UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

UNIDAD DE BIENESTAR ESTUDIANTIL

PROTOCOLO INTERVENCIÓN INTEGRAL AL USO Y CONSUMO DE DROGAS EN LA UNL

LOJA- ECUADOR

2019

PROTOCOLO INTEGRAL AL USO Y CONSUMO DE DROGAS EN LA UNL

CONTENIDO

1. PRESENTACIÓN 4
2. INTRODUCCIÓN 6
3. ANTECEDENTES 9
4. ANTECEDENTES LEGALES 14
5. MARCO CONCEPTUAL 15
   5.1. MARCO CONCEPTUAL
   - CONCEPTOS BÁSICOS DE DROGAS
   - CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS
   - TIPOS DE DROGAS Y SUS EFECTOS
   - PATRONES DE CONSUMO
   - FACTORES DE RIEGO Y PROTECCIÓN
   5.2. MARCO NORMATIVO 32
6. PREVENCIÓN 36
   6.1. DEFINICIÓN, OBEJETIVOS, NIVELES
7. PREVENCIÓN DE INTERVENCION INTEGRAL AL USO Y CONSUMO DE DROGAS EN LA UNIVERSIDAD NCACIONA DE LOJA 38
   7.1. ATENCIÓN PRIMARIA
   7.2. ATENCIÓN SECUNDARIA
   7.3. ATENCIÓN TERCIARIA
8. RUTA DE ACTUACIÓN EN CASOS DE USO Y CONSUMO DE SUSTANCIAS 49
9. ANEXOS 53
   9.1. FICHA PSICOLÓGICA
   9.2. REACTIVOS PSICOLÓGICOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

UNIDAD DE BIENESTAR ESTUDIANTIL

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN INTEGRAL AL USO Y CONSUMO DE DROGAS EN LA UNL

RECTOR DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.
Nicoláy Aguirre Mendoza, PhD

VICERRECTORA ACADÉMICA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
Mónica Alexandra Pozo Vinuesa, PhD

DIRECTORA DE UNIDAD DE BIENESTAR ESTUDIANTIL
Cecilia Ruiz Toledo, Mg. Sc

EQUIPO TÉCNICO PARA EL PROTOCOLO DE ACTUACIÓN INTEGRAL DE USO Y CONSUMO DE DROGAS EN LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

Dr. Paul Palacio Sotomayor Mg. Sc
PSICÓLOGO DE LA UNIDAD DE BIENESTAR UNIVERSITARIO

Dra. Iliana Figueroa Delgado
MG SC, MÉDICA HEBEATRA DE LA UNIDAD DE BIENESTAR UNIVERSITARIO

Esperanza Pucha
Pasante De Psicología Clínica

Kelly Rojas
Pasante De Psicología Clínica

1. PRESENTACIÓN

El consumo de sustancias psicoactivas en los últimos años, lejos de disminuir ha venido aumentando en proporciones alarmantes, consumo que se ha expandido a todas las partes del mundo. El alcohol, marihuana, cocaína, heroína son solo algunas de las más consumidas.

Las adicciones constituyen una problemática de salud que en algunas naciones superan en morbilidad a las enfermedades cardiovasculares y oncológicas. Según la Organización de Naciones Unidas (ONU), el consumo y tráfico, afecta a más de 190 millones de personas en el mundo, fenómeno que además es responsable de más del 50% de la delincuencia mundial.

La OMS en relación a las drogodependencias, recomienda garantizar una actuación integral en esta materia de modo normalizado, como una enfermedad más, y la drogadicción lo es, por lo que no tiene sentido aplicar medidas coercitivas ni en la prevención ni en el tratamiento de la misma.

Con estas consideraciones la adicción a diferentes sustancias psicotrópicas constituye una grave problemática de salud mental y física que trae consecuencias a nivel personal, familiar y social, que le impide al sujeto desarrollarse y vincularse de forma proactiva, por lo que resulta oportuno abordar este problema de forma integral e interdisciplinaria.

Si tomamos como indicador las prevalencias de consumo de drogas (tanto en población universitaria como en población general), la eficacia y eficiencia de las estrategias de prevención primaria utilizadas hasta el momento en grandes poblaciones parece escasa.

Además de los mensajes destinados a evitar el consumo, es necesario que aquellas personas con mayor riesgo (los propios consumidores) conozcan estrategias encaminadas a minimizar las consecuencias negativas para la salud. La reducción de riesgos y daños debe entenderse como una prevención específica sobre colectivos concretos complementaria a la prevención primaria, no como opuesta a ella. Tanto la prevención como el tratamiento de muchos de los problemas derivados del consumo de este tipo de sustancias pueden ser abordados desde Atención Primeria (AP) de una forma eficaz.

Dada la complejidad de la intervención interdisciplinar, a nivel nacional se ha venido ya haciendo necesaria la existencia de protocolos de actuación para las distintas áreas profesionales, a fin de facilitar la necesaria coordinación en la intervención terapéutica. El objeto de los mismos es definir, homogeneizar, enriquecer y ajustar las actuaciones de las distintas áreas profesionales, como garantía de una intervención interdisciplinar de calidad.

Dentro de la Universidad Nacional de Loja, se han venido ya implementado medidas para afrontar esta problemática; el objetivo de este proyecto entonces será afianzar estos esfuerzos por medio de la creación del protocolo de **"Intervención Integral al uso y consumo de sustancias**," para de esta forma dotar a la comunidad universitaria y en especial a los profesionales de la Unidad de Bienestar Universitario de rutas de actuación que permitan un abordaje oportuno, rápido y eficaz de uso / consumo de sustancias, mediante la aplicación de lineamientos y directrices de prevención e intervención, con el fin de garantizar la atención oportuna, protección, y generar estrategias de actuación temprana.

2. INTRODUCCIÓN

Las drogadicciones constituyen una de las grandes tragedias del mundo actual, solo comparable, en lo referente a la parte humana, con las guerras. Las potencialidades nocivas de estas afecciones, llamadas también farmacodependencias, abuso de sustancias, toxicomanías, toxico dependencias, toxico filias o trastornos debido al consumo de sustancias psicotrópicas, son de tal magnitud que el nivel de sufrimiento, invalidez y muerte que determinan es equivalente al asociado a las enfermedades cardiovasculares y al cáncer.

El consumo de drogas, no es algo nuevo en ninguna sociedad, por el contrario, su existencia está documentada en la historia de la mayoría de las culturas con variaciones en los tipos de drogas y sus patrones de uso, sus efectos individuales, sociales y las respuestas que la sociedad le han ido atribuyendo a través del tiempo. El consumo de sustancias psicoactivas se remonta a miles de años en la historia.

Es entonces como su ingesta, su uso en rituales o para otros fines, como mitigar el hambre y la sed, encontrar el valor para el combate o acceder a paraísos artificiales, se acostumbró por indígenas de numerosas y alejadas regiones de los distintos continentes. Más tarde, la comercialización de las sustancias llevaron a la difusión de su empleo y a las epidemias de enormes proporciones y con repercusiones de muy diversa índole, al punto de ser uno de los problemas de mayor envergadura que habrá de enfrentar el hombre de principio de siglo (Núñez, 1998). Las drogas eran usadas en la antigüedad d entro de las prácticas sociales integradas a la medicina o terapéutica, religión y ceremonias o rituales.

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

El impacto actual del consumo de drogas, se sitúa cada vez más en edades tempranas, afectando principalmente a los jóvenes en todos los ámbitos sociales, culturales y

demográficos**.** Diversos estudios epidemiológicos, reportes estadísticos e informes nacionales sobre el consumo de drogas en población joven coinciden en que las sustancias capaces de generar dependencia más consumidas por este sector, y las que originan la mayor cantidad de problemas de salud pública, son el alcohol, por el lado de las drogas socialmente aceptadas, y la marihuana, en el rubro de las drogas ilegales.

La juventud es el momento en que el ser humano se descubre y experimenta con cosas nuevas, el consumo de sustancias psicoactivas entre esta población es un fenómeno complejo que no puede explicarse sobre la base de causas únicas, por el contrario, se considera que se debe a la interacción de diferentes factores biológicos, psicológicos y sociales o contextuales (familiares, escolares y grupales), que de una u otra forma favorecen la consolidación de un patrón de abuso o dependencia (Pinedo, 2012), dentro de estos factores la universidad constituye uno de los espacios más importantes donde se generan y transmiten conocimientos que permiten aportar al desarrollo individual del estudiante, ya que esta al ser un centro de incesante interacción, por una parte posibilitan cambios y transformaciones positivas, pero por otro lado muchos la ven como un ambiente donde todo es posible y está permitido, siendo el paso por la misma una época donde todo es viable o realizable, incluso la experimentación con sustancias psicoactivas.

En este sentido el consumo de sustancias sigue constituyendo un problema con características alarmantes en los ámbitos universitarios a nivel mundial.

La elaboración de este protocolo de Intervención al uso y consumo de sustancias, permitirá brindar a los profesionales de la UNL criterios y pautas de actuación para llevar a cabo un mejor abordaje frente a esta problemática.

El protocolo se ha estructurado en tres partes fundamentales:

1. En la primera parte se enmarca y describe el fenómeno del consumo de drogas a nivel mundial, en América Latina y finalmente Ecuador, se mencionan también algunos estudios importantes dentro de algunas Universidades del país con cifras actuales, haciendo hincapié en la población objeto del protocolo.

2. En el segundo apartado, se revisan conceptos básicos de las drogas: clasificación, tipos, efectos así como también patrones de consumo, poniendo énfasis en las consecuencias de las mismas.

   Por último, se describen los factores de riesgo y los factores de protección que, según las más recientes investigaciones, se correlacionan de manera importante con el consumo.

3. En la tercera parte se detalla el protocolo de Intervención al uso y consumo de drogas dentro de la Universidad Nacional de Loja.

   Se comienza estableciendo criterios básicos de Prevención. A continuación, se abordan los tres niveles de atención que se llevan a cabo con los estudiantes y se describen las diferentes fases y estrategias utilizadas en cada nivel.

La puesta en marcha del Protocolo de Intervención Integral al Uso y Consumo de drogas en la Universidad Nacional de Loja, requiere la colaboración en conjunto de estudiantes, docentes, personal administrativo y trabajadores, quienes son parte importante para realizar un trabajo coordinado, continuo y eficaz, con el compromiso y apoyo de las máximas autoridades institucionales en la elaboración y aplicación del mismo.

La vigilancia y cumplimiento del Protocolo es de quienes formamos parte de la Universidad Nacional de Loja, pues con la puesta en marcha del presente Protocolo se podrán tomar medidas y acciones destinadas a encaminar cambios y transformaciones positivas dentro de la Universidad Nacional de Loja.

3. ANTECEDENTES:

Percepción situacional sobre el uso de drogas

Estudios realizados en diversos lugares del mundo han permitido identificar a los estudiantes como una población de alto riesgo al consumo de sustancias psicoactivas. Según Velásquez y Scoppetta (1998) señalan que existe mayor probabilidad de uso de sustancias psicoactivas durante la adolescencia y la etapa de adulto joven, con una asociación positiva entre nivel educativo y consumo. Valliant (1995), en Canadá detectó

un mayor consumo de alcohol entre los estudiantes hombres de primer año de Universidad en relación con las mujeres. Webb y Ashton (1997), entre estudiantes universitarios británicos de segundo año encontraron que el uso de tabaco era más prevalente en las facultades de artes, ciencias sociales y ciencias biológicas, con una prevalencia del 30% y que el consumo de alcohol era muy importante entre los estudiantes de ciencias biológicas con una prevalencia del 23 %.

Estudios epidemiológicos muestran la juventud como la etapa del ciclo vital de mayor riesgo al consumo de drogas, época que coincide con la permanencia de los jóvenes en la universidad, pudiéndose inferir que para muchos de ellos, el consumo se inicia en la adolescencia y se consolida en la edad universitaria, con el peligro de un uso permanente que puede llevar a la adicción. Pese esta inferencia, también es importante anotar que el paso a la Universidad representa para muchos jóvenes una transición, hacia la independencia y libertad, pues en nuestro medio no se "controla" tanto a un universitario ya que se supone que este tiene una mayor madurez y responsabilidad. En otros que para poder estudiar tienen que salir a las grandes ciudades donde se ofrece la mayoría de las veces la educación superior, el ingreso a la Universidad les representa vivir lejos de casa por primera vez y sin la supervisión de los padres. Burkey y Stephens (1.999), citados por Camacho (2005), afirman que la etapa del desarrollo de la mayoría de estudiantes universitarios está caracterizada por manifestaciones de independencia, experimentación con nuevos comportamientos «adultos» y sentimientos de invulnerabilidad que se pueden convertir en promotores de la ingesta de sustancias psicoactivas en su mayoría legales.

