

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**“FRECUENCIA DE CONSUMO DE DROGAS LEGALES E
ILEGALES EN FUTBOLISTAS DE LA PRIMERA DIVISIÓN
INSCRITOS EN LA LIGA DISTRITAL DE LA FEDEFETA DE
LA CIUDAD DE TACNA, FEBRERO 2013”**

PRESENTADA POR: HEIDY CHAMORRO ESPINOZA

ASESOR : Mgr. GERSON GOMEZ ZAPANA

JURADOS : Dr. Cs VICTOR ARIAS SANTANA

: Med. JOSE REVILLA URQUIZO

: Psic. EDA BERRIOS SALAS

TACNA – PERU

2013

INDICE

	Pag.
INTRODUCCIÓN	03
1. CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	05
1.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA	05
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	06
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	07
1.5. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	08
2. CAPÍTULO II: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	26
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION	26
2.2. MARCO TEÓRICO	35
3. CAPÍTULO III: HIPÓTESIS	44
3.1. HIPÓTESIS	44
3.2. IDENTIFICACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	44
4. CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	48
4.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	48
4.2. ÁMBITO DE ESTUDIO	48
4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	49

4.4.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	50
5.	CAPITULO V: PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS	51
5.1.	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	51
5.2.	ANÁLISIS DE DATOS	51
5.3	PRESENTACION DE RESULTADOS	52
6.	CAPITULO VI: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	76
7.	CONCLUSIONES	80
8.	RECOMENDACIONES	81
9.	BIBLIOGRAFÍA	82°

ANEXOS

RESUMEN

Objetivos: Determinar frecuencia de consumo de drogas legales e ilegales en Futbolistas de la primera división inscritos en la liga distrital de la FEDEFTA de la ciudad de Tacna, Febrero 2013.

Material y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, transversal, observacional en los futbolistas inscritos en la liga distrital del cercado que fueron un total de 130 futbolistas.

Resultados: Los futbolistas de la primera división inscritos en la liga distrital de la FEDEFTA de la ciudad de Tacna, Febrero 2013, consumen principalmente drogas legales (alcohol con un 83,08 %; seguidos por tabaco con un 63,85 % y tranquilizantes 3,31 %); por otro lado consumen drogas ilegales (marihuana con 6,93 %, otras sustancias sin prescripción médica 5,39 % y la cocaína 1,54 %). La edad de inicio para el consumo de drogas legales (alcohol, tabaco, tranquilizantes) y drogas ilegales es de 10 años respectivamente. En cuanto a la accesibilidad encontramos que los futbolistas encuentran que la droga más accesible es el tabaco. Los futbolistas encuentran mayor riesgo para la salud al consumir regularmente y/o usar 1 a 2 veces Cocaína o Crack.

Conclusiones: La droga legal más consumida es el alcohol y la droga ilegal más consumida es la Marihuana. Son de más fácil acceso el tabaco para los futbolistas inscritos en la de la liga distrital de Fútbol de Tacna, febrero 2013.

Palabras Claves: Consumo de drogas, futbolistas, FEDEFTA, drogas legales, drogas ilegales, alcohol, marihuana, tranquilizantes, cocaína.

INTRODUCCION

Lo que a simple vista puede parecer que son dos mundos antagónicos, como es el deporte y las drogas, lamentablemente muchas veces han caminado cogidos de la mano.

Deportistas, que más preocupados de su aspecto exterior que por su estado de forma, han coqueteado con ciertas sustancias, tanto para conseguir un mayor rendimiento físico, como para moldear su cuerpo de forma mucho más rápida y contundente.

El ejercicio físico y el deporte en general, tiene como principal objetivo el sentirse bien con uno mismo, tanto a nivel físico como mental; esto requiere tener unos comportamientos ordenados, no exentos de sacrificio en muchos casos y sobre todo, una voluntad de hierro.

Hay que tener mucha voluntad, en caso de un adolescente por poner un ejemplo, en acudir diariamente a un gimnasio ó salir a correr, cuando sabes que tus amigos están tomando licor en un parque, oyendo música ó preparando un botellón; hay que tener, como digo, mucha voluntad y amor propio, para sacrificar amistades e incluso perder estatus dentro del grupo al no alinearte con la marcha, la juerga y los excesos.

Hacer deporte, llevar una vida sana, no está contraindicado con la diversión; el tomar una copa de forma moderada y salir con los amigos, pero todos sabemos donde está el límite y cada cual debe ser consciente de sus consecuencias.

La gran variedad de drogas existentes, se pueden diferenciar de distintas maneras. Pueden ser como drogas naturales o sintéticas, drogas estimulantes o

depresoras, esto en relación a cómo funcionan sobre el sistema nervioso central o alucinógenas, así como por drogas legales o ilegales.¹

Esta diferenciación consiste en las restricciones por parte de los gobiernos, en tanto al consumo, la producción y la venta, siempre teniendo en cuenta las características de cada droga y sus eventuales efectos.²

En tal caso, la diferencia entre sustancias legales e ilegales, se produce de la siguiente manera. Dentro de las drogas legales se encuentran el alcohol, el tabaco, los psicofármacos, estimulantes menores y algunas drogas derivadas del opio como la metadona, la codeína o la morfina, siempre en caso de uso médica.³

Por otro lado, dentro de las drogas ilegales se encuentran los derivados del cannabis, como la marihuana o el hachís, la cocaína, las anfetaminas, el LSD, el éxtasis la heroína entre otros. También, en muchos casos, las drogas legales utilizadas médicamente también se encuentran en un mercado negro de tráfico.⁴

Con gran preocupación se observa que los deportistas se mantienen informados a través de los distintos medios de enlaces o comunicación, buscando y organizando salidas o encuentros con el fin de consumir algunas de estas sustancias.⁵

¹ ALLEN P. BURKE, y cols.: Causas de muerte súbita en deportistas. *Clínicas Cardiológicas*. Vol. 10, Num. 2, May 2002.

² AUBÁ J, VILLALBÍ JR. Prevención desde la escuela del uso de tabaco y de otras sustancias adictivas. *GacSanit* 1990; 4: 70-75.

³ AZHAR M. A. et al: Symptomatic Myocardial Bridging of Coronary Artery. *The Am J. of Cardiology*, Vol 41, June 2007

⁴ COMÍN E. Exercicifisic, consum de tabac y consumd'alcohol en escolars. Estudi de factorsassociats i de la validesad'uninstrument de mesura [tesis doctoral]. Bellaterra: UniversitatAutbnoma de Barcelona, 1992.

⁵ ELZO J. Los jóvenes y su relación con las drogas. Vitoria: Publicaciones del Gobierno Vasco, 2009.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

Los deportistas generalmente en la adolescencia e inicio de la vida adulta acostumbran a consumir algún tipo de drogas legales y en algunas ocasiones drogas ilegales. La adolescencia y juventud son un período de formación para la vida en todas las sociedades, se caracteriza por cambios biológicos, psicológicos y sociales, donde se inician pautas de comportamiento y relaciones que van a repercutir en el individuo, la familia y la sociedad a lo largo de la vida.⁶

Cada día, los jóvenes deportistas son más autónomos por lo cual eligen con mayor libertad lo que consumen, los riesgos que van a correr, la forma cómo realizan su higiene personal, entre otros.⁷

La familia es la primera influencia que moldea los valores, principios y patrones de conducta de los y las jóvenes deportistas, que sin dudar son influenciados por otro grupo de amigos, grupos sociales, familiares, etc. especialmente en ésta etapa tan crucial para algunos jóvenes deportistas en la cual suelen iniciarse el consumo de alcohol y otras sustancias prohibidas.⁸

⁶FERRON C, NARRING F, CAUDERAY M, MICHAUD PA. Sport activity in adolescence. Associations with health perceptions and experimental behaviours. *Health Edu Res* 1999;14:225-233.

⁷ FRANZKOWIAK P. Risk taking and adolescent development. The functions of smoking and alcohol consumption in adolescence and its consequences for prevention. *Health Prom* 1987; 2: 51-61.

⁸ GECKOVA A, PUDELSKY M, TUINSTRA J, VAN DIJK J. Influence of smoking, alcohol consumption, drug usage, and lack of physical activity on health. *CeskPsychol* 2000;44:132 –147.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Se plantea la siguiente investigación para responder a las siguientes preguntas:

¿Cuál es la frecuencia de consumo de drogas legales e ilegales en Futbolistas de la primera división inscritos en la liga distrital de la FEDEFUTA (FEDERACION DEPARTAMENTAL DE FUTBOL TACNA) de la ciudad de Tacna, Febrero 2013?

