Paris E. Pediatría. Argentina: Editorial Panamericana. 5ta Edición; 1997.
- 6.-Papalia D, Wedkos Olds S, Duskin R. Psicología de la Infancia y la Adolescencia. México: Editorial Mc Graw Hills Interamericana; 2005.
- 7.-Mardomingo M. Características Clínicas del Consumo de Drogas en la Adolescencia. Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan 2004; 1: 27-35.
- 8.-Esqueda L, Escalante G. Aportes a la Psicología Social de la Salud. Venezuela: Publicaciones Vicerrectorado Académico; 2006.
- 9.-Kaplan H, Sadock H. Sinopsis de Psiquiatría. México: Editorial Panamericana; 1999.

10.-Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Lineamientos Estratégicos para la Promoción y el Desarrollo de la Salud Integral de las y los Adolescentes en Venezuela; 2003. Recuperado el día 20-01-07 de http://www.opsoms.org.ve/bvs/textelectronicos/adolesc/Libro_adole_OPSI.pdf.

11.-Guerrero R. Plan de Acción Regional del Programa de Salud y Violencia. Washington; 2007. Recuperado el 28-09-07 de www.paho.org/spanish/gov/cd/ffcd_37.htm

12.-Escalante L. Abuso de Sustancias en Adolescentes: Estadísticas Según Encuesta Nacional 2000-2001. Costa Rica, recuperado el 20-08-07 de www.binasss.sa.cr/revistas/ays/7n1-2/art2.pdf.

13.-La Mirada de Jokin. Muestreo Comparativo sobre Consumo de Drogas entre Escolares de Aragón, país Vasco, 2006, recuperado de <http://argijokin.blogcindario.com/de> el 01-10-07.

14.-Alarcón R, Mazzotti G. Psiquiatría. Washington: Manual Moderno. 2da Edición; 2005.

15.-Diccionario de la Real Academia Española, versión 2 001, recuperado el 01-10-07 de <http://www.rae.es/>

16.-Mendizábal J. Anzures B. La Familia y el Adolescente. Revista Médica del Hospital General de México 1999; 62: 191-197.

17.-Castrilón D, Ortiz P, Vieco F. Cualidades Paramétricas del Cuestionario de Agresión de Buss y Perry en Estudiantes Universitarios de la Ciudad de Medellín. Revista Facultad Nacional de Salud Pública 2004; 22: 50-61.

- 18.-Vallejo-Nágera, J. Guía Práctica de Psicología. España: Ediciones Temas de Hoy; 2002.
- 19.-Laplanche J, Pontalis J. Diccionario de Psicoanálisis. Argentina: Editorial Paidós; 2001.
- 20.-Molina G. Estudio de la Agresión y/o violencia en un grupo de adolescentes de la III etapa de Educación Básica en Mérida. Venezuela: Universidad del Zulia; 2000.
- 21.-Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. 10^{ma} Edición. España: Editorial Panamericana; 2000.
- 22.-López-Ibor J. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV). España: Editorial Masson; 2005.
- 23.-Organización Panamericana de La Salud. La Salud en las Américas 1998; 1: 196-202
- 24.-Oficina Nacional Antidrogas. Patrón del Consumo de Drogas Año 2006. Recuperado el 20-01-07 de http://www.ona.gob.ve/Pdf/Consumo_2006.pdf
- 25.-Harris Ch. El Problema del Alcohol. Organización Panamericana de la Salud 2005; 10: 1-9, recuperado el 20-09-07 de www.paho.org/spanish/DD/pin/numero21.
- 26.-Richter M, Bowles D, Melzer W, Hurrelmann K. Bullying, psychosocial health and risk behaviour in adolescence Gesundheitswesen. 2007; 69: 475-82.
- 27.- Mazur A, Booth A. Testosterone and dominance in men. Behavioral and Brain Sciences. 1998; 21: 353-363.

- 28.-Springer A, Selwyn B, Kelder S. A Descriptive Study of Youth Risk Behavior in Urban and rural secondary school students in El Salvador. BMC Int Health Hum Rights. 2006; 11: 6-3
- 29.-Porras S, Salamero M, Sender S. Adaptación española del Buss y Perry agresión questionnaire. C. Med. Psicosom 2001; 60: 7-12
- 30.- Machado E, Dos Santos M. Adolescence and the Consumption of Psychoactive Substances: The Impact of the Socioeconomic Status. Rev Latino-am Enfermagem.2007; 15: 806-11.
- 31.-Juan C, De Pablos R, Sánchez L. Significación de la Calidad de Vida y Revitalización del Espacio Urbano. Un Estudio de Caso. Venezuela 2002; 34: 415 - 446. Recuperado el día 15- 01- 07 de http://www.saber.ula.ve/db/ssaber/Edocs/pubelectronicas/fermentum/numero_34/artic.9.
- 32.-Organización Panamericana de la Salud. Violencia que Afecta a los Jóvenes. Resolución CD37.R19, recuperado el 02-10-07 de <http://www.paho.org/spanish/AD/FCH/CA/sa-violencia.htm>
- 33.-Zazzali J. La Pericia Psiquiátrica. Argentina: Ediciones La Roca; 2006.
- 34.-De Sousa C. Fiabilidad de la ECID en la Detección de Factores de Riesgo del Abuso de Drogas en Adultos de Rio de Janeiro. Bol Oficina Sanit Panam 1994; 116 6 483-489 Recuperado de <http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v116n6p483.pdf>.
- 35.-Organización Panamericana de la Salud. Incrementarán Notablemente los Trastornos Mentales en América Latina y el Caribe. Washington; 2005. Recuperado de <http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps051209.htm> el día 15-01-07.