En el 2009 el **Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y PSICOTR´PICAS (CONSEP**), realizó estudios socioculturales en cantones seleccionados de la Costa y la Sierra, para recabar información sobre uso y consumo de drogas con el objeto de implementar acciones de prevención que respondan a la realidad local de la zona en estudio.

Las comprensiones más convergentes entre los informantes calificados entrevistados, se resumen en:

- Reconocer que el uso de drogas, esencialmente alcohol y tabaco, son hechos que están presentes y tienen profundo impacto en la vida social de la comunidad. El alcohol es un factor asociado a conductas conflictivas.
- El uso y consumo de drogas es un fenómeno cultural. No es extraño al entramado social que los condiciona, los explica y puede intentar modificarlos o paliarlos a partir de su conocimiento.
- No todas las drogas son iguales, ni los usos pueden catalogarse de la misma manera. Los niveles de riesgo en el uso son distintos y equipararlos en una globalización conceptual es inadecuado.
- En el ámbito educativo, los directores y los responsables académicos, en un número importante, tienden a negar o minimizar el uso y tráfico de drogas dentro de las instituciones.
- En los centros educativos los directores y responsables académicos en su mayoría señalaron que impartían charlas sobre drogas. Sin embargo, fueron muy pocos los que indicaron una práctica sistémica en torno al tema.
- Los alumnos en muchos casos indicaron que no se hacían charlas o que éstas eran insuficientes en las que no se consideraban sus opiniones. Indicaron además la necesidad que tenían de más información.

LÍNEA DE BASE

Para establecer la línea base de la problemática a abordar se requiere de estudios o datos estadísticos previos, información que es escaza en la Universidad Nacional de Loja. Por ello, los datos de línea de base que utilizaremos para este Plan se refiere a estudios más reciente sobre este tema, realizado por la Secretaria Técnicas de Drogas, con el apoyo de la Unión Europea y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODOC), denominado**: III Estudio Epidemiológico andino sobre consumo de drogas es la población universitaria del Ecuador,** 2016 con la participación de diez Universidades del Ecuador.

La población objetivo del estudio fueron los estudiantes (hombre y mujeres) universitarios de pregrado de universidades privadas y públicas del Ecuador, sobre una muestra de 5,260 estudiantes. En dicho estudio se presentan los siguientes resultados:

ALCOHOL.

El 51,5% de los estudiantes consumió alcohol al menos una vez durante los últimos 30 días de los cuales el 58,1% son hombres y el 45,5% son mujeres.

La mayor prevalencia de último mes se registra entre los 23 a 24 años con el 58,8%.

La edad promedio y la mediana de inicio de consumo de alcohol son de 17 años, pero de 16 años en el caso de los hombres. Se observa que el 33,1%, es decir, un tercio de los estudiantes que declararon uso de alcohol en el último año califican en uso riesgoso o perjudicial, con una significativa mayor proporción entre los hombres que entre las mujeres, 40, 9% y 24,9%, respectivamente.

Considerando la prevalencia de último mes, se presentó un aumento desde 38% en 2009 a 58,8% en 2012, para aumentar levemente a 51,5% en 2016.

TABACO

El 56,4% de los estudiantes declaran haber consumido tabaco alguna vez en la vida (68,4% de los hombres y 45,3% de las mujeres.

El promedio y la mediana edad de inicio de uso de tabaco son de 17 años, pero de 16 años en el caso de los hombres.

En cuanto al uso actual de tabaco se registra un descenso entre 2012 y 2016 con 24,7% y 20,8% respectivamente.

CUALQUIER OTRA DROGA ILÍCITA.

En términos generales, un 12,7% de los estudiantes universitarios de Ecuador ha consumido alguna droga ilícita o indebida en el último año. El 29,9% de los estudiantes ha probado algún tipo de estas drogas alguna vez en la vida.

La edad mediana de inicio es de 18 años en hombres y 19 años en mujeres.

La prevalencia de último año de consumo de marihuana entre los universitarios de Ecuador registro un aumento estadísticamente significativo, con tasas de 9,1% en 2012 y de 11,6% en 2016.

En cuanto a la percepción de facilidad acceso, 42%, 9 de los estudiantes declaran que les resultaría fácil conseguir marihuana: 46,2% de los hombres y 39,9% de las mujeres.

COCAÍNA

El 4,4% de los estudiantes declaran haber consumido cocaína alguna vez en la vida, con cifras más altas en hombres que en mujeres (7,5% en hombres y 1,6% en mujeres).

La edad promedio y mediana de inicio de uso de cocaína fue de 20 años, similar en hombres y mujeres.

La prevalencia de último año de consumo de cocaína entre los universitarios de Ecuador presenta registros de 1,2% en 2012 y 1,5% en 2016.

LSD

El consumo de LSD en este estudio resulta ser la tercera sustancia ilícita de mayor consumo entre los estudiantes universitarios de Ecuador, solo superada por el consumo de marihuana y levemente por el de cocaína.

El promedio y mediana edad de inicio de uso de LSD es de 19 años.

El consumo de esta droga alguna vez en la vida registra un aumento sin precedentes entre 2009 y 2016: desde 0,08% en 2009 a 2,4% en 2016.

PASTA BASE

El 2, 4% de los estudiantes universitarios ecuatorianos declaran haber consumido pasta base al menos una vez en la vida, cifra que es de 4,6% entre los hombres y de 0,4% entre las mujeres.

La UNL, con el apoyo del CONSEP y el Observatorio Nacional de Drogas, realizo una encuesta sobre el uso de drogas en 3,143 estudiantes de la UNL. Los resultados encontrados se resumen de la siguiente manera.

El uso intenso de cigarrillos y alcohol presentan sus más altos en las edades comprendidas entre los 17 a los 26 años, dato que da cuenta de las edades con las que se deben iniciar los programas de carácter preventivo.

El uso regular de alcohol presenta su más alto índice con un 24.3%, Lo que implica que el porcentaje restante lo usan esporádicamente

El consumo problemático de la marihuana afecta al 1.15% de estudiantes de la UNL.

El mayor porcentaje de estudiantes que usan y consumen drogas, viven con sus padres, lo que da la Pauta de la necesaria intervención en el ámbito familiar.

A mayor edad del uso y consumo de drogas disminuyen, lo que nos debe llevar ahí identificar los factores psicológicos y sociales que inciden para que los estudiantes dejen estos hábitos.

El abastecimiento de cualquier droga es a través del círculo íntimo del estudiante, principalmente amigos; Y en segundo lugar, se encuentra el abastecimiento en la calle.

El consumo más alto se da en los hombres, Aunque en el consumo de alcohol está a la par.

4. ANTECEDENTES LEGALES

La Ley de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (Ley 108) publicada en el Registro Oficial 523 del 17 de septiembre de 1990, y enmendada en varias instancias desde su entrada en vigor (en 1992, en 1994 y en 1997), codificada en 2004 y reformada en 2005, es la ley vigente en proceso de sustitución. Esta es la ley que regulaba la materia en el país cuyo objetivo era el de *"Combatir y erradicar la producción, oferta, uso indebido y tráfico ilícito de sustancias estupefacientes y psicotrópicas, para proteger a la comunidad de los peligros que dimanan estas actividades"*

Esta ley simbolizaba una de las legislaciones más duras de la región. Con su promulgación desapareció el enfoque integrado de las leyes anteriores y los planes nacionales de Ecuador en relación al control y la prevención del consumo de sustancias ilícitas. La Ley 108 cambió la dirección del país en estas materias, pasando de enfocar las drogas como un tema de salud pública a darle prioridad a la aplicación de la ley.

Código Orgánico Integral Penal (COIP)

El artículo 220, del COIP, dispone sobre el tráfico ilícito de sustancias catalogadas sujetas a fiscalización: "La persona que directa o indirectamente sin autorización y requisitos previstos en la normativa correspondiente oferte, almacene, intermedie, distribuya, compre, venda, envíe, transporte, comercialice, importe, exporte, tenga, posea o en general efectúe tráfico ilícito de sustancias estupefacientes y psicotrópicas o preparados que las contengan, en las cantidades señaladas en las escalas previstas en la normativa correspondiente, será sancionada con pena privativa de libertad".

Existen 4 escalas para las sanciones:

Mínima escala	> 0 – 20 gr	1 a 3 años de prisión**.**
Mediana escala	> 20 – 300 gr	3 a 5 años de prisión
Alta escala	>300 – 10.000 gr	5 a 7 años de prisión
Gran escala	> 10.000 gr.	10 a 13 años de prisión.

El cambio de los valores numéricos se originó porque los proveedores o microtraficantes cuando eran detenidos se hacían pasar como consumidores, ya que portaban mínimas cantidades para evitar ser detenido.

5. MARCO CONCEPTUAL

La salud pública centra su análisis en el problema de las drogas a nivel poblacional, apoyándose para ello en un conjunto de disciplina que incluyen las ciencias biomédicas básicas, sociales económicas, ambientales, políticas y poblacionales.

El enfoque de salud pública plantea desarrollar intervenciones amplias para cambiar tanto el medio ambiente como la conducta individual, lo que se complementa con el concepto de" seguridad humana", cuyo fin es proteger y garantizar tres libertades esenciales para los individuos y las comunidades; la libertad de vivir sin temor, la libertad de vivir sin carecer y la libertad de vivir con dignidad.

La falta de seguridad básica se manifiesta en 7 dimensiones claves; economía, alimentaria, sanitaria, ambiental integridad física, comunitaria y política. Este marco conceptual- un enfoque colectivo de la salud y la seguridad humana, que también considera al individuo- sirve de base para analizar el problema de las drogas, examinar la evidencia disponible y presentar algunas buenas prácticas para la acción. (Plan de prevencion integral al uso y consumo de droas en la Unl, 2019)

Drogas

Bajo la denominación de "sustancia psicoactiva" o "droga", se incluye un grupo variado de sustancias, cuyo potencial adictivo, así como su peligrosidad, puede variar significativamente. Estas diferencias se deben no sólo a características farmacológicas particulares de cada sustancia, sino también a la cronicidad del uso, la dosis, la vía de administración, las características del usuario y el contexto en que se consume.

Cómo actúan las drogas

Las drogas son sustancias químicas que modifican el funcionamiento de nuestro cuerpo. Cuando se toman (generalmente tragándolas, inhalándolas o inyectándoselas), las drogas encuentran la forma de llegar al torrente sanguíneo. Desde allí, llegan al cerebro y a otras partes del cuerpo. En el cerebro, las drogas pueden intensificar o bien adormecer los sentidos, modificar el nivel de alerta de la persona y, a veces, reducir el dolor físico.

Por la forma en que las drogas actúan en el cerebro, repercuten negativamente en la capacidad de tomar decisiones acertadas y de hacer elecciones saludables.

Aunque las drogas pueden hacerte sentir bien al principio, pueden provocar daños importantes en el cuerpo y en el cerebro. Beber alcohol, fumar o mascar tabaco, consumir drogas ilegales y hasta esnifar pegamento son actividades que dañan el cuerpo humano.

Clasificación de las drogas

A continuación tres grandes grupos, dependiendo de su abordaje:

Según sus efectos en el cerebro pueden ser depresoras o estimulantes del sistema nervioso, o pueden ser alucinógenas

- **Depresoras :** Entorpecen el funcionamiento cerebral provocando reacciones que van dese la desinhibición hasta el coma en un proceso de progresivo adormecimiento cerebral : Alcohol, opiáceos, ansiolíticos, hipnóticos, solventes
- **Estimulantes:** Aceleran el funcionamiento habitual del cerebro provocando un estado de activación que puede ir desde una mayor dificultad para dormir hasta

estados de hiperactividad: Estimulantes mayores como la cocaína, pasta base; Estimulantes menores como la nicotina, Xantinas, cafeína.