Otras preguntas del estudio:

- a) ¿Cuál es la prevalencia de consumo de drogas legales (alcohol, tabaco y tranquilizantes) en Futbolistas de la primera división inscritos en la liga distrital de la FEDEFUTA (FEDERACION DEPARTAMENTAL DE FUTBOL TACNA) de la ciudad de Tacna, Febrero 2013?
- b) ¿Cuál es la prevalencia de consumo de drogas ilegales (marihuana, anfetamina, éxtasis, etc.) en Futbolistas de la primera división inscritos en la liga distrital de la FEDEFUTA (FEDERACION DEPARTAMENTAL DE FUTBOL TACNA) de la ciudad de Tacna, Febrero 2013?
- c) ¿Cuáles son los riesgos del consumo de drogas legales e ilegales en Futbolistas de la primera división inscritos en la liga distrital de la FEDEFUTA (FEDERACION DEPARTAMENTAL DE FUTBOL TACNA) de la ciudad de Tacna, Febrero 2013?
- d) Cuales son las posibles razones del consumo de drogas legales e ilegales en Futbolistas de la primera división inscritos en la liga distrital de la FEDEFUTA (FEDERACION DEPARTAMENTAL DE FUTBOL TACNA) de la ciudad de Tacna, Febrero 2013?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar frecuencia de consumo de drogas legales e ilegales en Futbolistas de la primera división inscritos en la liga distrital de la FEDEFTA (FEDERACION DEPARTAMENTAL DE FUTBOL TACNA) de la ciudad de Tacna, Febrero 2013.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Determinar la prevalencia de consumo de drogas legales (alcohol, tabaco y tranquilizantes) en Futbolistas de la primera división inscritos en la liga distrital de la FEDEFTA (FEDERACION DEPARTAMENTAL DE FUTBOL TACNA) de la ciudad de Tacna, Febrero 2013.
- b) Determinar la prevalencia de consumo de drogas ilegales (marihuana, anfetamina, éxtasis, etc.) en Futbolistas de la primera división inscritos en la liga distrital de la FEDEFTA (FEDERACION DEPARTAMENTAL DE FUTBOL TACNA) de la ciudad de Tacna, Febrero 2013.
- c) Identificar los riesgos del consumo de drogas legales e ilegales percibidos por los Futbolistas de la primera división inscritos en la liga distrital de la FEDEFTA (FEDERACION DEPARTAMENTAL DE FUTBOL TACNA) de la ciudad de Tacna, Febrero 2013.
- d) Identificar posibles razones del consumo de drogas legales e ilegales por los Futbolistas de la primera división inscritos en la liga distrital de la FEDEFTA (FEDERACION DEPARTAMENTAL DE FUTBOL TACNA) de la ciudad de Tacna, Febrero 2013.

1.3.3 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La investigación que desarrollamos se justifica por las siguientes razones:

Considero que el tema que se está tratando es de gran importancia para la sociedad actual.

Por cuanto se observa con gran preocupación jóvenes futbolistas bebiendo en cualquier sitio o lugar; quedando susceptibles al consumo de otras sustancias; dejando de lado la disciplina que amerita el deporte que practican.

Se realiza la siguiente investigación para describir los efectos que produce el consumo de drogas legales e ilegales en esta población.

De la misma forma cómo perjudica el consumo de drogas legales e ilegales en sus vidas y las de su entorno familiar, laboral, etc.

Además de esto, se busca identificar posibles razones por las cuales los adolescentes y jóvenes deportistas de hoy en día consumen drogas legales e ilegales sin tener cuidado con las consecuencias que esto pueda traer a sus vidas tanto en lo físico, mental, social, familiar, y hasta económico.

1.4 DEFINICIÓN DE TERMINOS

Droga según la OMS es toda sustancia que, introducida en el organismo 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.

Drogas legales según la OMS son las que se pueden comprar en diferentes negocios, son las que puede prescribir un doctor, cotidianamente conocidas como remedios, y también entran en la categoría el cigarrillo y el alcohol por su capacidad de modificar las funciones del organismo y por tener un gran poder adictivo

Son cualquier sustancia que se encuentra legalizada en nuestro país, que introducida en un ser vivo es capaz de modificar una o más funciones del organismo. Entre estas sustancias se encuentran: el tabaco, el alcohol, los medicamentos, la cafeína, la teobromina, la teína, etc.

Drogas ilegales cualquier sustancia que se encuentra en nuestro país de una forma ilegal, que su consumo, su compra, su venta y su cultivo o fabricación no está legalizado, que introducida en el ser vivo es capaz de modificar, una o más funciones del organismo. Entre estas sustancias se encuentran: el cannabis y sus derivados, la cocaína, las anfetaminas y sus derivados, las drogas de síntesis, la heroína, el éxtasis líquido (GHB), etc.

Bebida alcohólica contienen etanol (alcohol etílico).Atendiendo a la elaboración se pueden distinguir entre bebidas producidas por fermentación alcohólica (vino, cerveza, hidromiel, sake) en las que el contenido en alcohol no supera los 15 grados, y las producidas por destilación, generalmente a partir de un producto de fermentación (licores, aguardientes, etc.)

La cerveza se elabora a partir de cereales fermentados (cebada malteada, arroz, mijo, etc.), a los que a menudo se añade lúpulo. El vino se produce por fermentación de frutas o bayas, sobre todo, uvas. Otros productos tradicionales obtenidos por fermentación son el aguamiel (de la miel), la sidra (de las manzanas u otras frutas), el sake (del arroz), el pulque (del cactus mague) y la chicha (del maíz).

Los licores se obtienen a partir de materias primas diferentes, ya sean cereales o frutas: por ejemplo, el vodka se elabora con cereales o con patatas; el Whisky, con centeno o trigo; el ron, con caña de azúcar; y el coñac, con uvas u otra fruta.

Entre ellas se encuentran bebidas de muy variadas características, y que van desde los diferentes tipos de brandy y licor, hasta los de whisky, anís, tequila, ron, vodka, cachaça, vermouth y ginebra entre otras.

La cantidad de alcohol de un licor u otra bebida alcohólica se mide bien por el volumen de alcohol que contenga o bien por su grado de alcohol.

El alcohol es una droga legal en la mayor parte del mundo y causa millones de muertes al año por alcoholismo.

Bebedor o toxicómano de la calle (*streetdrinkerordruguser*)

Persona que bebe o consume drogas en la calle o en otro lugar público al aire libre; los términos implican un modelo de conducta habitual y que la persona afectada es indigente. El término “personas o gente de la calle” a menudo implica el consumo de alcohol u otras drogas en público.

Tabaco (*tobacco*) Preparado de las hojas de *Nicotianatabacum*, una planta originaria de América de la familia de las Solanáceas. Su principal ingrediente psicoactivo es la nicotina.

Tabaquismo (*Tabagisme*) Término derivado del francés *tabagisme* que se refiere al estado del fumador que tiene una profunda dependencia de la nicotina y, por consiguiente, manifiesta síntomas de abstinencia intensos. Equivalente a síndrome de dependencia del tabaco.

Tabaquismo pasivo (*passive smoking*) Inhalación normalmente involuntaria, de humo de tabaco, procedente de una persona que esté fumando. El término se acuñó en la década de los 70 en relación con los estudios sobre los efectos de esta inhalación y ayudó a que empezaran a tenerse en cuenta los efectos perjudiciales del tabaco para las personas que están en el entorno inmediato de los fumadores.

Cocaína Es el principal alcaloide de un arbusto denominado *Erythroxylon coca*, que se cultiva en la zona occidental de América del Sur (Colombia, Perú y Bolivia). El arbusto tiene una corteza rugosa de color pardo rojizo, puede llegar a alcanzar hasta los seis metros de altura en las condiciones más favorables, aunque en la actualidad no dejan que sobrepase los dos metros con el fin de facilitar su recolección.

La hoja de coca es la única parte que contiene cocaína, está dispuesta en grupos de siete aproximadamente en cada tallo.

Sulfato de coca o pasta base: también llamado basuko, baserolo o suzuki.