- 36.-Devereux G. Ensayo de Etnopsiquiatría General. Barcelona: Barral Editores; 1973.
- 37.- Alonso M, Caufield C, Gómez M. Consumo de Drogas y Violencia Laboral en Mujeres Trabajadoras de Monterrey. Rev Latino-am Enfermagem 2005; 13:1155-1163.
- 38.-Méndez-Castellano H. Los Índices Económicos, la Calidad de Vida y los Estudios del Crecimiento y Desarrollo de Poblaciones Humanas. Gac Méd Caracas 2001; 109 4:538-540.
- 39.- Castellano R, Delgado E, García A y col. Situación de los Trastornos por Uso de Alcohol, Tabaco y Otras Drogas en los Estudiantes de la Universidad de Los Andes Mérida; 2007.
- 40.-Vallejo-Nágera. Conócete a Ti Mismo. España; Ediciones Temas de Hoy; 2000.
- 41.-Téllez-Vargas J, Taborda L, Burgos C. Psicopatología Clínica. Bogota: Fundación Cultural Javeriana; 2000.
- 42.-De la Peña-Olvera Fr. Tratamiento multisistémico en adolescentes con Trastorno Disocial. Salud Pública de México 2003; 45 124-131.
- 43.-Monshouwer K, Van Dorsselaer S, Verdurmen J. Cannabis use and mental health in secondary school children 2006; 188: 148-153.

APÉNDICES

www.bdigital.ula.ve

APÉNDICE A

Instituciones Públicas Y Privadas que Conforman La Parroquia Antonio Spinetti Dini de la Ciudad de Mérida, Mérida 2007.

Institución	Edades	1 DIV	2 DIV	3 DIV	1 PROF	2 PROF	3 PROF
	14	0	0	0	46	1	0
U.E Simón	15	0	0	0	143	34	0
Rodríguez	16	0	0	0	40	124	40
	14	13	0	0	0	0	0
U.E Alberto	15	49	17	0	0	0	0
Carnevalli	16	36	36	0	0	0	0
	14	8	0	0	0	0	0
U.E Talento	15	44	10	0	0	0	0
Deportivo Mérida	16	8	49	0	0	0	0
	14	11	0	0	0	0	0
U.E Arzobispo	15	90	14	0	0	0	0
Silva	16	5	84	0	0	0	0
	14	8	1	0	0	0	0
U.E Gustavo	15	26	2	0	0	0	0
Garrido	16	4	17	0	0	0	0
	15	42	8	0	0	0	0
U.E Carlos E.	16	1	29	0	0	0	0
Muñoz Oraa	TOTAL	345	267	0	229	159	40

Fuente: Zona Educativa de la Ciudad de Mérida

TOTAL 1040 alumnos

APÉNDICE B

El tamaño de la muestra se calculó de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N}{1 + N e^2}$$

Donde n es el tamaño de la muestra, N será el universo y e será el error del 5%.

$$n = \frac{1040}{1 + (1040) \cdot (0.05)^2} = \frac{1040}{2.60} = 289 \text{ estudiantes}$$

APÉNDICE C

Número de encuestas calculadas para cada institución de la Parroquia Antonio Spinetti Dini, Mérida 2007.

Institución	Edades	Nº alumnos	Total alumnos	Nº Encuestas
U.E Simón Rodríguez	14	47	428	119
	15	177		
	16	204		
U.E Alberto Carnevalli	14	13	151	42
	15	66		
	16	72		
U.E Talento Dep. Mérida	14	8	119	33
	15	54		
	16	57		
U.E Arzobispo Silva	14	11	204	57
	15	104		
	16	89		
U.E Gustavo Garrido	14	9	58	16
	15	28		
	16	21		
U.E Carlos E. Muñoz O.	15	50	80	22
	16	30		
	TOTAL	1040		

Fuente: Zona Educativa de la Ciudad de Mérida.

APÉNDICE D

ESCALA GRAFFAR MODIFICADA

Es una escala que consta de 4 indicadores con 5 preguntas cada uno, utilizada para determinar el estrato socioeconómico de la población, donde la respuesta correcta se encierra en un círculo, se suman los números señalados y de acuerdo al puntaje obtenido, se clasifican según el caso.