- **Alucinógenas:** alteran el funcionamiento del cerebro dando lugar a distorsiones perceptivas, alucinaciones, etc.: derivados del cannabis, LSD, Hongos psilocybes , Floripón

Según su origen pueden ser naturales, sintéticas o semisintéticas

- **Naturales:** Extraídas directamente de la naturaleza (vegetales, animales y/o minerales). Son manipuladas para su transformación en la sustancia en cuestión sin ser "mezcladas" con ningún componente químico adicional, salvo en casos de adulteración (frecuente en drogas prohibidas ya que no existen controles sanitarios de elaboración). Algunos ejemplos conocidos son alcohol fermentado hachís y marihuana, (tabaco), coca, opio (amapola adormidera), café.
- **Semisintéticas:** Obtenidas a partir de la síntesis parcial de otras drogas naturales mediante procesos químicos de laboratorio que alteran o modifican parcialmente las propiedades de esas drogas naturales. De esta forma se potencian algunas de sus propiedades, se producen otras nuevas y se reducen o eliminan otras. Algunos ejemplos conocidos son cocaína (obtenida a partir de la hoja de coca), heroína y morfina (obtenidas a partir del opio), LSD, etc.
- **Sintéticas:** Sin relación alguna con drogas naturales y completamente elaboradas en laboratorios. Existen muchos ejemplos de sustancias de este tipo que han multiplicado en los últimos siglos la variedad de drogas consumidas: anfetaminas, psicofármacos, éxtasis, GHB, etc.

Según la normatividad pueden ser ilegales o legales

El término droga legal o ilegal tiene que ver con la legislación del país donde se consume la sustancia. El término ilegal se refiere a que su utilización no está permitida por la legislación de dicho país. Y aunque el consumo propio de alguna sustancia ilegal en

ocasiones sí está permitida, la venta está penada con duras sanciones administrativas y/o penales.

Las drogas legales sí que están permitidas, y suele existir un fin económico para su utilización**.**

- **Drogas legales**: Nicotina, alcohol, tabaco, jarabe para la tos
- **Drogas ilegales:** Cocaína, marihuana, anfetaminas, benzodiacepinas, éxtasis, heroína, disolventes, heroína, inhalantes, opiáceos.

Vías de consumo

Puesto que la variedad de las drogas es muy amplia, según su vía de consumo, éstas pueden clasificarse de distintas maneras:

- **Fumadas**: hachís, marihuana, heroína, "crack"
- **Vía oral**: drogas de síntesis, alcohol
- **Inspiradas**: cocaína, speed (sulfato de anfetamina)
- **Inhaladas**: pegamento
- **Inyectadas**: heroína.

Tipos de drogas:

CANNABIS

El cannabis es una planta natural que se utiliza en tres formas principales. El tipo más común se llama la resina, que viene en bloques o trozos sólidos de color oscuro. El menos común son las hojas y los tallos de la planta, llamado hierba o maría. El tercer tipo, aceite de cannabis.

ÉXTASIS

Normalmente se vende en pastillas que tienen dibujados diversos logotipos o diseños. En ocasiones las pastillas de éxtasis pueden contener otras drogas y sustancias.

HEROÍNA

La heroína se elabora a partir de la morfina, una de las drogas que procede de la adormidera del opio. Se consume inyectándose o fumándose.

COCAÍNA

La cocaína es un polvo blanco que se elabora a partir de las hojas de la coca, una planta que crece principalmente en Suramérica. Se suele consumir inhalando el polvo a través de la nariz. El 'crack' no es una droga distinta, es una forma más adictiva de la cocaína. El crack, también llamado 'roca', 'piedra' o 'base libre' se suele fumar. La cocaína a veces se inyecta o se come.

ANFETAMINAS

Las anfetaminas son un grupo de drogas estimulantes; algunas de ellas se utilizaron en el pasado como pastillas de adelgazamiento. Normalmente se presentan en un polvo blanco grisáceo y se venden en paquetes de papel envueltos, llamados 'papelina'. Se suelen tragar, pero también se pueden inyectar o esnifar. Un tipo conocido como 'hielo' o 'cristal' se puede fumar.

DISOLVENTES

Los disolventes incluyen productos que se encuentran en la mayoría de los hogares, como pegamentos, disolvente para pinturas, laca para uñas, combustibles ligeros y aerosoles, como desodorantes. El abuso de los disolventes es común sobre todo entre los adolescentes.

LSD

El LSD normalmente se presenta en pastillas pequeñas conocidas como 'lentejas' o 'tripis', en cuadraditos de papel o cartón.

HACHÍS

Es un preparado de la resina de la planta del cannabis. Se presenta como polvo fino, comprimido en pastillas o tabletas de color pardo oscuro.

INHALANTES

Los inhalantes son vapores químicos respirables que producen efectos psicoactivos (que alteran la mente). Aunque las personas están expuestas a disolventes volátiles y a otras sustancias inhalantes en la casa y el lugar de trabajo, muchas no creen que sean drogas.

BENZODIACEPTINAS

Estos fármacos son los que más se recetan en la práctica clínica (tratamiento de los trastornos de ansiedad) dado que presentan menos efectos secundarios que los barbitúricos.

Normalmente inducen a un estado de relajación muscular y somnolencia. En algunas ocasiones producen desinhibición y la persona que las utiliza puede llegar a mostrarse excitable, o incluso agresivo.

HEROÍNA

La heroína es una droga extremadamente adictiva cuyo uso es un problema serio para la sociedad. La heroína se procesa a partir de la morfina, que se extrae de la bellota de la adormidera asiática. Aparece generalmente en forma de polvo blanco o marrón.

ALCOHOL

Cuando hablamos de alcohol nos referimos normalmente al etanol o alcohol etílico, por ser el constituyente fundamental de las bebidas alcohólicas

Es una droga legal que se "usa" habitualmente en la gran parte de los acontecimientos sociales que se producen en estas culturas. Sin embargo, el uso puede convertirse en abuso o en dependencia.

TABACO

La nicotina es extremadamente adictiva. Actúa como estimulante y sedante del sistema nervioso central. Se absorbe con facilidad del humo del tabaco en los pulmones y no importa si éste humo procede de cigarrillos o de puros. También se absorbe fácilmente cuando se masca el tabaco. Con el uso regular se acumulan concentraciones de nicotina en el cuerpo durante el día, que persisten durante la noche. La nicotina absorbida al fumar cigarrillos o puros tarda solo segundos en llegar al cerebro y su efecto directo en el cuerpo puede durar hasta 30 minutos.

TIPOS DE DROGAS		
Drogas legales	**Efectos a corto plazo**	**Efectos a largo plazo**
ALCOHOL	• Habla confusa • Somnolencia • Vómitos • Diarrea • Molestias estomacales	• Alta presión arterial, • Derrame cerebral. • Puede irritar el estómago y producir gastritis. • Daña el corazón al producir trastornos del ritmo cardíaco e incluso insuficiencia cardiaca.
	• Fatiga prematura. • Mayor riesgo de anginas.	• **Cáncer** de pulmón, laringe, esófago, boca, cáncer del

TABACO	• Color amarillento de los dedos y dientes. • Mal olor que se desprende de la boca y del aliento	cuello de útero, páncreas y riñones. • Alteraciones de la presión arterial, que fuerza al corazón a hacer más esfuerzo
PSICOFÁRMACOS	• Actúan sobre el sistema nervioso central y producen cambios temporales en la percepción, ánimo, estado de conciencia y comportamiento. .	Puede causar dificultades de aprendizaje y deterioro de la memoria. Puede contribuir a lesiones cardíacas y en otros órganos, así como a hipertensión, pulso acelerado y problemas respiratorios**.**
DROGAS ILEGALES	**EFECTOS A CORTO PLAZO**	**EFECTOS A LARGO PLAZO**
CANNABIS	• Problemas con la memoria y el aprendizaje; • Percepción distorsionada (visual, auditiva, del tacto, y del tiempo); • Dificultad para pensar claramente y para resolver problemas; • Pérdida de coordinación motriz.	• **Cáncer:** Es difícil saber con seguridad si el uso regular de la marihuana causa cáncer. • **Los pulmones y las vías respiratorias**: Las personas que fuman marihuana tienen problemas respiratorios. • Tos persistente, un silbido respiratorio, y tienden a sufrir más resfriados.

		• Se ve afectado el Sistema inmunológico
ÉXTASIS	• Sensación de relación, tranquilidad • Los sonidos, colores y emociones son más intensos	• Temperatura corporal, tensión arterial y ritmo cardíaco aumentan. • Dolores musculares, náuseas.
HEROÍNA	• La inyección de heroína produce una ráfaga rápida de excitación seguida de una sensación de paz como en un sueño. • Somnolencia	• Estreñimiento. • Debilitamiento de la respiración.
COCAÍNA	• Energía y felicidad extremas • Aletra mental • Hipersensibilidad a la luz, el sonido y el tacto • Irritabilidad • Paranoia.	• Si se inhala: pérdida del olfato, hemorragias nasales, nariz con goteo frecuente y problemas para tragar • Si se fuma: tos, asma, dificultad para respirar y mayor riesgo de contraer enfermedades como la neumonía.
ANFETAMINAS	• Aumento de actividad física • Disminución del apetito y del sueño • Sensación de euforia	• Psicosis • Actividad motora repetitiva. • Pérdida de memoria

	• Aumento de la frecuencia respiratoria • Latidos cardiacos rápidos o irregulares.	• Comportamiento agresivo o violento • Trastornos emocionales
DISOLVENTES	• Somnolencia.	• Dolor de cabeza • Dificultad para concentrarse.
LSD	• Aumento de la frecuencia cardíaca • Náuseas • Intensificación de los sentimientos y las experiencias sensoriales (como, por ejemplo, ver los colores más brillantes). • Cambios en la percepción del tiempo	• Sequedad de la boca • Problemas para dormir • Sensación de relajación • Movimientos descoordinados • Sudoración excesiva • Paranoia: desconfianza extrema e irrazonable hacia los demás.
HACHÍS	• Percepción distorsionada (visual, auditiva y del tacto), y del sentido del paso del tiempo.	• Problemas para pensar claramente y para resolver problemas. • Menor coordinación física.
BENZODIACEPINAS	• Normalmente inducen a un estado de relajación muscular y somnolencia.	• En dosis elevadas provocan náuseas, aturdimiento,

	• En algunas ocasiones producen desinhibición y la persona que las utiliza puede llegar a mostrarse excitable, o incluso agresivo.	confusión, disminución de la coordinación psicomotriz, etc.
HEROÍNA	• Euforia • Boca seca y extremidades pesadas.	• El usuario crónico puede sufrir colapso de las venas, infección del endocardio y de las válvulas del corazón, abscesos, celulitis y enfermedades del hígado.

Patrones de consumo

La mayoría de la población mundial no usa drogas. De quienes llegan a probarlas, sólo un pequeño grupo las seguirá usando regularmente y de estos, sólo una fracción desarrollará patrones de uso nocivo y dependencia. La transición de una etapa de uso a otra está asociada con una gran variedad de factores de riesgo relacionados con el individuo y su ambiente

- **Consumo experimental**

El persona tiene contacto inicial con una o varias drogas, las que puede abandonar o continuar consumiendo. Las motivaciones más frecuentes son la curiosidad, presión del grupo, atracción por lo prohibido, desconocido y el riesgo, búsqueda de placer. El adolescente desconoce los efectos de la droga, su consumo se realiza generalmente en el contexto de un grupo que le invita a probarla, comúnmente en fines de semana o en fiestas. Su desempeño es adecuado en la mayoría de los ámbitos, como la escuela y familia, entre otros.

- **Consumidor ocasional**

La persona continúa utilizando la droga en grupo, su frecuencia de consumo es esporádica y no sigue una rutina determinada. Las motivaciones principales para el consumo son: facilitar la comunicación o relaciones interpersonales, búsqueda de placer y sensación de "relajo", transgredir normas. Aunque la persona es capaz de llevar a cabo las mismas actividades sin necesidad de consumir droga alguna, ya conoce la acción de la misma en su organismo y por este motivo la usa.

- **Consumo habitual**

La persona ha incorporado la droga en sus rutinas, conoce el precio, la calidad y efecto de las drogas (solas o combinadas), las busca y las compra. Se establece un hábito de consumo, cuya frecuencia puede llegar a ser semanal, obedeciendo a una rutina individual o grupal. Esta práctica puede conducirlo a otras formas de consumo, dependiendo de la sustancia de que se trate, la frecuencia con que se emplee, las características de la persona y el contexto cercano. Entre las motivaciones para mantener el uso de la droga se encuentran: intensificar sensaciones de placer o "bienestar", sentimiento de pertenencia de grupo y necesidad de reconocimiento dentro de éste, mitigar sentimientos de soledad, aburrimiento, ansiedad, reafirmar su independencia, reducir el hambre, el frío o cansancio, entre otras.

- **Consumo problemático o abusivo**

La persona consume una o más drogas, conoce su calidad y busca impulsivamente los efectos tanto físicos como psicológicos de las sustancias (solas o combinadas). Consume en situaciones de riesgo o peligro para sí mismo o para otros y no dimensiona las consecuencias de su conducta. Se generan cambios en su desempeño y en sus relaciones interpersonales, presentando consecuencias negativas en su funcionamiento familiar, educacional, social, etc., pero aún no presenta los fenómenos de tolerancia y síndrome de abstinencia.