El proceso de elaboración se realiza en las inmediaciones de la plantación, principalmente por no desplazar grandes cantidades de hoja de coca, ya que para obtener un kilo de pasta se necesitan alrededor de 125 kilos de hoja.

Esta pasta se obtiene, primero mezclando la hoja triturada con agua y queroseno; después se separa el queroseno y se desecha la hoja de coca, se agrega agua más ácido sulfúrico, después de filtrado se mezcla con cal o amoniaco, el secado de esto da lugar a la pasta de coca. Su aspecto es de una pasta parda negra, fumable que ocasiona complicaciones tóxicas

debido al plomo de los componentes utilizados en el proceso de elaboración.

La cocaína base: también denominada free-base o base libre, proviene de la mezcla de la pasta de coca con éter, al evaporarse con calor aparecen unos cristales casi puros de cocaína base muy potente, en ambientes marginales se denomina crack, se llama así porque hace un sonido de crujido cuando se calienta, su aspecto es parecido a la porcelana, y triturado asemeja a escamas de jabón. Se fuma mezclado con el tabaco o se calienta en pipa de agua y se inhala el humo resultante.

La cocaína: es el clorhidrato de cocaína, obtenido a partir de la pasta base, con clorhídrico y extracción acetona etanol.

Se trata de un polvo blanco, cristalino y de sabor amargo, en ambientes callejeros se denomina: nieve, coca o farlopa.

Cannabis sátiva es una planta que puede llegar a medir unos seis metros de altura en las condiciones más favorables; es un vegetal dióico, es decir, que tiene plantas macho y hembra que crecen por separado.

En ambientes húmedos segrega una gran cantidad de resina, que las hace pegajosas al tacto, por lo que se dice que puede ser un mecanismo de defensa frente a la humedad ambiental.

El sexo de la planta se diferencia por el examen de las flores, las masculinas pueden apreciarse a simple vista y se agrupan en racimos, y las femeninas son casi invisibles y se agrupan en espigas.

El fruto "cañamones", tiene forma globular, de unos cinco milímetros de diámetro, que se emplea para la alimentación de las aves, y para la extracción de aceite.

Esta planta tiene alrededor de sesenta componentes, entre ellos está el THC (tetrahidrocannabinol), que es el componente más conocido y con mayor psicoactividad.

La mayor parte de estos componentes se encuentra en las flores, de la planta hembra, las hojas y los tallos presentan menos cantidad. El cultivo clandestino ha desarrollado variedades hasta ahora desconocidas, denominadas de forma genérica "sin semilla".

Estas variedades tienen mucha mayor cantidad porcentual de cannabinoles que las cultivadas de forma tradicional o silvestre.

Todas las partes de esta planta contienen en mayor o menor proporción THC; esta cantidad depende de múltiples factores, especialmente de la forma de recolección y de cultivo.

Los cigarrillos de marihuana consumidos en los años 70 contenían entre 5-30 miligramos de THC, aproximadamente; actualmente, debido a la variedad de la planta y la forma de cultivo, puede alcanzar hasta los 150 miligramos o el doble si hablamos de la resina, lo que supone, entre 5-10 veces más de contenido psicoactivo por cada cigarrillo de marihuana.

En función de la parte consumida y su forma de elaboración, podemos clasificar los derivados del cannabis en tres grupos que son:

Marihuana preparado con hojas secas y flores, que contiene entre 6 y 14% de THC (actualmente en ocasiones puede superar este porcentaje).

Hachís preparado de resina segregada por la planta de cannabis o hirviendo esta planta. Las tonalidades que presenta pueden variar dependiendo del origen de la planta (verde oscuro tirando a marrón en Marruecos, negro del Líbano y Medio Oriente, y negro como brea en Nepal). Contiene entre un 15 y un 30% de THC, dependiendo de la variedad.

Aceite de hachís: preparado mediante la destilación de la planta en disolventes orgánicos. Dependiendo de la técnica y de los aparatos empleados en la destilación puede llegar a alcanzar un 65% de contenido de THC.

Heroína es un derivado opiáceo sintético que tiene el nombre químico de diacetilmorfina o diamorfina. Es el opiáceo ilegal más utilizado como droga de abuso.

El nombre de heroína proviene del término alemán: héroisch, debido a los supuestos efectos energéticos que se le atribuían.

Se introduce en medicina en 1898 por los laboratorios Bayer como analgésico potente y remedio eficaz contra la tos, el asma, y la tuberculosis. También se investigó como opiáceo analgésico sustitutivo de la morfina, con menos adicción que ésta; pero posteriormente se comprobó que era un producto mucho más adictivo, y en 1913 se detuvo la producción medicinal o farmacológica de la heroína.

Actualmente está fabricada en laboratorios clandestinos que se encuentran principalmente en los países productores del opio.

La heroína es un polvo cristalino blanco, inodoro, muy fino, pero este aspecto puede variar debido a la purificación a la que se haya sometido, habiendo tres tipos de heroína:

Heroína número 1: también se llama heroína base. Sus tonalidades pueden ir desde el color gris claro al gris pardo u oscuro. También puede tener un color amarillento o rosado. Su presentación es más o menos granulada.

Heroína número 2: también se llama brown sugar. Su aspecto es terroso y su color marrón. En ocasiones tiene un fuerte olor a vinagre y suele aparecer mezclada con otras sustancias, conteniendo entre un 25 y un 50% de heroína.

Heroína número 3: se le conoce como tailandesa. Tiene un porcentaje más elevado de principio activo, llegando en ocasiones al 90%. Su aspecto es de un polvo fino de color blanco, aunque también puede ser amarillento o crema.

Inhalantes Son una gama de productos, que pueden ser de uso industrial (colas o pegamentos) o doméstico (productos generalmente de limpieza).

Actualmente, se está produciendo consumo de: cloreto, y esmalte de uñas en adolescentes y jóvenes en grupos y de forma recreativa.

Se conocen coloquialmente como: colas, pegamentos, poppers, gases.

Se consumen inhalados aspirando los vapores que desprenden, dependiendo del producto se inhala de una forma u otra.

Son depresores del Sistema Nervioso Central y actúan de forma rápida debido a su entrada rápida en la circulación sanguínea a través de los pulmones.

Éxtasis (MDMS) droga de síntesis se refiere a un conjunto de sustancias psicoestimulantes, en su mayoría derivadas de anfetaminas. Las drogas de síntesis se presentan habitualmente en forma de comprimidos con colores, imágenes o logotipos llamativos y se las denomina vulgarmente "pastillas". Erróneamente se ha empleado el término de "droga de diseño", pero éste debe desecharse asociadas a la cultura del bacalao y los bares de copas.

La historia de las drogas de síntesis comienza hacia los años sesenta con la recuperación de la síntesis del MDMA (3,4-metilendioximetanfetamina).

Drogas de Síntesis: Esta sustancia había sido descubierta en 1912 y patentada en 1914 por la compañía Merck como vasoconstrictora (según otros como anorexígeno), pero nunca llegó a comercializarse. En los sesenta comienza a usarse como droga psicoactiva y en los setenta aparecen los primeros estudios sobre sus efectos.

El perfil actual de utilización de drogas de síntesis parece iniciarse en 1985 o 1986 en Ibiza. Desde este momento su uso se ha asociado a fiestas y músicas electrónicas de tipo Acid, Techno, Dance...

Parece ser que, después de un período de popularización asociado a la llamada "Ruta del bakalao", el número de consumidores se ha estabilizado en los últimos años.

Las pastillas se consumen los fines de semana en ambientes festivos y en compañía de amigos. Lo más frecuente es tomar una o más pastillas por noche, hasta el punto que un 25% de los usuarios toman más de 4 pastillas, y simultanearlas con cannabis, alcohol y tabaco, menos frecuentemente se asocian a cocaína, otras anfetaminas y algo menos a

alucinógenos. Esto supone un gran riesgo sanitario que, en muchas ocasiones, es desconocido para los jóvenes.

En general, el creciente éxito de estas sustancias radica en los mitos y creencias erróneas que sobre ellas se tienen, entre las que están:

1. Su presentación atractiva y cómodo uso. Muchos usuarios ni siquiera consideran que el éxtasis sea una droga.

2. La creencia generalizada de su inocuidad.

3. El efecto que produce de autoconfianza, estado de alerta, aumento de la resistencia, mejor rendimiento físico y efecto anorexígeno.