I.- Profesión del jefe de la familia:

- 1.-Universitario
- 2.-Técnico
- 3.-Empleado o pequeño comerciante
- 4.-Obrero especializado
- 5.-Obrero no especializado

II.-Nivel de instrucción de la madre:

- 1.-Universitario
- 2.-Técnico o bachiller
- 3.-Primaria completa o INCE
- 4.-Primaria incompleta
- 5.-Analfabeta

III.-Principal fuente de ingreso de la familia:

- 1.-Fortuna heredada o adquirida
- 2.-Ganancias, beneficios y honorarios profesionales
- 3.-Sueldo mensual
- 4.-Sueldo semanal
- 5.-Donaciones de origen público o privado

IV Condiciones de alojamiento

- 1.-Vivienda con óptimas condiciones sanitarias y ambientales de gran lujo y grandes espacios.

2.- Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo, sin exceso y suficientes espacios

3.-Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios no tan amplios como los anteriores

4.-Vivienda con ambientes espaciosos o reducidos y con deficiencias en las condiciones sanitarias

5.-Rancho o vivienda con espacios insuficientes y condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas

Puntaje	Estrato Social
4-5-6	I
7-8-9	II
10-11-12	III
13-14-15-16	IV
17-18-19-20	V

APÉNDICE E



ESTIMADO ALUMNO, el Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes a través del postgrado de Psiquiatría, está realizando un estudio sobre **Los Trastornos Emocionales y el Uso de Alcohol, Tabaco y Otras sustancias**, entre los estudiantes de ciertas Instituciones educativas, mediante una Encuesta ANÓNIMA y CONFIDENCIAL. Por ello, **USTED** ha sido seleccionado **ALEATORIAMENTE** como participante en la muestra del estudio, por lo que le **solicitamos su más sincera y valiosa colaboración**.

Los resultados de este estudio permitirán **planificar y satisfacer las necesidades en la Prevención y en el Tratamiento** de los trastornos emocionales y los trastornos generados por el alcohol, tabaco y otras sustancias.

Si decide voluntariamente dar cumplimiento a su condición de Participante, le rogamos que siga las indicaciones y conteste, cada una de las preguntas de la Encuesta.

www.bdigital.ula.ve

ENCUESTA PARA LA COMUNIDAD ESTUDIANTIL SOBRE EL USO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS SUSTANCIAS

ESTA ES UNA ENCUESTA EPIDEMIOLOGICA ANÓNIMA,
LA INFORMACIÓN RECOGIDA ES ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL
ANTICIPADAMENTE, LE AGRADECEMOS SU ATENCIÓN Y SINCERIDAD.

POR FAVOR, MARQUE CON UNA "X"

LA ALTERNATIVA QUE USTED CONSIDERE ADECUADA,
DEJE EN BLANCO LA CASILLA QUE USTED NO DESEE CONTESTAR.

1. SEXO: MASCULINO: FEMENINO: 2. EDAD: años
3. ESTADO CIVIL: SOLTERO(A): CASADO(A), UNIDO(A), EMPAREJADO(A):...
VIUDO(A):..... DIVORCIADO(A), SEPARADO(A):.....
4. INSTITUTO EDUCATIVO: _____
5. ¿Ha consultado usted alguna vez un psiquiatra o psicólogo?..... Sí No
6. ¿Ha recibido algún familiar suyo tratamiento psiquiátrico o psicológico?.. Sí No

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ESTÁN RELACIONADAS CON EL USO DE TABACO/CIGARRILLOS.

CONTESTE CON UNA "X" EN LA CASILLA "SÍ" O "NO" DE ACUERDO CON LA RESPUESTA QUE USTED ESCOJA

7. En alguna época de su vida: ¿Ha fumado usted diariamente cigarrillos durante un mes o más?... Sí No
- SI RESPONDIÓ "SÍ" CONTINÚE CON LA PREGUNTA No. 8
SI RESPONDIÓ "NO" VAYA A LA PREGUNTA No. 14*
8. A que edad inició usted el consumo de cigarrillos? _____ años
9. Alguna vez en su vida, mientras padecía una enfermedad delicada, ¿continuó usted fumando cigarrillos/tabaco, a pesar de que usted sabía que no era prudente?..... Sí No
10. Ha tratado alguna vez de dejar de fumar o disminuir el número de cigarrillos que consume?..... Sí No
11. Algunas personas, cuando dejan de fumar presentan una serie de problemas. ¿Alguna vez, cuando usted intentó dejar de fumar, presentó alguno de los siguientes problemas?
- 11.1 ¿Estuvo Ud. desesperado por fumarse un cigarrillo?..... Sí No
- 11.2. ¿Estuvo Ud. irritable?..... Sí No
- 11.3. ¿Estuvo Ud. nervioso?..... Sí No
- 11.4. ¿Tuvo Ud. problemas para concentrarse?..... Sí No
- 11.5. ¿Tuvo Ud. dolor de cabeza?..... Sí No
- 11.6. ¿Estuvo Ud. somnoliento o adormitado?..... Sí No
- 11.7. ¿Sintió Ud. malestar en el estómago?..... Sí No
12. ¿Alguna vez consultó a un médico por algunos de sus problemas con el cigarrillo?.. Sí No
13. Defina Ud. cuando se fumó (o fuma) al menos media caja de cigarrillos diariamente.
- 13.1. Nunca fumó media caja o más al día..... Sí No
- 13.2. De un año para acá..... Sí No
- 13.3. Hace más de un año..... Sí No
- 13.4. No puede precisar..... Sí No

Por favor, pase la página.