- **Consumo dependiente**

La persona utiliza drogas en mayor cantidad o por períodos más largos, aumentando la dosis para obtener los mismos efectos (tolerancia), con dificultad para controlar su uso. Realiza actividades ligadas a la obtención de drogas, con intoxicación frecuente y síndrome de abstinencia (la persona presenta síntomas físicos y psicológicos de dependencia cuando no está consumiendo), se recurre a la droga para aliviar el malestar que provoca su falta. Hay reducción considerable o abandono de actividades sociales, educativas o recreativas y un uso continuado de la droga, pese a estar consciente de los problemas que le está causando. Presenta incapacidad de abstenerse o detenerse, con problemas físicos asociados.

- **Física:** Implica un cambio permanente en el funcionamiento del cuerpo y del cerebro, se da cuando ya se ha generado una tolerancia hacia la sustancia, por lo tanto el cuerpo cada vez necesita una dosis mayor para sentir los efectos deseados.
- **Psicológica:** Ocurre cuando la privación de la sustancia produce malestar, angustia, y depresión. Para evitar estos malestares se busca la manera de consumir permanentemente. Es decir, se piensa que “no se puede vivir” sin consumir y todo lo que ello implica.

Tolerancia se produce cuando una persona consume una droga de una forma continuada y su organismo se habitúa a ella. Como consecuencia, se desarrolla un proceso psicológico y físico que hace necesario aumentar la dosis de forma progresiva para conseguir los mismos resultados o efectos. También hablamos de tolerancia como la cualidad de una sustancia de que con el uso continuado y con la misma dosis, produce un efecto cada vez menor.

Síndrome de abstinencia es el conjunto de signos y síntomas que aparecen al cesar bruscamente el consumo de una sustancia, y que desaparece al volverla a consumir. Los cambios neuroadaptativos que se producen en el SNC como consecuencia de la

administración habitual de algunas drogas de abuso es la base fisiológica de este fenómeno.

Policonsumo: en muchas ocasiones se consumen más de una sustancia al mismo tiempo: alcohol y tabaco; cannabis, alcohol y tabaco; éxtasis y cannabis.

Los riesgos de esta forma de consumo no siempre son bien conocidos. Mezclados, los efectos de los productos pueden multiplicarse, y por lo tanto, también sus riesgos

Factores que elevan el riesgo de consumo

No existe un factor que por sí solo determine que una persona desarrolle dependencia de las drogas. Sin embargo, hay una variedad de factores de riesgo que han sido identificados científicamente que contribuyen al desarrollo de la adicción. Uno de los más importantes es la edad del primer consumo. Por ejemplo, las neurociencias han demostrado que el cerebro aún está desarrollándose en los niños y los adolescentes, de manera que el consumo de drogas durante este período puede tener consecuencias significativas en el largo plazo.

Curiosidad: La juventud representa una etapa de cambios y aprendizaje que puede despertar la curiosidad y con ello el deseo de experimentar qué se siente estando bajo los efectos de las drogas.

Imitación: Según el Instituto de la Juventud, “hay estudios que confirman que muchos adolescentes y jóvenes tienen el ejemplo en casa, en sus padres, cuando beben alcohol o fuman tabaco o marihuana en su presencia.

Afán de independencia: Esto está provocado por la necesidad que pueden tener algunos jóvenes de alejarse del entorno familiar para fortalecer las relaciones con otros entornos donde haya más presencia de gente que tenga su edad y con la que poder identificarse.

Consumo constante en el tiempo. Beber demasiado de manera regular y durante un período prolongado o tener un consumo muy elevado de alcohol de manera regular puede producir problemas relacionados con el alcohol o un trastorno por consumo de este.

Edad. Las personas que comienzan a beber a una edad temprana y, en particular, que lo hacen teniendo un consumo muy elevado de alcohol, presentan un mayor riesgo de padecer trastorno por consumo de alcohol. El consumo de alcohol puede comenzar en la adolescencia, pero el trastorno por consumo de alcohol se produce con mayor frecuencia entre los 20 y los 40 años. Sin embargo, puede comenzar a cualquier edad.

Antecedentes familiares. El riesgo de padecer trastorno por consumo de alcohol es mayor en personas que tienen un progenitor u otro pariente cercano con problemas con el alcohol. Esto puede verse influenciado por factores genéticos.

Depresión y otros problemas de salud mental. Es frecuente que las personas con trastornos de salud mental, como ansiedad, depresión, esquizofrenia o trastorno bipolar, tengan problemas con el alcohol u otras sustancias.

Factores sociales y culturales. Tener amigos o una pareja que bebe regularmente podría aumentar tu riesgo de padecer trastorno por consumo de alcohol. La manera atractiva en la que, a veces, se presenta el consumo de alcohol en los medios de comunicación también puede crear la idea errónea de que está bien beber demasiado.

Factores de protección frente al consumo

Los factores de protección pueden ubicarse también en cada uno de los dominios de la vida de la persona: en la esfera individual (por ejemplo, alta autoestima o personalidad orientada a evitar riesgos), familiar (convivencia con padres capaces de cubrir las necesidades afectivas de los menores), escolar (apego a la escuela), social (amigos poco tolerantes hacia el consumo) y comunitaria (pertenencia a redes de apoyo social). Pueden definirse como aquellos factores que en presencia del riesgo protegen a los individuos de consumir drogas, más que lo opuesto al riesgo.

Los factores de protección se clasifican en dos grupos:

1. Vinculados a las características del individuo.
2. Vinculados al contexto social.

Los factores de protección relacionados con las características del individuo: Abarcan un amplio conjunto de variables como: las actitudes positivas hacia la salud, capacidad para tomar decisiones, los valores, la competencia individual para la interacción social.

Los factores de protección vinculados al contexto social son los factores de protección que nacen en la sociedad y van destinados a ella. Tienen la capacidad de favorecer cambios en los hábitos de comportamiento de los grupos y los individuos.

a) **Factores de protección familiares:**

- Buena Comunicación.
- Pautas Educativas Correctas.
- Padres Afectivamente Cercanos.
- Buen Apego Familiar.

b) **Factores de protección educativas:**

- Ausencia De Drogas.
- Buen Clima Educativo.
- Actitudes de docentes
- Ausencia De Compañeros Conflictivos.

c) **Factores de protección laborales:**

- Buena Organización Del Trabajo.
- Contenidos De Tareas.
- Buen Ambiente Laboral.
- Interacción Adecuada Con Compañeros.

d) **Factores de protección grupales:**

- Independencia De Sus Miembros.
- La Asertividad.
- Aficiones Saludables.

- Sobre Todo: La Educación.

6. MARCO NORMATIVO.

Bienestar Universitario de la Universidad Nacional de Loja se encuentra impulsando el presente Protocolo de Intervención, amparado en la Normativa Legal vigente en nuestro país, haciendo referencia a la Constitución de la Republica. Ley Orgánica de Prevención Integral Fenómeno Socio Económico Drogas del 26 de Octubre de 2015 y su Reglamento.

- El artículo 364 de la **Constitución de la Republica,** establece que las adicciones son un problema de salud pública, y que al Estado le corresponde desarrollar programas coordinados de información, prevención y control del consumo de alcohol, tabaco y sustancias estupefacientes a los consumidores ocasionales, habituales y problemáticos, sin que en ningún casi se permita su criminalización ni la vulneración de sus derechos.
- El numeral 5 del artículo 46 de la Constitución de la Republica determina que el Estado adoptara medidas que aseguren a las niñas, niños, y adolescentes, la prevención contra el uso de estupefacientes o psicotrópicos y el consumo de bebidas alcohólicas y otras sustancias nocivas para la salud y desarrollo.
- **La Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y de Regulación y Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización ,** Fue publicada en el Registro Oficial Suplemento No. 615 del 26 de octubre del 2015, de al cual citamos los artículos relacionados con el presente Protocolo :

Artículo 7: La prevención Integral del fenómeno Socio Económico de las drogas, la prevención integral es el conjunto de políticas y acciones prioritarias y permanentes a ser ejecutadas por el Estado, las instituciones y personas involucradas, encaminado a intervenir con participación intersectorial sobre las diferentes manifestaciones del fenómeno socioeconómico de las drogas, bajo un enfoque de derechos humanos, priorizado el desarrollo de las capacidades y potencialidades del ser humano. Su familia

y su entorno, el mejoramiento de la calidad de vida, el tejido de los lazos efectivos, y soportes sociales, en el marco del buen vivir.

Artículo 8.- Prevención en el ámbito de la salud. - La autoridad sanitaria nacional, adoptará las medidas necesarias para prevenir el uso y consumo de drogas; especialmente en mujeres embarazadas, niños, niñas y adolescentes; y, promover ambientes, prácticas y hábitos saludables para toda la población.

Artículo 9.- Prevención en el ámbito educativo. - Las autoridades del Sistema Nacional de educación, con el acompañamiento de la comunidad educativa y participación interinstitucional e intersectorial, desarrollará políticas y ejecutar programas, en todos sus niveles y modalidades, cuyos enfoques y metodologías pedagógicas participativa se encaminan en formación de conciencia social y personalidad individual, para prevenir el uso y consumo de droga. Además, en las mallas curriculares se incluyera de manera progresiva, de enseñanza de contenidos relacionados con el riesgo del consumo de drogas y estrategias de prevención integral. Del mismo modo, propiciará el relacionamiento entre pares y espacios de enseñanza- aprendizaje, para generar conocimientos, fortalecer las habilidades sociales para la vida y afianzar los vínculos familiares. Será prioritaria la orientación y capacitación continua de los docentes en prevención integral del fenómeno socio económico de las drogas, para la cual la autoridad educativa nacional incluida en sus procesos de formación esta materia.

Artículo 10.- Prevención superior. - la secretaría Nacional de educación superior, ciencia, tecnología e Innovación, asegurar que todas las instituciones de educación superior se transversalice dentro de las mallas curriculares de las diversas carreras y programas académicos, el conocimiento de las acciones para la prevención del uso y consumo de drogas, y se promueven programas de investigación y estudio de fenómenos socioeconómicos de las drogas.

Artículo 11.- Prevención en el ámbito laboral, las entidades públicas y empresas privadas, con participación activa de las y los empleadores, empleados y trabajadores, desarrollarán programas de prevención integral al uso y consumo de drogas, a ser ejecutados obligatoriamente en los lugares de trabajo, por personal calificado, a fin de fomentar un ambiente saludable y de bienestar laboral, la autoridad Nacional del trabajo regulará y controlará el cumplimiento de estos programas.

El decreto ejecutivo 951, publicado en el registro oficial del 22 de marzo del 2016, referente al reglamento a la ley de prevención integral del fenómeno socioeconómico de las drogas, y sus diferentes artículos hace mención a:

Artículo 8.- Acciones en el ámbito de la salud.- La autoridad sanitaria nacional, dentro del ámbito de sus competencias, adoptará las siguientes acciones:

1. Desarrollar la política sanitaria enfocada a la promoción de la salud, prevención, de, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de las personas que usan y consumen drogas, basado en evidencia científica, adaptadas a las necesidades y demandas locales:
2. Diseñar, planificar y ejecutar estrategias de: Educación para la salud y prácticas saludables; sensibilización del uso y consumo de drogas dirigido al personal de salud y a la comunidad; salud intercultural, comunitaria y familiar en programas terapéuticos; reducción de los efectos nocivos del uso y consumo de drogas, así como de los riesgos y daños asociados a nivel individual, familiar y comunitario desde el enfoque sanitario;
3. Regular y controlar los establecimientos que prestan servicios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación a personas con consumo de problemático de alcohol y otras drogas;
4. Regular y controlar la prescripción y el uso médico terapéutico de medicamentos que contengan sustancias catalogadas sujetas a fiscalización; y,
5. Las demás que considera la autoridad sanitaria nacional.

Artículo 10.- Materiales curriculares.- la autoridad educativa nacional promoverá impulsar la generación de materiales educativos contenidos relacionados a las estrategias de promoción y prevención, y los posibles riesgos asociados al uso y consumo de drogas, en los niveles y modalidades de Educación según la pertenencia evolutiva del estudiante.

Artículo 11.- Acciones en el ámbito de educación superior.- para la aprobación de todas las carreras y programas académicos de todos los niveles y modalidades de pregrado, técnicas, tecnológicas y pedagógicas, entidad competente del sistema de educación superior verificará que en las mallas curriculares se incluya la prevención del uso y consumo de drogas mediante materias, trabajos de investigación o vinculación con la comunidad, bajo los lineamientos establecidos por el comité interinstitucional.