4. La duración de su efecto estimulante sobre el Sistema Nervioso Central.

5. Su relativamente bajo costo y fácil disponibilidad.

Éxtasis líquido El G.H.B (gammahidroxitirato), fue sintetizado por el Dr. Laborit hace aproximadamente 30 años.

Es una sustancia depresora del Sistema Nervioso Central, se conoce vulgarmente como: éxtasis líquido, nombre que conduce a equivocaciones en los consumidores, ya que al ser depresor produce el efecto contrario al éxtasis (droga estimulante).

Durante los años 80 se vendía libremente en tiendas de productos energizantes, como anabolizante u estimulante de la hormona del crecimiento.

Se ha utilizado como anestésico general y se ha experimentado su uso para el tratamiento del edema cerebral y del síndrome de abstinencia alcohólico. En EE.UU. se ha estado utilizando para el tratamiento del insomnio y la narcolepsia (dormir de día).

En España no tiene ninguna indicación terapéutica, y actualmente no forma parte de ningún fármaco.

En el año 2002, el G.H.B. fue incluido en la lista de sustancias fiscalizadas internacionalmente, siendo prohibida tanto su venta, como su consumo.

Anfetaminas pertenecen a la familia de las feniletilaminas con un grupo metilo de sustitución en la posición alfa del carbono. Son posibles numerosas sustituciones de la estructura de la feniletilamina, que dan como resultado diferentes compuestos similares a la anfetamina (beta-fenilisopropilaminaracémica).

La anfetamina es un derivado químico de la efedrina, sintetizado por primera vez en 1887 por el químico rumano L. Edeleano, quien llamó al compuesto fenilisopropilamina. Las investigaciones preliminares se enfocaron en los efectos periféricos y encontraron que era una amina simpaticomimética con propiedades broncodilatadoras. Las acciones sobre el sistema nervioso central no fueron reportadas hasta 1933. En 1919, se sintetizó en Japón la metanfetamina; y en 1944, en los laboratorios de la corporación suizo-alemana Ciba-Geigy (precursora de Novartis), el metilfenidato.

El principal mecanismo de acción es la liberación de catecolaminas, particularmente dopamina y norepinefrina, a partir de los terminales presinápticos.

También pueden bloquear la recaptación de catecolaminas de manera similar a otros agentes liberadores de catecolaminas por inhibición competitiva. Sin embargo, los efectos de este mecanismo se consideran de menor importancia.

A dosis mucho más altas, las anfetaminas pueden causar la liberación de serotonina o 5-HT y afectar a los receptores centrales de la serotonina. Ciertas anfetaminas tales como MDMA (3,4-metilenedioximetanfetamina) y DOB (4-bromo-2,5-dimetoxianfetamina) tienen efectos serotoninérgicos más importantes. Las anfetaminas también tienen una débil actividad inhibitoria de la monoaminoxidasa, pero la importancia de esta inhibición todavía no está bien determinada.

La droga sería utilizada desde entonces por los militares de varias naciones, especialmente de la fuerza aérea, para combatir la fatiga e incrementar la alerta entre las milicias.

En 1927, la habilidad de la anfetamina para elevar la presión sanguínea, contraer los vasos sanguíneos, y dilatar los pequeños sacos bronquiales, dio lugar a su comercialización, presentándose el inhalador Benzadrina.

Poco tiempo después, apareció la dexanfetamina (Dexedrina). En 1938, se lanzó al mercado la metanfetamina (Methedrina) y, en 1954, el metilfenidato (Ritalin).

Un reporte farmacéutico de 1946, listaba 39 desórdenes para los cuales la anfetamina era el tratamiento recomendado (Tyler, 1995).

Las anfetaminas serían usadas para fines tan variados como la narcolepsia, la obesidad, la depresión,¹ el TDAH en niños y adultos,² el

tratamiento de sobredosis por sedantes, e incluso la rehabilitación del alcoholismo y hábito de otras drogas.

La anfetamina ha sido utilizada como agente para mejorar el rendimiento, tanto físico (inaugurando el dopping deportivo), como intelectual (dopping cognitivo).

La dispensación indiscriminada del producto, unida al desconocimiento público respecto de sus peligros potenciales y a la ausencia de un sistema idóneo de fármaco vigilancia, desencadenó fenómenos de abuso y adicción.

En 1971, la anfetamina fue sometida a control internacional en el marco de la Convención Internacional de Psicotrópicos.

Actualmente es una sustancia controlada sujeta a fiscalización, pero accesible en la mayoría de los países.

La cuota agregada de producción de anfetamina en los EE. UU. aumentó vigorosamente en la década anterior, pasando de menos de media tonelada en 1990 a más de 9 toneladas en el año 2000.³ Para el año 2005, la DEA estima que esta cifra subirá a más de 12 toneladas.

Speed Aunque actualmente no se usa en medicina, hasta el año 1935 tuvo una utilidad terapéutica. También se utilizó en acciones bélicas para dar mayor agresividad y resistencia física y psíquica a los soldados en la II Guerra Mundial.

Su abuso se ha visto incrementado en nuestro país en los últimos años, dando un uso recreativo a esta sustancia en ambientes de discotecas, y ocio nocturno.

También llamado metanfetamina. Vulgarmente se le conoce con los nombres de: meth, hielo, kristal o speed.

Es una droga estimulante y adictiva que afecta en gran parte a sistemas cerebrales, con mayor duración y menor intensidad que la cocaína.

Su apariencia es similar al sulfato de anfetamina, presentado en forma de polvo y consumido por vía esnifada.

Anabólico es un adjetivo empleado en el campo científico de la Biología con el que se define a todo aquello que es perteneciente o relativo al anabolismo.

De origen etimológico del griego dos palabras: “ana”, que significa hacia arriba, y “ballein” que se traduce como lanzar.

Partiendo de ello tenemos que exponer que anabolismo es un concepto que, según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, define a todo aquel “conjunto de procesos metabólicos de síntesis de moléculas complejas” a partir de otras que se caracterizan por ser más sencillas.

Por tanto, podemos ver que dicha palabra es una de las partes fundamentales que conforman el proceso del metabolismo.

En concreto, el término que nos ocupa podemos decir que se encarga básicamente de dos cosas: del crecimiento y también de lo que es el almacenamiento de energía mediante lo que serían los enlaces químicos en moléculas de tipo orgánico.

En este sentido también es importante subrayar que según las biomoléculas que se sintetizan e intervengan en el anabolismo, este puede clasificarse en síntesis de glúcidos, replicación de ADN, síntesis de proteínas, síntesis de lípidos o síntesis de ARN, entre otras.

Además de todo lo citado, tenemos que subrayar que anabólico es un término que tiene una segunda acepción.

En este caso, además de lo citado, suele emplearse para referirse a las sustancias que se encargan de llevar a cabo la síntesis de las proteínas corporales. Y eso sin olvidar que también están lo que se conoce como anabólicos androgénicos esteroides que son unas drogas sintéticas, derivadas de la testosterona, que lo que hacen es otorgar características sexuales masculinas.

Sedante es una sustancia química que deprime el sistema nervioso central (SNC), resultando en efectos potenciadores o contradictorios entre: calma, relajación, reducción de la ansiedad, adormecimiento, reducción de la respiración, habla trabada, euforia, disminución del juicio crítico, y retardo de ciertos reflejos. Un sedante suele denominarse como tranquilizante, antidepresivo, ansiolítico, soporífico, pastillas para dormir, relajante, o sedante-hipnótico.

La cantidad de contraindicaciones y de efectos supresores o potenciadores, obliga a extremar la ayuda terapéutica profesional. A altas dosis o bajo abuso, estas drogas causan inconsciencia o muerte.

Como todo medicamento psicotrópico pueden causar dependencia física y psicológica cuando se usa crónicamente o durante periodos largos, aún a dosis recomendadas y terapéuticas. Cuando un usuario con dependencia disminuye bruscamente o cesa el tratamiento, aparecen

síntomas de abstinencia desde inactividad, insomnio, sudor frío y ansiedad a convulsiones o mioclonías.

Cuando los usuarios se hacen dependientes psicológicamente, sienten la necesidad de administrar el fármaco aunque no haga falta biológicamente. En ambos tipos de dependencia, encontrar y usar dicho medicamento se convierte en punto focal en la vida. Deberán tratarse tales dependencias físicas y psicológicas.