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ESTÁN RELACIONADAS CON EL USO DEL CHIMÓ.

CONTESTE CON UNA "X" EN LA CASILLA "SÍ" O "NO" DE ACUERDO CON LA RESPUESTA QUE USTED ESCOJA

14. En alguna época de su vida: ¿Ha usado usted diariamente chimó durante un mes o más?...Sí No

SI RESPONDIÓ "SÍ" CONTINÚE CON LA PREGUNTA No. 15

SI RESPONDIÓ "NO" CONTINÚE EN LA PREGUNTA No.19

15. A que edad inició usted el consumo de chimó? _____ años

16. Alguna vez en su vida, mientras padecía una enfermedad delicada, ¿continuó usted usando el chimó, a pesar de que usted sabía que no era prudente?.....Sí No

17. Ha tratado alguna vez de dejar de usar el chimó o disminuir la cantidad que consume?.....Sí No

18. Algunas personas cuando dejan de usar el chimó presentan una serie de problemas, ¿alguna vez, cuando usted intentó dejar de consumir chimó, presentó alguno de los siguientes problemas?

18.1 ¿Estuvo Ud. desesperado por usar una porción de chimó?..... Sí No

18.2. ¿Estuvo Ud. irritable?..... Sí No

18.3. ¿Estuvo Ud. nervioso?..... Sí No

18.4. ¿Tuvo Ud. problemas para concentrarse?..... Sí No

18.5. ¿Tuvo Ud. dolor de cabeza?..... Sí No

18.6. ¿Estuvo Ud. somnoliento o adormitado?..... Sí No

18.7. ¿Sintió Ud. malestar en el estómago?..... Sí No

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ESTÁN DESTINADAS A CONOCER SOBRE ALGUNOS PROBLEMAS QUE USTED TENGA O PUEDA HABER TENIDO POR INGERIR ALCOHOL.

CONTESTE CON UNA "X" LA RESPUESTA QUE USTED CONSIDERE ADECUADA.

19. ¿Ha tomado o toma Ud. bebidas alcohólicas?..... Sí No

20. ¿Alguna vez su familia ha protestado o se ha quejado por que Ud. toma demasiado?..... Sí No

21. ¿Ha pensado Ud. de sí mismo que es un bebedor excesivo?..... Sí No

22. ¿Alguna vez ha tomado tanto como un litro de ron, whisky, miche u otro licor en un día; es decir, unos 20 tragos, o 3 botellas de vino o 113 latas cervezas en un día?..... Sí No

23. ¿Hubo alguna vez un tiempo en que Ud. se tomó 7 cervezas o más, 7 tragos o más, 7 vasos de vino o más, todos los días durante 2 semanas o más?..... Sí No

24. ¿Hubo, alguna vez un tiempo en que durante al menos 2 meses seguidos por lo menos una noche por semana, se tomó 7 tragos, o 7 botellas de cerveza, o 7 vasos de vino?..... Sí No

25. ¿Alguna vez consultó o lo llevaron a un médico por un problema que haya tenido con el alcohol?.. Sí No

26. ¿Alguna vez sus amigos, su médico, su sacerdote o pastor, trabajador social o cualquier profesional le han dicho, por su propio bien, que usted estaba tomando demasiado..... Sí No

27. ¿Le ha costado mucho dejar de beber?..... Sí No

28. Para controlar la bebida, algunas personas establecen reglas como prometerse a sí mismos no tomar antes de las 5 de la tarde o nunca tomar solo. ¿Alguna vez ha establecido reglas como esas?..... Sí No

29. ¿Alguna vez ha necesitado tomar un trago al levantarse, es decir, antes de desayunar?..... Sí No

30. ¿Alguna vez ha tenido dificultades en el trabajo, o donde estudiaba, a causa de la bebida. Por ejemplo, faltar demasiado al trabajo, o tomar durante las horas de trabajo o de estudio?..... Sí No

31. ¿Alguna vez perdió un trabajo, o lo expulsaron de la escuela/liceo/colegio, a causa de la bebida?..... Sí No

32. ¿Alguna vez se ha metido en problemas al manejar a causa de la bebida, por, ejemplo: tener un accidente, o ser arrestado por manejar borracho?..... Sí No

Por favor, pase la página.