La secretaria técnica de drogas SETED, observando el principio de pertinencia, y en coordinación con la entidad competente del sistema de educación superior, asesorar Las investigaciones científicas, cuantitativas y Cualitativas, referentes al fenómeno socioeconómico de las drogas, que realicen las entidades que integran el sistema de educación superior. En caso de investigación médico científicas relacionadas a los medicamentos y productos que contienen sustancias catalogadas sujetas a fiscalización, se coordinará con la autoridad sanitaria nacional,

Las unidades de bienestar estudiantil de las entidades que integran el sistema de educación superior bajo los lineamientos definidos por la secretaría técnica de drogas SETED, diseñar e implementar las estrategias de prevención dirigidas a docentes estudiantes y personal administrativo de la institución.

Artículo 12.- Acciones en el ámbito laboral.- los programas de prevención al uso y consumo de drogas, que deben desarrollar las entidades públicas y empresas privadas serán elaborados por personal calificado y serán parte o se incorporarán como anexo de su reglamento de seguridad y salud, Y contendrán el detalle de las actividades que desarrollarán los empleadores para la sensibilización, concienciación y toma de

decisiones sobre el uso y consumo de drogas y la comisión de estas obligaciones serán sancionadas de conformidad con los artículos 628 del Código de trabajo.

Las unidades de administración de talento humano de la entidad del sector público, desarrollar hagan esos programas dirigidos a los servidores públicos.

Estos programas de prevención y sus medidas deberán ser acatadas y obligatoriamente por los trabajadores y servidores públicos.

La autoridad Nacional del trabajo realizará los controles pertinentes a las instituciones públicas y privadas, en el ámbito de sus competencias establecidas en el numeral 1 del artículo 554 del código del trabajo.

INTERVENCIÓN INTEGRAL AL USO Y COSUMO DE DROGAS

PREVENCION:

DEFINICIÓN, OBJETIVOS Y NIVELES

Entendiendo la prevención de drogodependencias como proceso activo de implementación de iniciativas tendentes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas (Martín, 1995), los objetivos de la prevención de drogodependencias podríamos resumirlos en:

- Retrasar la edad de inicio del consumo de drogas.
- Limitar el número y tipo de sustancias utilizadas.
- Evitar transición de la prueba de sustancias al abuso y dependencia.
- Educar para mantener una relación madura y responsable con las sustancias.
- Potenciar los factores de protección y disminuir los de riesgo.
- Dotar a los estudiantes de herramientas, instrumentos y recursos adecuados para hacer frente a su relación con las drogas.
- Disminuir las consecuencias negativas del consumo de drogas.
- Proporcionar alternativas de vida saludable.

Dada la complejidad de la intervención interdisciplinar, se hace necesaria la existencia de protocolos de actuación para las distintas áreas profesionales, a fin de promover la coordinación en las intervenciones terapéuticas.

Los programas/planes de intervención en drogodependencias y adicciones deben contemplar medidas articuladas a tres niveles:

NIVELES DE INTERVENCION PREVENTIVA

- **PREVENCIÓN PRIMARIA**: actuaciones dirigidas a población en general, sin contemplar los riesgos individuales que puedan llevar al inicio y abuso de drogas. Su objetivo es prevenir o retrasar el inicio del consumo de drogas.

- **PREVENCIÓN SECUNDARIA**: actuaciones dirigidas a grupos de población con mayor riesgo de iniciar un consumo de drogas o que presentan un consumo inicial. El objetivo principal es abordar los posibles consumos y reducir el riesgo de desarrollar una relación problemática con las drogas.

- **PREVENCIÓN TERCIARIA:** actuaciones dirigidas a personas que ya están haciendo consumos sistemáticos de drogas y con trastornos de conducta y autocontrol. Los objetivos de estos programas suelen ser reducir el consumo de sustancias, la frecuencia o la cantidad y los problemas asociados al mismo.

Para llevar a cabo una intervención preventiva eficaz, es necesario identificar la situación de la persona en relación al consumo de drogas y contrastar sus necesidades. A partir de ahí, se debe proponer el tipo de intervención y actuación específica más adecuada para cada circunstancia.

PROTOCOLO DE INTERVENCION INTEGRAL AL USO Y CONSUMO DE DROGAS EN LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

La adolescencia y la juventud constituyen etapas muy importantes en la vida debido a que las experiencias, conocimientos y aptitudes que se adquieren en ella, pueden colocar en una situación de vulnerabilidad a este grupo de personas para desarrollar costumbres y hábitos de riesgo entre ellos el alcoholismo, tabaquismo, conductas y uso de drogas que pueden afectar su salud posteriormente en mayor o menor grado. El periodo universitario representa el pase de los jóvenes como adultos, los años de formación universitaria se encuentran relacionados con una población joven, poco identificada con los problemas de salud los cuales aparecen en etapas posteriores.

Es esperado que en la etapa de la Universidad se presentan, con variada intensidad, una gama de problemas psicológicos y sociales, que para quien los tiene son difíciles de entender y sobre todo de manejar por la falta de madurez, experiencia, apoyo y en particular, una base sólida sobre el tema.

En los jóvenes son diversos los factores que pueden influir en el aumento del consumo de drogas, por un lado la influencia de los grupos en estas edades obtiene una singular importancia, y en muchos casos hasta se convierte en una presión de los que lo consumen sobre los que no lo hacen, en este sentido hay que considerar además la influencia de los factores socioculturales, en la realidad actual para los estudiantes.

Los jóvenes buscan su propio espacio o independencia para poder consumir sustancias psicotrópicas asociadas a bebidas alcohólicas como complemento ideal, todo ello conlleva a comportamientos rechazados socialmente como el irrespeto, la violencia, conductas antisociales y riesgosas desde el punto de vista sexual, con consecuencias como embarazos no deseados e infecciones de trasmisión sexual. Ante esta situación, para toda institución de nivel superior juega un papel muy importante el conocer, escuchar y darle la debida importancia a este tema, ya que el consumo de drogas se presenta cada vez a

edades más tempranas, por lo que debe constituir una preocupación y motivo para la búsqueda de alternativas de solución mediante el uso correcto de la promoción en salud, prevención del consumo de drogas y el apoyo continuo tanto de autoridad, docentes, empleados, trabajadores y de estudiantes, el trabajo conjunto permitirá cumplir a cabalidad con los objetivos planteados que será de beneficio tanto para el estudiante, la familia y la comunidad en su conjunto.

En estos últimos años se está vinculando con mayor fuerza los aspectos psicológicos con los problemas de la salud, con el propósito de destacar la importancia que tiene la intervención temprana en la prevención, rehabilitación e intervención terapéutica de diversos problemas de salud.

El papel de la Atención Primaria ante las drogas y el consumo de alcohol, está adquiriendo cada vez más relevancia, por la elevada comorbilidad del abuso de sustancias adictivas con otras patologías muy frecuentes en ese nivel de atención (Jose Nieto García, 2010)

OBJETIVO DEL PROTOCOLO:

- Dotar a la comunidad de la Universidad Nacional de Loja de rutas de actuación que permitan un abordaje oportuno de uso / consumo de sustancias, mediante la aplicación de lineamientos y directrices de prevención e intervención, con el fin de garantizar la atención oportuna, protección, y generar estrategias actuación temprana.

Para la ejecución de los objetivos del protocolo, es parte importante y necesaria la colaboración y participaciones de la comunidad universitaria, incluidas los docentes, estudiantes, autoridades y especialmente las unidades de bienestar universitario y de seguridad y salud ocupacional.

A continuación se presenta el procedimiento institucional de actuación, frente a hechos de uso y consumo de sustancias:

La intervención esta evidenciada en tres momentos

MOMENTO 1: ATENCION PRIMARIA

Los objetivos en este nivel de atención se enfocan en reducir el número de personas que utilizan drogas por primera vez, o bien retrasar la edad en que alguien comienza a consumir drogas. Esto se logra a través de intervenciones que reducen los factores de riesgo y fortalecen los factores de protección.

LA CUAL INCLUYE Y ABORDA:

PREVENCIÓN:

La prevención queda enfatizada como una herramienta para evitar o retrasar el consumo de drogas, dentro de la Universidad Nacional de Loja esta se dirige a todos los estudiantes independientemente del nivel de riesgo al que estén sometidos, por medio de **talleres informativos y orientativos de prevención de uso y consumo de drogas** para generar sensibilización y conocimiento sobre esta problemática de manera que se educa a los estudiantes para que:

1. Sean capaces de mantener relaciones responsables con las drogas
2. Se busca disminuir los factores de riesgo.
3. Se pretende mejorar los factores de protección frente al consumo de drogas:
4. Promover conciencia social de los riesgos y daños provocados por las drogas en los estudiantes de la Universidad Nacional de Loja.
5. Desarrollar habilidades y capacidades personales en los estudiantes que reduzcan la vulnerabilidad frente a los consumos de drogas y otras conductas susceptibles de provocar adicción.
6. Promover estilos de vida saludables: con la implementación de espacios culturales, deportivos y sociales a fin de que los estudiantes tengan más alternativas de distracción y entretenimiento.

IDENTIFICACIÓN:

La detección precoz tiene como objetivo poder intervenir antes de que se generen problemas en el alumno/a, en los ámbitos del rendimiento académico, las relaciones interpersonales, el estado de ánimo y otras, esto se lo efectuara mediante la utilización de pruebas psicológicas estandarizadas por la OMS y el DSM V, específicamente diseñados para este propósito y de otros instrumentos psicotécnicos que sean necesarios.

Instrumentos breves de apoyo para la identificación

La OMS ha impulsado el desarrollo y validación del cuestionario **ASSIST** específicamente para su uso en Atención Primaria, con la finalidad de ayudar a profesionales con sensibles limitaciones de tiempo a identificar pacientes que se beneficiarían de reducir o abandonar por completo el consumo de una o más drogas. La administración del cuestionario ASSIT requiere entre 5' y 10' y puede realizarse en el marco de la consulta habitual.

Proporciona información sobre:

- Consumo alguna vez en la vida.
- Consumo en los últimos tres meses.
- Problemas relacionados con el consumo.
- Riesgo de daño actual o futuro.
- Dependencia.
- Uso de drogas por vía parenteral

Test **AUDIT** consta de 10 preguntas y aporta información sobre la frecuencia de consumo, problemas relacionados con el alcohol y síntomas de dependencia.

Test de **DEPRESIÓN BECK**: cuestionario auto administrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión.

Test **APGAR FAMILIAR**: es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, incluyendo a los niños ya que es aplicable a la población infantil.

Test de **AUTOESTIMA DE LUCY REIDL**: la escala tiene como objetivo evaluar el nivel de auto concepto y autoestima.

MOMENTO 2: ATENCIÓN SECUNDARIA

En este nivel las acciones están destinadas a los estudiantes con riesgo previamente identificados o quienes han iniciado el consumo de drogas en fases iniciales y que aún no presenten consumo abusivo, dependencia, o algún tipo de daño a su salud física y o psicosocial para intervenir tan pronto como sea posible a fin de evitar la progresión. El objetivo es que el diagnóstico y tratamiento precoz mejore el pronóstico y control del consumo.

Una vez que se ha detectado a un estudiante con consumo de riesgo, perjudicial de alcohol o sustancias psicoactivas el siguiente paso consiste en la valoración por parte del equipo de profesionales según sea el caso.

LA CUAL INCLUYE Y ABORDA:

EVALUACIÓN:

Se valora la situación de cada estudiante en relación al consumo de drogas y se establece un diagnóstico, en caso de detectar la existencia de algún tipo de problema relacionado con el uso de alcohol u otras drogas.

Si el estudiante plantea directa o indirectamente algún tema relacionado con las drogas, o si se observa que se encuentra en alguna de las potenciales situaciones de riesgo ya descritas, el siguiente paso consiste en definir exactamente dicha situación a través de una exploración psicológica que le permita realizar una anamnesis adecuada y valorar el grado de riesgo en que se encuentra.

Es en esta etapa en la cual el estudiante identificado previamente y tomando en cuenta su situación es evaluado por el equipo multidisciplinario de la Unidad de Bienestar Universitario. A saber, médico, psicólogo, trabajador/a social, con la intención de establecer el perfil bio-psicosocial de cada estudiante. Esta evaluación debe complementarse con la elaboración de la ficha socioeconómica, que se realizan a los estudiantes en base a información que brindan sobre su niñez y adolescencia y en las áreas afectiva, sexual, académica, laboral y familiar, además de la relacionada con enfermedades médicas y/o psicológicas, antecedentes familiares de consumo de sustancias (por ejemplo alcohol, marihuana, base de cocaína) y otras enfermedades catastróficas.