De todos los reportes por muertes relacionadas a drogas, la sobredosis de barbitúricos da un factor cercano al 33 %. Estos incluyen el suicidio, y el envenenamiento accidental. Ocurre que ciertas muertes accidentales ocurren por usuarios en estado confusional debido a repetir las dosis por olvido y estado de confusión. En EE.UU, en 1998, un total de 70.982 exposiciones a sedantes se registraron en los Centros de Control de venenos, con 2.310 (3,2 %) fueron casos graves de intoxicación y 89 (0,1 %) terminaron en muerte. El 50 % de los pacientes admitidos en "Sala de Guardia" de los hospitales de EE.UU son el resultado de uso no médico de sedantes han tenido "prescripción médica" lícita y legítima para el uso de la droga, pero se han sobre medicado y/o combinado con alcohol y/u otras drogas.

La obtención ilícita de sedantes se hace por conocidos que acceden a prescripciones médicas, usando recetas falsas, etc.

LSD La dietilamida de ácido lisérgico, 1 LSD-25 o simplemente LSD, también llamada lisérgida y comúnmente conocida como ácido, es una droga psicodélica semi sintética que se obtiene de la ergolina y de la familia de las triptaminas. Los ensayos científicos realizados hasta el momento demuestran que el LSD no produce adicción y no es tóxico.^{2 3 4} Es conocida por sus efectos psicológicos, entre los que se incluyen

alucinaciones con ojos abiertos y cerrados, sinestesia, percepción distorsionada del tiempo y disolución del ego.

Los laboratorios Sandoz presentaron el LSD como una droga apta para diversos usos psiquiátricos. Muchos psiquiatras y psicoanalistas de los años 50 y 60 vieron en ella un agente terapéutico muy prometedor.⁵ Se popularizó como parte de la contracultura de los años 60.

Sin embargo, el uso extra medicinal del fármaco ocasionó una tormenta política que llevó a la prohibición de la sustancia, ilegalizando todos sus usos, tanto medicinales como recreativos y espirituales.

A pesar de ello, algunos círculos intelectuales siguen considerando que tiene un gran porvenir como sustancia medicinal.

Varias organizaciones, como la Fundación Beckley, MAPS, el Heffter Research Institute y la Fundación Albert Hofmann continúan financiando, promoviendo y coordinando la investigación sobre sus usos medicinales. Tras varios decenios de bloqueo, en 2009 el gobierno suizo dio luz verde a una investigación para averiguar si el LSD ayuda a los pacientes que sufren enfermedades incurables, como el cáncer, a disminuir la angustia. También en 2009, la Fundación Beckley emprendió un estudio para explorar los efectos del LSD en la actividad neuronal y su estímulo a la creatividad.

Actualmente se usa como droga recreativa de forma ilegal y en algunos países en psicoterapia, como droga legal bajo prescripción médica. En países como Rusia y el Reino Unido se discute actualmente una propuesta para legalizar su uso terapéutico.

Crack El término crack (sinónimo de piedra), también conocido como crac, es el nombre vulgar de un derivado de la cocaína; en concreto, del que resulta de la mezcla de base libre de cocaína con una parte variable de bicarbonato de sodio.

El término crack es una onomatopeya que sugiere el ruido que hacen las piedras de esta droga al calentarse por la evaporación de la cocaína en base que contienen, al liberarse de la mezcla con el bicarbonato de sodio. También recibe nombres vulgares por parte de los usuarios a esta droga, como rocas, chulas, pops, piedras, niñas, duras, hielos, rock&roll, rockstars o Chespi, entre otros; a veces erróneamente se le confunde con la pasta básica de cocaína, llamada también bazuco, paco o pitillo, que es la costra que queda en la olla donde preparan la cocaína y está compuesto por los alcaloides de la planta sin refinar ni purificar.

CAPÍTULO II

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Los adolescentes ante las sustancias adictivas: tabaco, alcohol y drogas no institucionalizadas.

J. R. Villalbí, M. Nebot y M. Ballestín

Fundamento: Una parte considerable de la mortalidad prematura en España se relaciona con el uso de sustancias adictivas: tabaco, alcohol y drogas de uso no institucional. La adolescencia es un período clave para la adopción de las pautas de uso de sustancias adictivas. El conocimiento de las actitudes, creencias, percepciones del entorno y comportamientos de los escolares permite diseñar y evaluar las intervenciones preventivas.

Métodos: Se presentan los resultados de una encuesta sobre tabaco, alcohol y drogas de uso no institucionalizado realizada en 1992 entre escolares de octavo curso (13-14 años) procedentes de una muestra representativa de las escuelas de la ciudad de Barcelona. Resultados: El 44,1% ha fumado alguna vez, el 10,9% fuma de forma habitual y el 15,5% ha comprado tabaco alguna vez. No se aprecian diferencias entre niños y niñas por lo que respecta al consumo de tabaco en esta edad. En cuanto al alcohol, aunque el 35,5% no bebe nunca alcohol, el 1,7% lo consume diariamente, el 15,5% los fines de semana y el 62,9% bebe en las fiestas familiares, mientras que el 13,5% dice haber comprado alcohol alguna vez y el 22,4% refiere antecedentes de alguna borrachera. No se aprecian diferencias entre sexos por lo que se refiere al consumo de alcohol en esta edad. En cuanto a las

drogas de uso no institucionalizado, destaca la opinión del 35,4% de los escolares que dicen que muchos adultos las consumen y la percepción de tener amigos que las han probado, expresada por el 22,4%. Conclusiones: Existe una importante penetración del tabaco y el alcohol en el entorno personal de los escolares. En comparación con estudios anteriores en la misma población, se aprecia una modesta disminución en el consumo habitual de tabaco que no alcanza la significación estadística y una disminución del consumo diario y del consumo habitual de alcohol.

Impacto del tabaquismo en el rendimiento físico Resultados de la IV Carrera contra el Tabaco.

Gustavo Giraldo-Buitrago, Cecilia Sierra-Heredia, Fernanda Giraldo-Buitrago

Fabiola Valdelamar-Vázquez, Alejandra Ramírez-Venegas, Raúl H Sansores

Introducción: Se ha demostrado que la participación en actividades deportivas promueve la salud física y mental. En contraste, la conducta de fumar (y la eventual adicción al tabaco) entre los estudiantes correlaciona inversamente con la práctica regular de actividades deportivas. A pesar de las reglamentaciones y de la evidencia científica en su contra, la industria tabacalera no ha dudado en vincular la conducta de fumar con el hábito del deporte.

Hipótesis: El rendimiento de los atletas puede estar disminuido por efectos del tabaquismo. Una segunda hipótesis sostiene que la industria tabacalera influye en un número importante de atletas, induciéndolos a fumar. Para probarlas, analizamos el desempeño de los 680 corredores que participaron en la IV Carrera contra el Tabaco. Resultados: No se encontraron diferencias significativas entre los sexos, ni entre los grupos determinados

por las edades. De acuerdo al análisis de varianza, las diferencias por tiempo entre los grupos fueron significativas. El tiempo promedio que invirtieron todos los participantes en recorrer cada kilómetro fue de 5.09 ± 1.02 min. El tiempo de los no fumadores (5.02 min/km) fue significativamente menor que el de los ex fumadores (5.15 min/km), y de los fumadores (5.75 min/km).

Conclusiones: El rendimiento físico de los que nunca han fumado es significativamente mejor de aquellos que si fuman. Además, entre los individuos

que practican de manera regular un deporte, hay un porcentaje importante de fumadores. Por lo tanto, entre los individuos que hacen ejercicio se debe hacer promoción antitabaco.

Motivos para la práctica deportiva y su relación con el consumo de alcohol y tabaco en jóvenes españoles.