33. ¿Alguna vez ha sido arrestado o lo han detenido en la Comandancia de la Policía, a causa de la bebida, o por perturbar el orden público?..... Sí No
34. ¿Alguna vez se ha metido en peleas que terminaron en golpes mientras está bebiendo licor?..... Sí No
35. ¿Alguna vez se ha ido de parranda y ha permanecido borracho 2 días ó más seguidos?..... Sí No
36. ¿Alguna vez ha tenido lagunas mentales mientras tomaba, es decir, tomó tanta cantidad de licor que no podía recordar al día siguiente lo que había dicho o hecho?..... Sí No
37. ¿Alguna vez ha tenido temblores después de dejar de tomar, o al reducir la cantidad que estaba tomando, por ejemplo, las manos le temblaban tanto que su taza de café sonaba en el plato, o tenía dificultad para encender un cigarrillo?..... Sí No
38. ¿Alguna vez ha tenido ataques o convulsiones después de dejar de tomar, al reducir la cantidad que estaba tomando?..... Sí No
39. ¿Alguna vez ha tenido delirio tremens cuando deja de tomar, es decir, le dió fiebre y veía u oía cosas que usted sabía que no existían?..... Sí No
40. ¿Alguna vez ha visto u oído cosas que en realidad usted sabe que no están presentes, después de haber reducido la cantidad de alcohol que tomaba?..... Sí No
41. Hay varios problemas de salud que pueden ser el resultado de tomar gran cantidad de alcohol durante largo período de tiempo. ¿Alguna vez cree usted que la bebida ingerida durante largo tiempo le haya causado problemas de salud como los siguientes?
- 41.1. ¿Enfermedad del hígado o ictericia? (color amarillo de la piel)?..... Sí No
- 41.2. ¿Vómitos de sangre u otros problemas de estómago?..... Sí No
- 41.3. ¿Hormigueos en los pies o que se le duermen los pies?..... Sí No
- 41.4. ¿Dificultades con la memoria cuando no ha estado tomando, (Es decir que no son lagunas mentales)?..... Sí No
- 41.5. ¿Enfermedad del páncreas o pancreatitis?..... Sí No
42. ¿Alguna vez ha continuado tomando, aun cuando usted sabía que tenía una enfermedad física seria, que podía empeorarse al seguir tomando?..... Sí No
43. ¿Alguna vez hubo una temporada en su vida en la cual no podía hacer su trabajo diario acostumbrado, a menos que hubiera tomado algo de licor?..... Sí No
44. ¿Defina cuando fue la última vez que usted tuvo alguno de los problemas que contestó con relación al uso del alcohol?:
- De un año para acá.....1
- Hace más de un año.....2
- No puede precisar.....3

Por favor, pase la página.

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ESTÁN RELACIONADAS CON EL USO DE OTRAS DROGAS.

CONTESTE CON UNA "X" DE ACUERDO A LA RESPUESTA QUE USTED ESCOJA.

45. ¿Alguna vez ha consumido alguna de las sustancias que se mencionan a continuación con el fin de sentirse bien o sin que se las indicara un médico o que tomara más de las que el médico le indicó?...Si No

POR FAVOR, SEÑALE LA SUSTANCIA QUE HA CONSUMIDO:

Edad de inicio

- 45.1. Marihuana..... Sí No
45.2. Anfetaminas, Hitón, Ritalin o Éxtasis..... Sí No
45.3. Barbitúricos, sedantes, Seconal, Mándrax..... Sí No
45.4. Tranquilizantes, Valium, Librium, Rhopinol, Onirema, Lexotanil, Diazepam..... Sí No
45.5. Cocaína, bazuco, crack, echao pa`trás, piedra..... Sí No
45.6. Heroína, H, o Dragonazo..... Sí No
45.7. Opiáceos diferentes a la heroína, (Codeína, Demerol, morfina, metadona, Nubain)..... Sí No
45.8. Psicodélicos, LSD, mezcalina, peyote, psilocibina, hongos alucinógenos..... Sí No
45.9. Otras (Escribalas por favor):..... Sí

46. ¿Ha consumido alguna otra droga, medicina o sustancia química sin orden médica a fin de sentirse bien o para conseguir otro efecto mental?.....Si No

47. ¿Durante toda su vida ha consumido alguna de las sustancias antes mencionada más de cinco(5) veces?.....Si No

SI RESPONDIÓ "SÍ" CONTINUE LA ENCUESTA
SI RESPONDIÓ "NO" SUSPENDA AQUÍ LA ENCUESTA

Indique la droga que haya consumido más de 5 veces en su vida.

- 47.1. Marihuana..... Sí No
47.2. Anfetaminas, Hitón, Ritalin o Éxtasis..... Sí No
47.3. Barbitúricos, sedantes, Seconal, Mándrax..... Sí No
47.4. Tranquilizantes, Valium, Librium, Rhopinol, Onirema, Lexotanil, Diazepam..... Sí No
47.5. Cocaína, bazuco, crack, echao pa`trás, piedra..... Sí No
47.6. Heroína, H, o Dragonazo..... Sí No
47.7. Opiáceos diferentes a la heroína, (Codeína, Demerol, Morfina, metadona, Nubain)..... Sí No
47.8. Psicodélicos, LSD, mezcalina, peyote, psilocibina, hongos alucinógenos..... Sí No
47.9. Otras (Escribalas por favor)..... Sí

48. ¿Cuál de estas drogas ha consumido usted todos los días durante 2 semanas o más?