Es de importancia citar, que la información proporcionada en la historia clínica y a todos los profesionales que intervienen en el proceso terapéutico **son confidenciales.**

Esta etapa tiene 4 objetivos:

1. Establecer una relación estrecha y de colaboración con el estudiante (RAPPORT).
2. Establecer el perfil biopsicosocial del estudiante.
3. Motivar a participar activamente del proceso de recuperación.
4. Socializar con todo el cuerpo técnico, el diagnóstico y el plan terapéutico a seguir.

la exploración psicológica se complementa con otras pruebas psicométricas dependiendo del caso y evidencia demostrada, entre ellas:

Ficha socioeconómica.

Reactivos psicológicos:

- ASSIT
- AUDIT
- TEST DE DEPRESIÓN DE BECK
- TEST DE AUTOESTIMADE LUCY REIDL
- APGAR FAMILIAR

DIAGNÓSTICO

Los problemas relacionados con las drogas varían de forma importante según cada persona y la circunstancia vital en la que se encuentre. Por ello, las dimensiones, características y consecuencias del consumo pueden ser muy distintas. Por esta razón, una vez realizada la exploración se está en posición de poder realizar un diagnóstico preciso sobre la situación del estudiante en relación a las drogas.

La clasificación propuesta por la Asociación Psiquiátrica Americana para los «trastornos relacionados con el uso de sustancias psicoactivas», e incluida en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V), proporciona los criterios de referencia para formular un diagnóstico. Otra ventaja del DSM-V es que su nomenclatura estándar y su sistema de clasificación, son utilizado también en el ámbito de la Salud Mental, el tratamiento especializado de Drogodependencias, u otros recursos de segundo nivel, y por tanto puede facilitar la posterior colaboración y seguimiento entre profesionales de los distintos ámbitos.

TRATAMIENTO:

Los trastornos por uso de sustancias son complejos y multifactoriales. Las personas que los sufren requieren atención apropiada a las características de su condición, la cual puede variar de acuerdo con diversos factores, entre ellos, el tipo de sustancias y el patrón de consumo, las condiciones físicas, psicológicas y sociales, previas y asociadas con el consumo, la existencia de comorbilidad con otros trastornos mentales u otras condiciones crónicas que afecten la salud del individuo.

El abordaje de los problemas por consumo de sustancias implica la intervención en varias fases, a corto, mediano y largo plazo, son importantes los **programas de detección temprana e intervención breve, en el nivel primario de atención.**

Las intervenciones realizadas como parte del tratamiento deben estar basadas en protocolos de probada eficacia y bajo la responsabilidad de personal debidamente calificado, con supervisión técnica y administrativa sistemática, que resguarden la calidad

y la protección de los derechos fundamentales de las personas allí tratadas. La respuesta al tratamiento en los pacientes con trastornos por uso de sustancias es variable de un sujeto a otro.

Las terapias de la conducta también pueden ayudar a mejorar las destrezas de comunicación, las relaciones interpersonales, así como la dinámica familiar.
Otras intervenciones orientadas a aumentar la motivación para el cambio de conducta en relación al uso de drogas han demostrado ser enormemente efectivas.
La gravedad de la adicción y los intentos anteriores para dejar de consumir drogas también pueden influir en el enfoque del tratamiento. Finalmente, los consumidores suelen sufrir de otros problemas de salud (incluyendo otros trastornos mentales), ocupacionales, legales, familiares y sociales, los cuales deben tratarse de forma concurrente.
PRONÓSTICO: la determinación de un pronóstico es predecir la evolución de una enfermedad, este se dará de acuerdo a la adherencia del estudiante al tratamiento, tomando en cuenta factores como la actitud, la colaboración y motivación durante cualquier tipo de intervención

MOMENTO TRES: ATENCION TERCIARIA

Se dirige a personas que ya presentan problemas de abuso o dependencia de drogas.

En este tipo de consumo, la universidad no tiene competencia y, en rigor, pueden ser sólo colaboradores de las instituciones que tienen capacidad para realizarla. La institución puede intervenir en los niveles de Prevención Primaria y Secundaria.

LA CUAL INCLUYE Y ABORDA:

SEGUIMIENTO:

En este nivel son fundamentales el control y seguimiento del estudiante para la aplicación del tratamiento.

Durante el seguimiento las sesiones cada vez son más espaciadas y el psicólogo se asegura de que los cambios que han tenido lugar en el estudiante se mantienen y se solidifican, pudiendo las estrategias enseñadas generalizarse y ser de ayuda en otras situaciones. En este sentido, la terapia tiene también una función **preventiva** de nuevos problemas.

La situación de cada caso permitirá valorar si es recomendable un seguimiento a más largo plazo.

Supervisar los avances al igual que cualquier otro problema de salud es fundamental, una vez que se ha empezado algún tipo de intervención con el estudiante es preciso asegurar el seguimiento de los progresos ya que este es de gran importancia para evaluar y promover el mantenimiento de la conducta meta del estudiante, así como para prevenir las recaídas en situaciones de riesgo.

DERIVACIÓN:

En los casos de consumo perjudicial, se procede a la derivación a centros especializados, de la red pública y/o privada de aquellas instituciones relacionadas con adicciones.

En general, la evaluación diagnóstica y el tratamiento de las personas susceptibles de un diagnóstico de dependencia de las drogas deberían realizarse desde un equipo multidisciplinario especializado; desde la Atención Primaria se pueden realizar importantes tareas de detección , intervención, orientación y motivación de los casos que deban derivarse a otros servicios de segundo nivel.

Criterios de derivación

Pacientes con síntomas de dependencia necesitan casi siempre un apoyo terapéutico intensivo que requiere especialización, tiempo y participación familiar. El tratamiento en estos casos no es fácil y puede prolongarse en el tiempo, hasta que se supera la adicción y se consolida un estilo de vida libre de drogas. En estos casos la derivación está claramente indicada. Sin embargo no puede abordarse como un simple trámite. Se trata

de un paso crucial para el inicio del tratamiento, y como tal requiere asegurar una serie de condiciones previas o pre-requisitos.

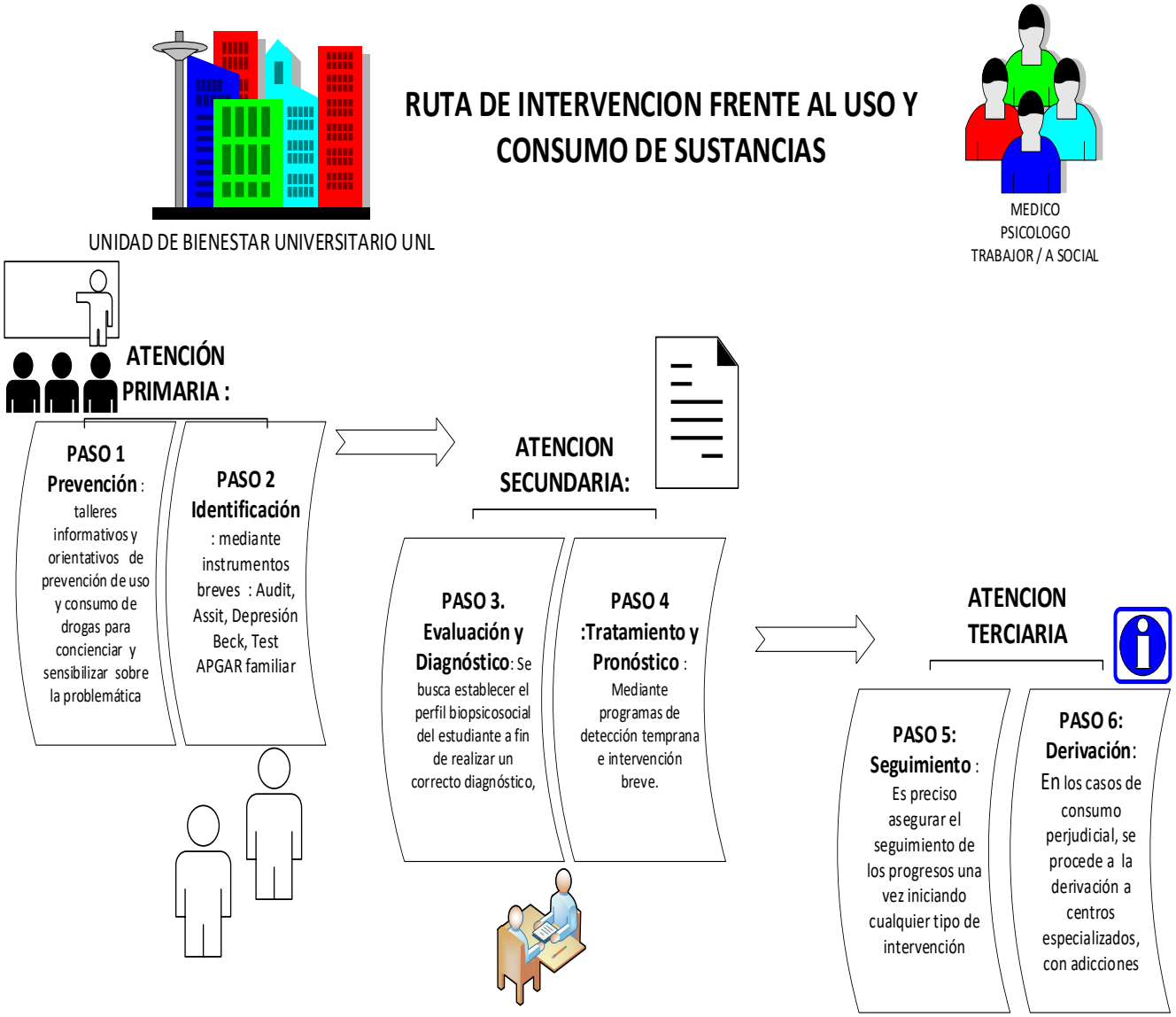
CONSIDERACIONES FINALES

Las investigaciones han demostrado que entre más temprano se lleve a cabo la prevención del uso de drogas, mayor será la probabilidad de tener resultados positivos a largo plazo. Existe fuerte evidencia epidemiológica que ha demostrado que cuanto más tiempo se pueda retrasar el inicio en el consumo de alcohol y drogas, será menos probable el desarrollo de dependencia al alcohol y otras drogas. Por lo tanto, las intervenciones de prevención en sus 3 niveles son considerados aspectos esenciales de los programas de prevención efectivos.

Aunque la mayoría de los esfuerzos de prevención generalmente se enfocan en los jóvenes, la edad durante la cual se inicia principalmente el consumo de alcohol y drogas los esfuerzos de prevención pueden dirigirse a poblaciones más jóvenes, incluso de edad preescolar. Por ello, al planificar programas de prevención, es especialmente importante asegurarse que estén dirigidos adecuadamente a la población objetivo. .

Después de la familia, el siguiente contexto de socialización importante para la mayoría jóvenes es el ámbito educativo. Las intervenciones de prevención en este campo se dirigen a mejorar el ambiente estudiantil y los vínculos, favorecer los comportamientos positivos e incrementar el rendimiento académico a través de sus normas, creencias y expectativas. Se proponen, además establecer la prevención integrada en los planes de estudio. Por ello es necesario entonces que la propia comunidad universitaria, docentes, alumnos y familia reflexionen sobre esta problemática, desarrollando estrategias conjuntas a fin de obtener resultados más favorables.

RUTA DE ACTUACIÓN EN CASOS DE USO Y CONSUMO DE SUSTANCIAS



APROBACIÓN

De conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica de Educación Superior (LOES) y el Estatuto Orgánico de la Universidad Nacional de Loja, es atribución del Rector de la UNL, aprobar la normativa procedimental interna necesaria, como el presente Protocolo, para aplicación de políticas generales para la Igualdad de Oportunidades y asegurar una convivencia pacífica de coordinación con lo establecido en el Código de Ética. En consecuencia, se aprueba el presente Protocolo de Intervención Integral frente al Uso y Consumo de Drogas de la Universidad Nacional de Loja.

Dr. Nicolás Aguirre Mendoza, PhD
RECTOR DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

UNIDAD DE BIENESTAR ESTUDIANTIL

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN INTEGRAL AL USO Y CONSUMO DE DROGAS EN LA UNL

EQUIPO TÉCNICO

Dra. Cecilia Ruiz Toledo. Mg Sc.

Directora de la Unidad de Bienestar Estudiantil.

Dra. Mg.Sc.
Iliana Figueroa Delgado
MEDICA HEBEATRA
L. 2"O" - F. 2 - N°6

Dr. Paul Palacios Sotomayor. Mg Sc.