Francisco Ruiz-Juan, Ernesto de la Cruz-Sánchez, María Elena García-Montes

Resumen: Objetivo. Determinar la relación entre la práctica de actividad física en el tiempo libre y el consumo de alcohol y tabaco en población joven. Asimismo, definir la relación entre el consumo de estas sustancias y los motivos de la práctica deportiva. Material y métodos. Tomaron parte 3 840 jóvenes de diferentes niveles del sistema educativo público de Almería, España. Se utilizó una regresión logística multinomial para modelar la asociación entre variables y calcular la razón de momios y el intervalo de confianza al 95% para cada patrón de actividad física. Resultados. Las mujeres fuman en mayor medida que los varones ($p < 0.05$, en todos los niveles educativos), mientras que éstos son consumidores de alcohol en mayor grado en edades tempranas. Existe un menor consumo habitual de tabaco a medida que aumenta el tiempo de la práctica de actividad física,

mientras que la relación del consumo de alcohol con la práctica de actividad físico-deportiva es variable. Conclusiones. Cuanto menor es la actividad física, más probable es encontrar fumadores, en tanto que su relación con la ingesta de alcohol difiere según sea el nivel de práctica.

Relación del auto concepto físico con las conductas de consumo de alcohol y tabaco en adolescentes

Juan Antonio moreno; Eduardo Cervelló

El propósito de este estudio ha sido comprobar la relación del género, el consumo de tabaco y alcohol y la práctica físico-deportiva en el autoconcepto físico en estudiantes adolescentes españoles de educación física.

La muestra estuvo compuesta por 1.008 alumnos (M edad = 15.94,DT = .89) a los que se les pasó el cuestionario de autoconcepto físico(PSQ). Tras distintos análisis de correlación, univariantes, multivariantes y de regresión, los resultados revelaron que el autoconcepto físico presentaba relaciones con el género, el consumo de tabaco y alcohol y la práctica físico-deportiva. La mejor percepción de la imagen corporales observó en las mujeres que no fumaban y los no practicantes de actividad físico-deportiva. Por otro lado, el ser varón y practicar deporte fue lo que más predecía el autoconcepto físico, entendiendo por este la autovaloración física.

Como conclusión, este estudio muestra la relevancia que tiene el resultado de que la acción de fumar se asocia con una buena imagen corporal y que la práctica del deporte se realiza para fomentar una apariencia física más positiva y acorde con los cánones de belleza establecidos en nuestra sociedad actual.

El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, como parte del estilo de vida de jóvenes universitarios

Isabel Cristina Salazar Torres; Marcela Arrivillaga Quintero

Resumen: El consumo de sustancias psicoactivas, es una problemática creciente en la población juvenil. Estas han empezado a tomar un papel central en su vida, en la medida en que cumplen una función “facilitadora” frente a situaciones aversivas en las que tienen poco sentido de control y eficacia personal. Como consecuencia, surgen alteraciones biológicas, comportamentales, cognitivas y emocionales en los jóvenes consumidores, afectando su modo de vivir y de quienes lo rodean.

Resultados: En la investigación se encontró con relación al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas; que los jóvenes tienen estilos de vida poco saludables, y que no existe diferencia significativa entre quienes tienen prácticas saludables y quienes no las tienen, a pesar de tener creencias favorables en este sentido.

Conclusión: Estos resultados conducen a la discusión sobre los focos y prioridades de intervención con jóvenes en una institución universitaria.

Los Jóvenes, Las Drogas y El Alcohol: Un Estudio de sus Representaciones Sociales

Carlos A. Alvarez S.

Resumen: En Chile, el consumo de drogas y alcohol es considerado como uno de los principales problemas que afectan a la sociedad. En efecto, este problema aparece como uno de los aspectos más relevantes que intenta combatir y controlar el actual gobierno, muestra de ello es la promulgación de la ley W19.366, que penaliza tanto el tráfico de estupefacientes como el consumo concertado de los mismos. Numerosos estudios han mostrado la

prevalencia del consumo de drogas y alcohol, y la modalidad que asume, específicamente, en la población juvenil chilena, indicando que siguen una tendencia progresiva en el tiempo en relación a su magnitud y secuela en la sociedad y sus individuos. Aspectos que han generado marcos interpretativos del fenómeno que, centrados en la distribución del dato a través de asociaciones de variables socio-demográficas, no dan cuenta de los aspectos más subjetivos y de la influencia grupal y cultura; que pueda contener. En efecto, no obstante la gran cantidad de información reunida en torno al tema, escasean estudios que tengan como referente específico a los aspectos culturales y a los ámbitos de interacción grupal que rodean el consumo de drogas y alcohol. «La droga calificada como un problema universal, que amenaza las bases políticas, económicas, sociales, morales y culturales de los pueblos, debe entenderse como un fenómeno muy destructivo de la sociedad moderna».

En este trabajo se adopta una nueva epistemología de comprensión del fenómeno que permite generar un marco interpretativo del fenómeno del consumo de drogas y alcohol privilegiando la perspectiva del sujeto. Es por esta razón, que trataremos en lo que sigue de profundizar en torno al tema, proporcionando una descripción de las teorías de la conducta desviada que estarían explicándolo, para posteriormente, generar, a la luz de una perspectiva más culturalista, antecedentes teóricos acerca del influjo subcultural en las prácticas y representaciones sociales de los jóvenes respecto del consumo de drogas y alcohol. Un importante rol cumplirá la utilización de los postulados del sociólogo francés Pierre Bourdieu, específicamente, en lo relativo al concepto de hábitos. Este concepto da cuenta de una clase particular de condiciones de existencia, de lo habitual y compartido de las vidas de los jóvenes estudiantes secundarios que produciría un sistema subjetivo, no individual, de esquemas de pensamiento y percepción, en definitiva, de representaciones sociales compartidas por los miembros de un grupo.

Un ejemplo de hábitos son los principios culturales que estructuran las prácticas, las formas de actuar, de relacionarse, de percibir y representar la experiencia social en los jóvenes. Sostenemos, a modo de supuesto de investigación, la existencia de una cultura juvenil, es decir, de ciertos patrones normativos y valorativos que guían la conducta de los jóvenes, y que les permiten, a su vez, entenderse entre sí y reconocerse como integrantes de una tradición común. Por otro lado, creemos que de esta cultura juvenil se desprenden varias subculturas que demuestran su variabilidad respecto de ésta en función de la adhesión a variantes y hábitos referidos a las modas, la música, el arte, los deportes (fútbol), y los estudios, por mencionar algunos. La existencia de varias subculturas juveniles, que compiten entre sí, tendría particulares visiones del mundo social, y por ende, particulares representaciones sociales acerca de un aspecto de él, como lo es el consumo de drogas y alcohol.

La influencia de los padres sobre el consumo de alcohol y tabaco y otros hábitos de los adolescentes de Palma de Mallorca en 2003

Francisco Manuel Kovacs, Mario Gestoso García, Malén Oliver-Frontera, María Teresa Gidel Real Calvo, Javier López Sánchez, Nicole Mufraggi Vecchierini y Pere Palou Sampol.

Resumen: Fundamento. El consumo de alcohol y tabaco es frecuente entre los adolescentes. El objetivo de este estudio fue determinar la influencia de los hábitos de los padres en los de sus hijos.

Métodos. Se estudió a los adolescentes de 13 a 15 años de la isla de Mallorca y a sus padres. Mediante métodos previamente validados se recabó su nivel socioeconómico, sus hábitos (ingesta de alcohol, tabaquismo, práctica de deportes y consumo de televisión), y el rendimiento académico de los adolescentes.

Resultados. Participaron 4.019 adolescentes y 7.359 padres. Un bajo nivel socioeconómico se asoció con un mayor riesgo de que los adolescentes fumaran (OR=3,86, IC 95%:2,30-6,48; p=0,000), bebieran alcohol (OR=1,88; 95% IC: 1,40-2,54; p=0,000), suspendieran alguna asignatura (OR=6,37, IC95%: 4,23-9,61; p=0,000), vieran > 2 horas diarias de televisión (OR=1,97;95%IC: 1,69-2,29; p=0,000), y no practicaran deporte(OR=0,55, IC 95%: 0,38-0,80; p=0,001). Además, en el riesgo de que fumaran influyó que la madre bebiera (OR 1,76 IC95% 1,24-1,51; p=0,002), en el de que suspendieran los hijos(no las hijas) que los padres fumaran (OR 1,89 IC95% 1,33-2,68; p=0,000), y los correspondientes hábitos en los padres aumentaron la probabilidad de que los adolescentes bebieran alcohol (OR 1,91 IC95% 1,43-2,51; p=0,000), vieran más de 2horas diarias la televisión (OR 1,97 IC95% 1,68-2,29; p=0,000)e hicieran deporte (OR 6,67 IC95% 2,57-14,96; p=0,000).