- 48.1. Marihuana..... Sí No
48.2. Anfetaminas, Hitón, Ritalin o Éxtasis..... Sí No
48.3. Barbitúricos, sedantes, Seconal, Mándrax..... Sí No
48.4. Tranquilizantes, Valium, Librium, Rhopinol, Onirema, Lexotanil, Diazepam..... Sí No
48.5. Cocaína, bazuco, crack, echao pa`trás, piedra..... Sí No
48.6. Heroína, H, o Dragonazo..... Sí No
48.7. Opiáceos diferentes a la heroína, (Codeína, Demerol, Morfina, metadona, Nubain)..... Sí No
48.8. Psicodélicos, LSD, mezcalina, peyote, psilocibina, hongos alucinógenos..... Sí No
48.9. Otras (Escribalas por favor)..... Sí

Se dice que una persona es "dependiente" de una droga determinada cuando constantemente necesita consumirla, y se siente muy mal cuando no puede hacerlo.

Ahora, por favor, conteste la siguiente pregunta:

49. ¿Cuál de estas drogas ha necesitado ó de cuál de ellas ha sido usted dependiente?

- 49.1. Marihuana..... Sí No
49.2. Anfetaminas, Hitón, Ritalin o Éxtasis..... Sí No
49.3. Barbitúricos, sedantes, Seconal, Mándrax..... Sí No
49.4. Tranquilizantes, Valium, Librium, Rhopinol, Onirema, Lexotanil, Diazepam..... Sí No
49.5. Cocaína, bazuco, crack, echao pa`trás, piedra..... Sí No
49.6. Heroína, H, o Dragonazo..... Sí No
49.7. Opiáceos diferentes a la heroína, (Codeína, Demerol, Morfina, metadona, Nubain)..... Sí No
49.8. Psicodélicos, LSD, mezcalina, peyote, psilocibina, hongos alucinógenos..... Sí No
49.9. Otras (Escribalas por favor):..... Sí

Por favor, pase la página.

Cuando una persona ha consumido drogas, a veces ocurre que, quiere dejar de consumir pero no puede.

Ahora, por favor, conteste la siguiente pregunta:

50. ¿Cuál de esas drogas ha tratado de dejar de consumir pero no ha podido?

- | | | | | |
|--|----|--------------------------|----|--------------------------|
| 50.1. Marihuana..... | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 50.2. Anfetaminas, Hitón, Ritalin o Éxtasis..... | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 50.3. Barbitúricos, sedantes, Seconal, Mándrax..... | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 50.4. Tranquilizantes, Valium, Librium, Rhoipinol, Onirema, Lexotanil, Diazepam..... | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 50.5. Cocaína, bazuco, crack, echao pa'trás, piedra..... | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 50.6. Heroína, H, o Dragonazo..... | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 50.7. Opiáceos diferentes a la heroína, (Codeína, Demerol, morfina, metadona, Nubain)..... | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 50.8. Psicodélicos, LSD, mezcalina, peyote, psilocibina, hongos alucinógenos..... | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 50.9. Otras (Escribalas por favor):..... | Sí | <input type="checkbox"/> | | |

Cuando una persona ha consumido drogas, a veces ocurre que necesita cantidades cada vez mayores de la droga para obtener el efecto que desea.

Ahora, por favor, conteste la siguiente pregunta:

51. ¿Con cuál de esas drogas le ocurrió que necesitara cantidades cada vez mayores para obtener el efecto que desea?

- | | | | | |
|--|----|--------------------------|----|--------------------------|
| 51.1. Marihuana..... | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 51.2. Anfetaminas, Hitón, Ritalin o Éxtasis..... | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 51.3. Barbitúricos, sedantes, Seconal, Mándrax..... | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 51.4. Tranquilizantes, Valium, Librium, Rhoipinol, Onirema, Lexotanil, Diazepam..... | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 51.5. Cocaína, bazuco, crack, echao pa'trás, piedra..... | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 51.6. Heroína, H, o Dragonazo..... | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 51.7. Opiáceos diferentes a la heroína, (Codeína, Demerol, morfina, metadona, Nubain)..... | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 51.8. Psicodélicos, LSD, mezcalina, peyote, psilocibina, hongos alucinógenos..... | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 51.9. Otras (Escribalas por favor):..... | Sí | <input type="checkbox"/> | | |

Cuando una persona ha consumido drogas, ocurre a veces que cuando deja de consumir la droga o disminuye la cantidad que toma, tenga síntomas de Abstinencia, es decir, que se enferma al dejar de consumir la droga. Ahora, por favor, conteste la siguiente pregunta:

52. ¿Con cuál o cuáles drogas le ocurrió que tuviera síntomas de abstinencia?