Psicólogo de la UBU

Dra. Iliana Figueroa Delgado, Mg. Sc.

Medica Hebeatra de la UBU

Kelly Rojas

Pasante Psicología Clínica

Esperanza Pucha

Pasante Psicología Clínica

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Espín RT, Rodríguez E, Cabezas BL, Caro MM. Guías para el diagnóstico y tratamiento de las principales drogas de abuso. Medisur [revista en Internet]. 2007 [citado 30 Ene 2015];1(3):[aprox. 20p]. Disponible en: http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/34 [Buscar en Google Scholar]

2. Vitón R. Drogadicción y anestesia. Rev cuba anestesiol reanim [revista en Internet]. 2010 [citado 26 May 2015];9(1):[aprox. 10p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-67182010000100006 [Buscar en Google Scholar]

3. Canestrelli AP. La prevalencia en consumo global de drogas es estable, según Informe Mundial sobre las Drogas 2014 [Internet]. Brasil: Oficina de Enlace y Partenariado; 2015 [citado 23 Ene 2016]. Disponible en: https://www.unodc.org/lpo-brazil/es/frontpage/2014/06/26-world-drug-report-2014.html [Buscar en Google Scholar]

4. (http://virtual.funlam.edu.co/repositorio/sites/default/files/repositorioarchivos/2012/02/mod7_consumodedrogas.1285.pdf)
5. https://www.tni.org/es/publicacion/reforma-de-la-ley-de-drogas-en-ecuador-guia-basica#5a
6. Albarracín, M. & Muñoz, L. (2008). Factores asociados al consumo de alcohol en estudiantes de los dos primeros años de carrera universitaria. Revista Liberabit, 14: 49-61
7. https://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_intervention_spanish.pdf

8. **Jose Nieto García. (2010).** ***guía práctica de intervención para uso de drogas.***
9. Núñez, P. P. (1998). *Las drogas en la historia* (Vol. 13). Colombia.

10. Pinedo, M. L. (2012). *Influencia del consumo de drogas en los estudiantes universitarios.* Lima.

11. (2019). *Plan de prevencion integral al uso y consumo de droas en la Unl.* Loja.

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

BIENESTAR UNIVERSITARIO

AUTOR: AUDIT
FORMULARIO Nº 005
Apellidos y Nombres:……..……..……....
Facultad……..…Carrera……..…Paralelo……..
Fecha…….……..Edad……..Sexo: M.....F.....
Lugar de procedencia……...Ocupación:…….. EstadoCivil.....
DOCENTE ( ) ADMINISTRATIVO ( ) TRABAJADOR ( ) ESTUDIANTE ( )

Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol: versión de entrevista.

Lea las preguntas tal como están escritas. Registre las respuestas cuidadosamente. Empiece el AUDIT diciendo «Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su consumo de bebidas alcohólicas durante el último año». Explique qué entiende por «bebidas alcohólicas» utilizando ejemplos típicos como cerveza, vino, vodka, etc. Codifique las respuestas en términos de consumiciones («bebidas estándar»). Marque la cifra de la respuesta adecuada en el recuadro de la derecha.

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica? (0) Nunca (Pase a las preguntas 9-10) (1) Una o menos veces al mes (2) De 2 a 4 veces al mes (3) De 2 a 3 veces a la semana (4) 4 o más veces a la semana ☐	6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario ☐
2. ¿Cuantas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal? (0) 1 o 2 (1) 3 o 4 (2) 5 o 6 (3) 7, 8, o 9 (3) 10 o más ☐	7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?. (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario ☐
3. ¿ Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario *Pase a las preguntas 9 y 10 sí la suma total de las preguntas 2 y 3 = 0* ☐	8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario ☐
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario ☐	9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido? (0) No (2) Sí, pero no en el curso del ultimo año (4) Sí, el último año ☐
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario ☐	10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber? (0) No (2) Sí, pero no en el curso del ultimo año (4) Sí, el último año. ☐
	Registre la puntuación total aquí ☐

Si la puntuación total es mayor que el punto de corte recomendado, consulte el Manual de Usuario

PUNTUACION E INTERPRETACION

- **Puntuaciones entre 8 y 15** son las más apropiadas para un simple consejo enfocado en la reducción del consumo de riesgo.
- **Puntuaciones entre 16 y 19** sugieren terapia breve y un abordaje continuado.
- **Puntuaciones iguales o mayores a 20** claramente requieren una evaluación diagnóstica más amplia de la dependencia de alcohol.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

BIENESTAR UNIVERSITARIO
FORMULARIO Nª 001

Autor: Gabriel Smilkstein modificado por la Dra. Liliana Arias con autorización
Apellidos y Nombres:……..……..…….....
Facultad……..…Carrera……..…Paralelo……..
Fecha…….……..Edad……..Sexo: M.....F.....
Lugar de procedencia……...Ocupación:…….. Estado Civil.....
DOCENTE ( ) ADMINISTRATIVO ( ) TRABAJADOR ( ) ESTUDIANTE ( )
Test de APGAR:
Las siguientes preguntas son de gran ayuda para entender mejor su salud integral.
Marque con una X el literal que parezca aplicar para usted

	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y /o necesidad					
Me satisface cómo en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas.					
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface cómo mi familia expresa					

afecto y responde a mis emociones tales como: rabia, tristeza, amor.					
Me satisface cómo compartimos en mi familia: a)El tiempo para estar juntos, b)Los espacios en la casa c)El dinero					
Usted tiene algún amigo(a) cercano (a) a quién puede buscar cuando necesita ayuda					
Estoy satisfecho (a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					

Gabriel smilkestein. Traducido y adaptado con permiso por Dra. Liliana Arias

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

BIENESTAR UNIVERSITARIO

AUTORA Lucy Reidl
ADAPTACIÓN: DR. Carlos Dávila Acosta (con permiso)
FORMULARIO 003
Nombre de la Institución:.....
Apellidos y Nombres:……....
Año o curso……Paralelo……. Fecha…….. Edad……..
Sexo: M.....F.....Lugar de procedencia.....
Ocupación:..... Estado Civil.....

INSTRUCCIONES:
Lea atentamente cada cuestión y luego de reflexionar sobre su contenido, conteste con absoluta sinceridad, en la hoja de respuestas, de la siguiente manera: marque con una "X" según sea su criterio:
S= SIEMPRE:
CF= CON FRECUENCIA;
AV= AVECES,
RV= RARA VEZ;
N= NUNCA.

CUESTIONARIO

1. Lo mejor que tengo son mis nombres
2. Me considero una persona con muchas cualidades
3. Por lo general si tengo algo que decir lo digo
4. Con frecuencia me avergüenzo de mí mismo
5. Me siento seguro de lo que pienso
6. El contenido de mi pensamiento me pertenece
7. En realidad siento que no me gusto a mí mismo
8. Me siento culpable de cosas que hice hace tiempo
9. Creo que la gente tiene buena opinión de mí
10. Soy feliz
11. Me siento satisfecho de lo que hago
12. Considero que la gente me hace caso

13. Me siento tranquilo en un ambiente desconocido
14. Hay muchas cosas de mí que cambiaría
15. Me cuesta trabajo hablar delante de la gente
16. Me considero una persona permanentemente triste
17. Es muy difícil ser uno mismo
18. Considero que le caigo bien a la gente
19. La vida que vivo es la que quiero vivir
20. Si se pudiera volver al pasado y vivir de nuevo yo sería distinto (a)
21. Por lo general la gente me hace caso cuando le aconsejo
22. Mi espacio lo respeto y me hago respetar
23. Debe haber alguien que me diga que debo hacer
24. Yo deseo ser otro tipo de persona
25. Me siento seguro de mí mismo

HOJA DE RESPUESTAS

Nº	S	CF	AV	RV	N	PJ
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						

22						
23						
24						
25						
PUNTAJE						

CLAVE DE CORRECCIÓN

S-CF-AV-RV-N

5 4 3 2 1 = 1 2 3 5 6 9 10 11 12 13 18 19 21 22 25
1 2 3 4 5= 4 7 8 14 15 16 17 20 23 24

RANGOS DE CALIFICACIÓN

RANGOS:

Muy insuficiente: 0-25
Insuficiente: 26-45
Regular: 46-60
Buena: 61-80
Muy Buena: 81-100
Superior autoestima: 101 o más

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
BIENESTAR UNIVERSITARIO

AUTOR: Beck
FORMULARIO Nº 002
Apellidos y Nombres:……..……..…….....
Facultad……..…Carrera……..…Paralelo……..
Fecha…….……..Edad……..Sexo: M.....F.....
Lugar de procedencia……...Ocupación:…….. Estado Civil.....
DOCENTE ( ) ADMINISTRATIVO ( ) TRABAJADOR ( ) ESTUDIANTE ( )

Lea con cuidado las expresiones agrupadas bajo cada letra de la A a la U. Elija en cada grupo la que mejor describa su estado de ánimo en que se encuentra hoy, es decir, en este preciso momento. Encierre en círculo el número de expresión que haya elegido en cada grupo. Si dos o más expresiones en un grupo describen el modo en que se siente con la misma precisión, márquelas también. Asegúrese de leer cuidadosamente todas las expresiones en cada grupo antes de decidir.

A. Tristeza

0 no me siento triste
1 me siento triste
2ª estoy triste todo el tiempo y no puedo evitarlo
2b me siento tan triste e infeliz que me resulta doloroso
3 me siento tan triste e infeliz que no puedo soportarlo

B. Pesimismo

0 no soy particularmente pesimista ni estoy desalentado respecto del futuro
1 me siento desalentado respecto del futuro
2ª siento que no tengo por delante que me espere
2b siento que jamás podré superar mis problemas
3 siento que el futuro no tiene sentido y que las cosas no van a mejorar

C. Sensación de fracaso

0 no siento que yo sea un fracaso
1 siento que he fracasado más que la mayoría d la gente
2ª siento que he logrado muy poco que sea de valor o que signifique algo

2b cuando miro hacia atrás, veo que mi vida es una serie de fracasos
3. me siento un fracaso como persona (como padre, como marido, como hijo)

D. Insatisfacción
0 no me siento particularmente insatisfecho
1ª me aburro la mayor parte del tiempo
1b no disfruto de las cosas igual que antes
2 ya no tengo satisfacción de nada
3 estoy insatisfecho de todo

E. Culpa
0 no me siento particularmente culpable
1 me siento mal o poco importante buena parte del tiempo
2ª me siento bastante culpable
2b ahora me siento mal o poco importante prácticamente todo el tiempo
3 me siento como si fuera muy mala persona o alguien sin valor ninguno

F. Expectativa de castigo
0 no siento que esté siendo castigado
1 tengo la sensación de que algo malo me puede ocurrir
2 siento que estoy siendo castigado o que seré castigado
3ª siento que merezco ser castigado
3b quiero ser castigado

G. Desagrado por sí mismo
0 no me siento decepcionado de mí mismo
1ª me siento decepcionado de mí mismo
1b no me gusto
2 siento desagrado por mí mismo
3 me detesto

H Autoacusación
0 no resiento que sea peor que las demás personas
1 me critico por mi debilidad por mis errores
2 me culpo por mis faltas
3 me culpo por todo lo malo que ocurre

I Ideas suicidas

0 no tengo la menor intención de autodañarme
1 pienso en hacerme daño, pero no lo haré
2ª siento que mejor sería estar muerto
2b siento que mi familia estaría mejor si yo muriera
3ª tengo planes precisos acerca de suicidarme
3b me mataría si pudiera hacerlo

J Llorar
0 no lloro más de lo vital
1 ahora lloro más que antes
2 ahora lloro todo el tiempo, no puedo evitarlo
3 antes podía llorar, pero ahora no puedo aunque quiera

K Irritabilidad
0 no estoy ahora más irritado que habitualmente
1 me molesto o me irrito con más facilidad que antes
2 me siento irritado todo el tiempo
3 ya no me irrito de ninguna manera por cosas que antes me irritaban

L Insociabilidad
0 no he perdido interés en las demás personas
1 ahora me intereso menos por los demás que antes
2 he perdido casi todo el interés que sentía por los demás
3 he perdido todo interés por los demás y no me preocupan en lo absoluto

M Indecisión
0 tomo decisiones igual que antes
1 trato de posponer el momento de tomar decisiones
2 tengo grandes dificultades para tomar decisiones
3 ya no puedo tomar ninguna clase de decisiones