Conclusiones. Un bajo nivel socioeconómico se asocia aun mayor riesgo de que los adolescentes españoles fumen, beban alcohol, suspendan, vean más televisión y no practiquen deporte. Además, el que la madre beba se asocia a un mayor riesgo de que sus hijos fumen y beban, y el que ambos padres beban se asocia a un mayor riesgo de que sus hijos lo hagan. La práctica de deportes y el tiempo que pasan ante el televisor los padres influyen en los hábitos correspondientes por parte de sus hijos, pero no influyen en que el adolescente beba o fume.

Actividad física, tabaquismo y consumo de alcohol, en un grupo de estudiantes universitarios

Sonia C. Mantilla-Toloza, Antonia Gómez-Conesa y María D. Hidalgo-Montesinos

Resumen: Objetivo Determinar la prevalencia de actividad física, tabaquismo y consumo de alcohol, en un grupo de estudiantes universitarios.

Metodología Con una muestra de 548 estudiantes del área socio-sanitaria (431 mujeres y 117 hombres, edad media: 20 años DT: 2,3) se aplicó la versión abreviada del Cuestionario Internacional de Actividad Física y una encuesta sobre hábitos de vida, para obtener información relacionada con el consumo de alcohol y tabaquismo. Se calcularon el índice de actividad física, los niveles de actividad, porcentaje de tabaquismo y consumo de alcohol. Se aplicó la prueba V de Cramer para establecer asociación entre variables, la prueba t para evaluar las diferencias de actividad física en función del género y la prueba Brown Forsythe en función de la titulación.

Resultados El 80 % de los estudiantes se clasificaron como regularmente activos. Se encontraron diferencias significativas entre Índice de Actividad Física, género ($p=0,0$) y titulación ($p=0,038$). La prevalencia de tabaquismo fue del 33 % y de consumo de alcohol fue del 58 %; sin diferencias significativas entre género. No se encontraron asociaciones significativas entre actividad física, tabaquismo y consumo de alcohol.

Conclusiones Un porcentaje alto de estudiantes practican actividad física de forma regular. Sin embargo, una parte de ellos no alcanza el parámetro mínimo para obtener beneficios en la salud. El porcentaje de consumo de alcohol y tabaquismo fue elevado. Se requiere implementar programas de promoción de hábitos saludables en universitarios, específicamente hacia la optimización de la práctica deportiva, la prevención y disminución del tabaquismo y consumo de alcohol.

2.2 MARCO TEORICO

2.2.1 Adolescencia y Juventud

La adolescencia y juventud son un continuo crecimiento de la existencia de los jóvenes, en donde se realiza la transición entre el infante o niño de edad escolar y el adulto. Esta transición de cuerpo y mente, proviene no solamente de sí mismo, sino que se conjuga con su entorno, el cual es trascendental para que los grandes cambios psicológicos que se produce en el individuo lo hagan llegar a la edad adulta. La adolescencia es un fenómeno biológico, cultural y social, por lo tanto sus límites no se asocian solamente a características físicas.⁹

2.2.2 Cambios que se producen en la adolescencia

Desarrollo Físico del Adolescente y Juventud

Durante la adolescencia y la juventud se produce un importante crecimiento corporal, incrementándose el peso y la estatura, el cual marca el inicio de la adolescencia, como recientemente lo mencionamos.

Este proceso abarca los cambios fisiológicos y físicos que el adolescente desarrolla, teniendo consecuencias tanto a nivel social, como individual (identidad).¹⁰

Definición de drogas y adicción

⁹GILPIN E, PIERCE JP, GOODMAN J, BURNS D, SHOPLAND D. Reasons smokers give for stopping: do they relate to success in stopping? *Tob Control* 1992;1:256-263.

¹⁰HANSEN WB, GRAHAM JW, SOBEL JL, SHELTON DR, FLAY BR, JOHNSON CA. The consistency of peer and parent influences on tobacco, alcohol and marihuana use among adolescents. *J Behav Med* 1987; 10:559-579.

Hoy en día todos tenemos unas nociones más o menos concretas de lo que son las drogas y las adicciones. Algunas son legales como el alcohol, el tabaco o los fármacos, otras son ilegales como el hachís, la cocaína y la heroína Y además, sabemos que las drogas tienen un denominador común, al ingerirlas (sea cual sea la forma) pasan a la sangre y, a través de ella, al cerebro y a todo el organismo, provocando los diferentes efectos que las caracterizan: excitar, relajar o distorsionar la realidad.¹¹

Según el Diccionario de la Lengua española, la droga es una "sustancia o preparado medicamentoso de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno."

El concepto farmacológico y médico de la palabra droga es "cualquier sustancia química capaz de modificar el funcionamiento de un ser vivo. Este concepto se refiere a que la modificación puede ser perjudicial o beneficiosa para el ser vivo, y que depende del tiempo de administración y de la dosis y de las características del propio ser".

En 1982, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró como droga de abuso "aquella de uso no médico con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento y susceptible de ser auto administrada)".¹²

La Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD, 2004) define la droga como "cualquier sustancia que una vez introducida en el organismo a través de distintas vías (esnifada, inyectada, fumada o tragada), tiene

¹¹ NEEDLE R, MCCUBBIN H, WILSON M, REINECK R, LAZAR A, MEDERER H. interpersonal influences in adolescent drug use. The role of older sibling, parents and peers. *Int J Addiction* 1986; 21: 256-265.

¹² MENDOZA R. Consumo de alcohol y tabaco de los escolares españoles. *Comun Drogas* 1987; 5/6: 83-102.

capacidad para alterar o modificar las funciones corporales, las sensaciones, el estado de ánimo o las percepciones sensoriales (vista, oído, tacto, gusto, olfato)”.

Por otra parte, la adicción, “es el estado psicofísico causado por la interacción de un organismo vivo con un fármaco, caracterizado por la modificación del comportamiento y otras reacciones, generalmente a causa de un impulso irreprimito de consumición de un fármaco de forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y en ocasiones para evitar el malestar producido por la privación de éste, o el llamado síndrome de abstinencia”.¹³

2.2.3 Alcohol y deporte

Bebida que contiene etanol. Éste es un depresor del sistema nervioso central. Sus efectos dependen de la concentración en el organismo, la constitución de éste y del tipo de alcohol que se consuma.

Cuando hablamos de alcohol nos referimos generalmente al etanol o alcohol etílico, por ser el constituyente fundamental de las bebidas alcohólicas.¹⁴

2.2.3.1 Tipos de bebidas:

Bebidas Fermentadas: obtenidas por fermentación de un mosto abundante en azúcares. Hablamos de la sidra, cava, vino y cerveza. Su grado de alcohol puede oscilar entre 5 y 15 grados.

¹³ Rodríguez-Martos A, Calafat A, Amengual M, Farrés C, Mejías G, Borrás M. Programa d'educació sobre substancies addictives. Material per al professor. Barcelona: Publicacions de l'Ajuntament de Barcelona, 2003.

¹⁴ SANTO-DOMINGO J, RODRÍGUEZ-VEGA B. Evolución de los hábitos de consumo de alcohol y de la dependencia alcohólica en España. RevEsp Drogodependencias 1989; 14: 167-175.

Las Bebidas Destiladas: se obtienen mediante un proceso artificial, destilando una bebida fermentada y aumentando su concentración de alcohol puro. Es el caso de la ginebra, ron, whisky, vodka, anís, coñac, aguardiente, licores afrutados y determinados aperitivos. Su grado de alcohol suele oscilar entre 17 y 45 grados.¹⁵

2.2.3.2 Las Consecuencias que trae el consumo de alcohol presenta las siguientes fases:

Dependencia: Es el deseo que tiene el consumidor de "seguir consumiendo una droga" porque siente placer o para reducir una tensión o evitar un malestar.

Tolerancia: Cuando se necesita cada vez más cantidad de la droga para sentir el mismo efecto que las veces anteriores. Es por eso que cuando uno no acostumbra a consumir alcohol se embriaga más rápido y con menor cantidad.

Síndrome de abstinencia: Se produce cuando se deja bruscamente de consumir, y clínicamente se manifiesta por temblor, sudoración, taquicardia y ansiedad.¹⁶

2.2.4 Tabaco y deporte

El tabaquismo es un síndrome lentamente progresivo, de daño multisistémico asociado a la adicción a la nicotina. Es un síndrome porque se expresa con una serie de signos y síntomas cuya severidad es variable.