- | | | | | |
|--|----|--------------------------|----|--------------------------|
| 52.1. Marihuana..... | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 52.2. Anfetaminas, Hitón, Ritalin o Éxtasis..... | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 52.3. Barbitúricos, sedantes, Seconal, Mándrax..... | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 52.4. Tranquilizantes, Valium, Librium, Rhoipinol, Onirema, Lexotanil, Diazepam..... | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 52.5. Cocaína, bazuco, crack, echao pa'trás, piedra..... | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 52.6. Heroína H, o Dragonazo..... | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 52.7. Opiáceos diferentes a la heroína, (Codeína, Demerol, morfina, metadona, Nubain)..... | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 52.8. Psicodélicos, LSD, mezcalina, peyote, psilocibina, hongos alucinógenos..... | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 52.9. Otras (Escribalas por favor):..... | Sí | <input type="checkbox"/> | | |

Cuando una persona ha consumido drogas, ocurre a veces que tenga "problemas de salud" como consecuencia del uso de alguna de esas drogas, por ejemplo, convulsiones, sobredosis accidental, gripes persistentes, hemorragias nasales o infecciones.

Ahora, por favor, conteste la siguiente pregunta:

53. ¿Cuál de estas drogas le ha producido problemas de salud?

- | | | | | |
|--|----|--------------------------|----|--------------------------|
| 53.1. Marihuana..... | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 53.2. Anfetaminas, Hitón, Ritalin o Éxtasis..... | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 53.3. Barbitúricos, sedantes, Seconal, Mándrax..... | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 53.4. Tranquilizantes, Valium, Librium, Rhoipinol, Onirema, Lexotanil, Diazepam..... | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 53.5. Cocaína, bazuco, crack, echao pa'trás, piedra..... | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 53.6. Heroína, H, o Dragonazo..... | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 53.7. Opiáceos diferentes a la heroína, (Codeína, Demerol, morfina, metadona, Nubain)..... | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 53.8. Psicodélicos, LSD, mezcalina, peyote, psilocibina, hongos alucinógenos..... | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 53.9. Otras (Escribalas por favor):..... | Sí | <input type="checkbox"/> | | |

Por favor, pase la página.

Cuando una persona consume drogas, ocurre a veces que tiene serios problemas con la familia, con los amigos, con la ley, con los estudios o con el trabajo.

Ahora, por favor, conteste la siguiente pregunta:

54. ¿Con cuál sustancia le ocurrió que tuviera serios problemas con alguna de las personas o instituciones mencionadas?

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 54.1. Marihuana..... | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 54.2. Anfetaminas, Hitón, Ritalin o Éxtasis..... | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 54.3. Barbitúricos, sedantes, Seconal, Mándrax..... | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 54.4. Tranquilizantes, Valium, Librium, Rhopinol, Onirema, Lexotanil, Diazepam..... | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 54.5. Cocaína, bazuco, crack, echao pa'atrás, piedra..... | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 54.6. Heroína, H, o Dragonazo..... | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 54.7. Opiáceos diferentes a la heroína, (Codeína, Demerol, morfina, metadona, Nubain)..... | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 54.8. Psicodélicos, LSD, mezcalina, peyote, psilocibina, hongos alucinógenos..... | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 54.9. Otras (Escribalas por favor):..... | Si <input type="checkbox"/> | |

Cuando una persona consume drogas, ocurre a veces que tiene problemas emocionales o psicológicos como consecuencia del uso de esas drogas, por ejemplo, sentir que uno está perdiendo la razón, sentirse perseguido, deprimido o desinteresado en las cosas, etc.

Ahora, por favor, conteste la siguiente pregunta:

55. ¿Con cuál droga le ocurrió que le produjera problemas emocionales o psicológicos?

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 55.1. Marihuana..... | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 55.2. Anfetaminas, Hitón, Ritalin o Éxtasis..... | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 55.3. Barbitúricos, sedantes, Seconal, Mándrax..... | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 55.4. Tranquilizantes, Valium, Librium, Rhopinol, Onirema, Lexotanil, Diazepam..... | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 55.5. Cocaína, bazuco, crack, echao pa'atrás, piedra..... | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 55.6. Heroína, H, o Dragonazo..... | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 55.7. Opiáceos diferentes a la heroína, (Codeína, Demerol, morfina, metadona, Nubain)..... | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 55.8. Psicodélicos, LSD, mezcalina, peyote, psilocibina, hongos alucinógenos..... | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 55.9. Otras (Escribalas por favor):..... | Si <input type="checkbox"/> | |

INSTRUCCIÓN.

¿Ha contestado "Sí" en alguna de las preguntas de la # 45 a la # 55?..... Si No

SI RESPONDIÓ "SÍ" CONTINÚE LA ENCUESTA.

SI RESPONDIÓ "NO" SUSPENDA AQUÍ LA ENCUESTA.

Con relación a las preguntas que contestó "Sí" (La parte N° 1 de cada pregunta).

56. ¿Consultó o lo llevaron alguna vez a un médico por alguna de estas situaciones que le estaba causando problemas?..... Si No

57. ¿Consultó o lo llevaron a algún otro profesional por sus problemas de las drogas (Psicólogo, enfermera, farmacéutico)?..... Si No

58. ¿Se vió en la necesidad de tomar medicamentos más de una vez por su problema con las drogas?..... Si No

59. ¿Alguno de estos problemas que tuvo con las drogas entorpeció o interfirió con su vida o sus actividades considerablemente?..... Si No

60. ¿Con cuál o cuáles drogas ha tenido algunos de los problemas antes mencionados, de un año para acá?