N Cambio de la imagen corporal
0 No resiento peor que antes
1 me preocupa verme de más edad o con menos atractivos
2 siento que hay cambios permanentes en mi apariencia y que me quitan atractivo
3 siento que mi aspecto es feo o que resulta repulsivo mirarme

O **Lentitud en el trabajo**

0 trabajo tan bien como antes
1ª necesito un esfuerzo extra para ponerme a realizar un trabajo o tarea
1b no trabajo también como antes
2 debo esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
3 no puedo hacer ninguna clase de trabajo

P Insomnio
0 puedo dormir tan bien como siempre
1 me despierto más cansado por la mañana ahora que antes
2 me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me resulta difícil volver a dormir
3 me despierto temprano todos los días y no puedo dormid más de cinco horas

Q Fatiga
0 no me canso más que antes
1 me canso con más facilidad que antes
2 me canso aunque no haga nada
3 me canso demasiado aunque no haga nada

R Anorexia
0 mi apetito no se ha deteriorado
1 mi apetito no es tan bueno como antes
2 mi apetito es ahora mucho menor
3 ya no tengo apetito

S Pérdida de peso
0 no he perdido peso últimamente, o muy poco
1 he perdido más de dos kilos y medio
2 he perdido más de cinco kilos
3 he pedido más de siete kilos y medio

T Preocupación por la salud
0 mi salud no me preocupa más de lo habitual
1 me preocupan mis dolores y molestias, o mi ardor de estómago o mi estreñimiento
2 estoy tan preocupado por cómo me siento o por lo que siento, que me resulta difícil pensar en otra cosa
3 estoy completamente absorbido por lo que siento

U Pérdida del lívido

0 no he advertido ningún cambio reciente en mi interés por el sexo

1 estoy menos interesado en el sexo que antes

2 estoy mucho menos interesado en el sexo ahora

3 he perdido por completo el interés por el sexo

……PUNTAJE

Diagnóstico:……

INTERPRETACIÓN:

0-9= MARGEN NORMAL

10-15= DEPRESIÓN LEVE

16-19= DEPRESIÓN LEVE A MODERADA

20-29=DEPRESIÓN MODERADA A GRAVE

30-63= DEPRESIÓN GRAVE

RUTINA DE APLICACIÓN

Diga al paciente: "Esto es un cuestionario; en él hay grupos de afirmaciones; leeré uno de estos grupos. Después quiero que elija la afirmación en ese grupo que describa mejor como se ha sentido en la ULTIMA SEMANA incluyendo HOY".

En ese momento alcance una copia del cuestionario al paciente y dígale: "Aquí tiene una copia para que pueda seguirme mientras leo". Lea el grupo entero de afirmaciones en la primera categoría (no lea los números que aparecen a la izquierda de las afirmaciones); luego diga: "Ahora elija una de las afirmaciones que describa mejor como se ha sentido en la ULTIMA SEMAN, incluyendo HOY"

Si el paciente indica su elección respondiendo mediante un número, vuelva a leer la afirmación que corresponda con el número dado por el paciente, con el fin de evitar confusión sobre cuál de las afirmaciones elegida. Cuando el paciente dice "la primera afirmación", puede querer decir 0 ó 1. Después que se haga evidente que el paciente entiende el sistema de numeración, será suficiente la respuesta numérica para indicar su elección.

INSTRUCCIONES ADICIONALES

A. Verifique que cada elección sea efectivamente la elección del paciente y no palabras que usted haya repetido. Haga que el paciente exprese, por su cuenta, cual afirmación ha elegido.

B. Si el paciente indica que hay dos o más afirmaciones que se ajustan a la forma en que se siente, entonces anote el mayor de los valores.

C. Si el paciente indica que la forma en que se siente está entre 2 y 3, siendo más que 2, pero no justamente 3, entonces anote el valor al cual se acerque más, ó 2.

D. Generalmente el entrevistador debe leer en voz alta las afirmaciones que se encuentran en cada categoría. A veces el paciente toma la iniciativa y empezará a leer en silencio las afirmaciones en una categoría, adelantándose al entrevistador, y empieza a dar las afirmaciones elegidas. Si el paciente está atento y parece inteligente, deje que lea en silencio las afirmaciones y que haga su elección. Dígale al paciente que, si está seguro de leer todas las afirmaciones en cada grupo antes de elegir, entonces podrá leer en silencio. Sea diplomático y tenga tacto para alentar al paciente para que reflexione suficientemente antes de elegir.

E. El puntaje de depresión obtenido debe asentarse en la hoja de registro. Simplemente corresponde a la suma de las mayores cargas de respuestas seleccionadas en cada grupo de afirmaciones del al 21. La carga es el valor numérico que figura al lado de cada afirmación.

F. El grupo 19 (pérdida de peso) fue concebido para explorar un síntoma anoréxigeno. Si el paciente responde afirmativamente a la siguiente pregunta: “¿Está tratando de perder peso comiendo menos?” el puntaje de este grupo no debe agregarse al puntaje total.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

UNIDAD DE BIENESTAR ESTUDIANTIL

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN INTEGRAL AL USO Y CONSUMO DE DROGAS EN LA UNL

HISTORIA CLINICA PSICOLOGICA

№ **1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN:** **Residente:** **Lugar y fecha de nacimiento:** **Edad:** **Procedencia:** **Residencia:** **Estado civil:** **Religión:** **Instrucción:** **Ocupación:** **Domicilio: Teléfono:**	
2.- MOTIVO DE CONSULTA: ¿Qué le ocurrió?, ¿Desde cuándo?, ¿A qué lo atribuye? *Condiciones físicas, cognitivas, conductuales y afectivas durante la entrevista:*	
3.- FUENTES DE INFORMACIÓN: Directa, indirecta o mixta (Grado de confiabilidad y credibilidad)	
4.- HISTORIA DE LA ENFERMEDAD: Modo de inicio, factores desencadenantes, evolución y complicaciones.	
5.- ENFERMEDAD ACTUAL: "Último Episodio"; tiempo de duración, frecuencia e intensidad (Sintomatología).	.
6.- PSICOANAMNESIS PERSONAL: ***Prenatal:*** (embarazo, planificado, aceptado, factores estresores que afectaron el mismo, relación conyugal, etc.).	

Natal: (tipo de parto, llega a término, prematuro, por quien es atendido, complicaciones, etc.).	
Infancia: (desarrollo psicomotor, lactancia, deambulación, dentición, lenguaje, control de esfínteres, enfermedades o accidentes; inicio de la época escolar, rendimiento, relaciones con compañeros y profesores; ambiente familiar: interacciones, crisis, conflictos; comportamiento o conducta en esta época: aislado, tímido, hiperactivo, retraído, agresivo, etc.).	
Adolescencia y Juventud: (inicio de la secundaria, rendimiento y adaptación a la misma, relaciones con compañeros y profesores; ambiente familiar: interacciones, comportamiento, conflictos en el hogar; relaciones sociales, sentimentales etc.).	
Adultez y Vejez:(inicio de estudios universitarios, rendimiento comportamiento con compañeros y docentes; matrimonio, armonía, conflictos, separaciones, divorcios, relaciones extramatrimoniales; soltería, jubilación, viudez; hábitos y disfunciones, etc.).	
7.- PSICOANAMNESIS FAMILIAR: Tipo de familia, condiciones socio-económicas, trabajos, patologías, interacciones, etc.	
8.- HISTORIA LABORAL: Inicio laboral, tipos de trabajo, duración, rendimiento, remuneración económica, satisfacción personal, etc.	

9.-HISTORIA SOCIAL: Intereses (religiosos, artísticos, culturales, deportivos, etc.) ¿Qué hace en su tiempo libre? Sintonía social (buena o mala), contactos sociales, (muchos o pocos), deterioro social (sí o no).	
10.- HISTORIA PSICOSEXUAL: Primera relación sexual, valoración de la misma, inicio de conductas masturbadoras, promiscuidad, desviaciones, disfunciones, grado de información, etc.	
11.- PATOLOGÍAS ANTERIORES: Detallar enfermedades importantes o posiblemente relacionadas al problema actual. Averiguar sobre todo: tuberculosis, hemorragias, diabetes, crisis convulsivas o ataques, padecimientos neurológicos y/o psiquiátricos, alergias, sífilis u otras enfermedades venéreas, accidentes cerebro- vasculares, úlceras, traumatismos (especialmente craneales), operaciones.	
12.- EXAMEN DEL ESTADO MENTAL: a) **Apariencia:** aspecto físico, vestimenta, aseo personal, expresión facial, anomalías físicas.	
b) **Forma de relación:** colaboración, reticencia, rechazo, mutismo, negativismo, agresividad, sarcasmo, pegajosidad, colaboración excesiva.	
c) **Estado de la conciencia:** hiperlucidez, lucidez, obnubilación, estado crepuscular, onirismo, estupor, coma, despersonalización, desrrealización.	

d) **Orientación:** temporal, espacial, respecto a sí mismo y a los demás. e) **Atención:** hiperprosexia, hipoprosexia, disprosexia, aprosexia, seudoaprosexia. f) **Memoria:** Hipermnesia, hipomnesia. Amnesia de fijación (anterógrada), amnesia de evocación (retrógrada). Amnesia global o mixta, amnesia parcial o lacunar. Ecmnesia, fabulación, falsificación retrospectiva. *(Especifique : levé, moderado, grave).* Paramnesias : déjà vu, déjà vécu, jamais vu, jamais vécu. g) **Lenguaje:** voz (alta, normal, baja, monótona, llorosa, teatral, chillidos, gritos).Ritmo del habla (lento, normal, rápido).Tartamudez, balbuceo, mutismo, disartria o dislalia, musitación, neologismos, ecolalia. h) **Pensamiento:** Curso (retardo, aceleración, fuga de ideas, bloqueos). Estructura (disgregación, incoherencia, prolijidad o meticulosidad, perseveración, estereotipia). *(Especifique: leve, moderado, grave).* Contenido (ideas obsesivas, ideas delirantes de: culpa, celos, hipocondría, ruina o pobreza, negación o nihilismo, minusvalía, grandeza, persecución, autorreferencia, influencia, pérdida de control, fóbicas, etc.). *(Especifique: leve, moderado, grave)* h) **Conducta motora:** enlentecimiento psicomotor, excitación motora, inquietud, acatisia, catatonia (agitación catatónica, estupor catatónico, catalepsia, flexibilidad cérea), inhibición motora, estupor depresivo, estupor confusional, obediencia automática,	

ecopraxia (ecomimia, ecolalia), tics, manerismos, negativismo, estereotipias. h) **Afectividad:** ansiedad situacional, ansiedad expectante, ansiedad generalizada, tristeza, euforia, irritabilidad, apatía, aplanamiento, ambivalencia, anhedonia, labilidad afectiva, incontinencia afectiva, *(especifique: leve, moderado, grave)* Sentimientos inadecuados, eutimia. i) **Sensopercepción:** Hiperestesia, hipoestesia, micropsia, macropsia, ilusiones, alucinaciones, seudoalucinaciones, alucinosis. j) **Inteligencia:** estimación de la inteligencia en base a la entrevista (promedio, elevada, baja). k) **Juicio:** capacidad autocrítica y heterocrítica, proyectos a futuro, conciencia de la enfermedad. l) **Voluntad:** sugestionabilidad, abulia, hiperbulia. m) **Instintos: Sueño, Apetito y Conservación:** dificultad para conciliar el sueño, despertares frecuentes, despertar prematuro, insomnio, hipersomnia, parasomnias. Pérdida del apetito, aumento del apetito. Intentos suicidas, conductas autolesivas.	
13.- PSICOANAMNESIS ESPECIAL: a) **Factor Predisponente:** (Hereditario, alguien más en la familia aqueja la misma enfermedad, quien o quienes) b) **Factor Desencadenante:** (Experiencias o traumas del pasado, maltrato o abandono en las primeras etapas de su vida, violaciones, relaciones amorosas no resueltas, curiosidad, presiones ambientales: amigos o familiares, etc.)	

c) **Factor Precipitante:** (Conflictos personales, sociales o laborales del presente: rasgos de personalidad, peleas con la pareja, infidelidades, grupos negativos de amigos, falta de empleo, insatisfacción laboral, falta de dinero, etc.)	
14.- RESULTADO DE TEST: Batería de test aplicada (H.T.P. y Mini metal Test)	
15.- DIAGNOSTICO :	
16.- CONCLUSIONES: Redacción e inferencia de la información obtenida de la entrevista, la historia clínica, el examen del estado mental, la entrevista familiar, la batería de test, la evaluación Multiaxial y el criterio clínico.	
17.- RECOMENDACIONES: Sugerencias para paciente de los profesionales a cargo del caso.	

Elaborado por:

…….