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 60.1. Marihuana..... | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 60.2. Anfetaminas, Hitón, Ritalin o Éxtasis..... | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 60.3. Barbitúricos, sedantes, Seconal, Mándrax..... | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 60.4. Tranquilizantes, Valium, Librium, Rhopinol, Onirema, Lexotanil, Diazepam..... | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 60.5. Cocaína, bazuco, crack, echao pa'atrás, piedra..... | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 60.6. Heroína, H, o Dragonazo..... | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 60.7. Opiáceos diferentes a la heroína, (Codeína, Demerol, morfina, metadona, Nubain)..... | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 60.8. Psicodélicos, LSD, mezcalina, peyote, psilocibina, hongos alucinógenos..... | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 60.9. Otras (Escribalas por favor):..... | Si <input type="checkbox"/> | |

Gracias por su colaboración

APÉNDICE F



Centro de Investigaciones Psicológicas
(CIP)

Mérida, 2007

A QUIEN PUEDA INTERESAR

Los instrumentos de medición producidos y validados por el Centro de Investigaciones Psicológicas (CIP) de la Universidad de Los Andes, solamente podrán ser utilizados por profesionales que reciban el adecuado entrenamiento y tengan las credenciales que garanticen su uso apropiado. Para garantizar la confiabilidad y validez de dichos instrumentos, el CIP ha diseñado una política que prohíbe la publicación de los mismos en las tesis y proyectos. Esta es una manera de evitar su divulgación y uso indiscriminado que invalidaría la utilidad científica de tan importante herramienta de trabajo.


El CIP espera que esta política sea comprometida y compartida por los tutores, tesis, investigadores e instituto de investigación, ya que su objetivo es precisamente proteger la calidad de la investigación.



Prof. Silvana D'Anello K.
Directora



Prof. Yariani Barreat M.
Coordinadora
Unidad de Investigación

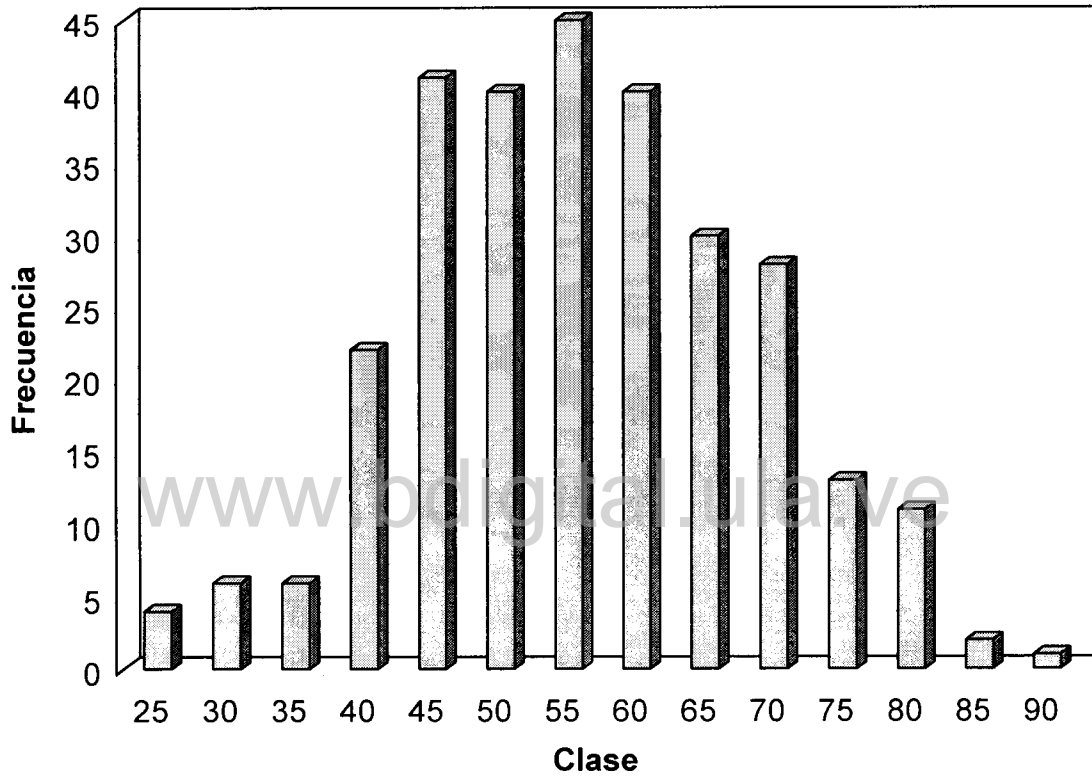


MSc. Elsy Nava M.
Coordinadora
Unidad de Instrumentos de Medición

Calle 41 N° 3-111, esquina con Avenida Gonzalo Picón, Mérida 5101A, Venezuela
Código Postal 411. Telfs: 0274 2639935, 2631581. E mail: cipula@ula.ve

APÉNDICE G

Histograma de Agresividad



Fuente: Datos de la investigación