¹⁵ STEVEN, P. VAN CAMP: Muerte súbita. Clínicas de Medicina Deportiva, Vol.2, 1992.

¹⁶ THOMPSON, PD. et al: Incidence of death during jogging in Rhode Island from 1975 through 1980. JAMA, 147:2535-2538, 1982.

Es multisistémico porque afecta prácticamente a todos los órganos y sistemas de nuestro cuerpo.

Y finalmente, la definición implica que para que este daño ocurra en una persona, se requiere ser adicta a la nicotina.

La nicotina es una de las 4,000 sustancias contenidas en el tabaco y es responsable de que los fumadores sigan fumando a pesar de conocer las enfermedades con las que se asocia el consumo del cigarro. La nicotina actúa como agonista de la acetil colina al estimular sus receptores nicotínicos a nivel neuronal.

Se sabe que ejerce sus acciones estimulantes en el núcleo accumbens de la zona dopaminérgica y en el núcleo ceruleus en el tallo cerebral.

En el primer núcleo propicia la liberación de neurotransmisores como la dopamina, en tanto que en el segundo propicia la liberación de sustancias nor adrenérgicas como la adrenalina.

La acción de ambas tiene como resultado sensaciones de placer. La nicotina es un estimulante con capacidades tranquilizantes pero la respuesta individual, como en el caso de otras drogas, tiene variaciones importantes. La nicotina se absorbe rápidamente en cuanto alcanza las membranas de los alvéolos pulmonares. Cada cigarro contiene entre 3 y 11 mg de nicotina, sin embargo, solamente 1 mg por cigarrillo común y 0.6 mg por cigarrillo light se obtiene de cada cigarro.

La droga alcanza el cerebro entre los 7 y los 19 segundos después de su inhalación. La vida media de la nicotina en el cuerpo varía de una a cuatro horas, con una media de dos horas. Tanto la nicotina como sus metabolitos (la cotinina) se eliminan con rapidez por el riñón. Además de sus

propiedades adictivas, a la nicotina también se le han descrito una serie de propiedades que parecen ocasionar grados variables de daño a diferentes órganos, sin embargo, son otras las sustancias contenidas en el cigarrillo las responsables de la mayor parte de las enfermedades asociadas con su consumo.¹⁷

2.2.5 Alcohol y el efecto en el deporte

Entre los atletas, la participación en competencias deportivas conlleva su forma particular de stress, no solamente para las competencias importantes sino también debido a las frecuentes competencias. Tener un pequeño nivel de ansiedad previo a la competencia es algo inevitable. Los diferentes niveles de ansiedad varían considerablemente entre deportistas con algunos casos particulares donde la ansiedad es un punto crítico para el desempeño correcto en la competencia.

El stress y la ansiedad juegan un rol negativo en el rendimiento deportivo cuando no es controlado, especialmente en actividades de concentración mental o de expresión corporal. Este efecto negativo ha llevado a que muchos deportistas utilicen drogas anti-stress de forma usual, incluido las drogas prohibidas actualmente por el reglamento antidopaje.

Para los deportistas que pueden controlar el estrés precompetitivo y en la competencia aún así necesitan relajarse después de la competencia.

En estos casos, beber alcohol es un método frecuente para facilitar este proceso.

¹⁷VILLALBÍ JR, BALLESTÍN M, VINUÉ JM, SERRA L, CUERVO JL, SALIERAS L. The Barcelona smoke-free Olympics project. *Hygie* 1992; 11: 24-28.

Los efectos del alcohol en el rendimiento deportivo se han descrito a diferentes niveles fisiológicos. Ha sido descrito que beber 24 horas previo a una competencia de maratón es negativo para el rendimiento. Disminuye la liberación de glucosa por parte del hígado, produce una disminución acelerada de la glucosa sanguínea y disminuye la captura de glucosa por parte de los músculos.

Disminuye la eficiencia respiratoria (VO_2) debido a una descoordinación de los músculos que afectan la respiración.

Además de aumentar la concentración de lactato durante la competencia.

Afecta además la restauración de glucosa post-ejercicio, aumentando el tiempo de recuperación de los niveles normales de carbohidratos a nivel muscular.

Uno de las acciones fisiológicas del alcohol es la vasodilatación, que mejora la pérdida de calor en la superficie de la piel.

Esto puede ser altamente dañino en condiciones deportivas de frío.

Aún así, no todos los efectos del alcohol son negativos en el deporte. Su efecto relajante es utilizado en los deportes donde se necesita elevada “tranquilidad muscular” para obtener una mejora en el rendimiento deportivo. Uno de ellos es el tiro con arco, donde en un blanco a 90 metros de distancia basta solo un error de 0.02 mm para errar en el blanco principal. En la mayoría de estos deportes (tiro con arco, tiro con pistola,

dardos, etc) el alcohol ha sido prohibido y actualmente se encuentra enlistado como drogas específicas para la agencia mundial antidopaje.

La relación entre deporte y relajación sufre una paradoja actualmente. Mientras la mayoría de la población busca relajarse realizando deporte, el deporte de alta competición es una de las actividades más estresantes que existen en la actualidad (llevar el cuerpo al límite de sus capacidades en cada competencia, que en la mayoría de los deportes puede ser realizado incluso cada día durante un entrenamiento).

En resumen, el alcohol ha sido usado desde décadas ancestrales como droga de relajación, tanto a nivel deportivo como social y es actualmente la droga más usada a nivel mundial por la población.

Ante esto los deportistas se encuentran envueltos en una droga de uso totalmente masivo.

En las recientes décadas, se han estipulado nuevas reglas que regulan de manera estricta las drogas contra la ansiedad.

Las regulaciones deportivas actuales han prohibido el alcohol solo en algunos deportes competitivos.

En un lado los deportes donde el alcohol mejoraría el rendimiento por un aumento del relajamiento muscular (más arriba mencionados) y por otro lado los deportes que bajo la ingesta de alcohol pueden ser extremadamente peligrosos para el deportista, el rival o el público de la competencia (automovilismo, motociclismo, aeromodelismo, etc).

El uso agudo y crónico del alcohol tiene implicaciones deportivas y sociales para la salud y el país del deportista, lo que hace tener esta droga en consideración más por sus efectos dañinos en el deportista que por sus efectos en la mejora del rendimiento.

Los Jóvenes, Las Drogas y El Alcohol

En Chile el consumo de drogas y alcohol es considerado como uno de los principales problemas que afectan a la sociedad.

En efecto, este problema aparece como uno de los aspectos más relevantes que intenta combatir y controlar el actual gobierno, muestra de ello es la promulgación de la ley W19.366, que penaliza tanto el tráfico de estupefacientes como el consumo concertado de los mismos.

Numerosos estudios han mostrado la prevalencia del consumo de drogas y alcohol, y la modalidad que asume, específicamente, en la población juvenil chilena, indicando que siguen una tendencia progresiva en el tiempo en relación a su magnitud y secuela en la sociedad y sus individuos.

Aspectos que han generado marcos interpretativos del fenómeno que, centrados en la distribución del dato a través de asociaciones de variables socio-demográficas, no dan cuenta de los aspectos más subjetivos y de la influencia grupal y cultura; que pueda contener.

En efecto, no obstante la gran cantidad de información reunida en torno al tema, escasean estudios que tengan como referente específico a los aspectos culturales y a los ámbitos de interacción grupal que rodean el consumo de drogas y alcohol.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1 HIPÓTESIS

Existe una alta frecuencia en el consumo de drogas legales e ilegales en Futbolistas de la primera división inscritos en la liga distrital de la FEDEFETA de la ciudad de Tacna, febrero 2013.

3.2 IDENTIFICACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORIA	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento, expresado en años.	15 -19 años	De razón
		20 - 23 años	
		> 23 años	
Sexo	Diferencia física y de conducta que distingue a los organismos individuales.	Masculino	Nominal
		Femenino	
Estado civil	Registro matrimonial certificado por la municipalidad correspondiente	Soltero	Nominal
		Casado	
		Conviviente	
		Separado	
Grado de instrucción	Nivel alcanzado por un individuo durante el periodo de formación académica.	Primaria	Nominal
		Secundaria	
		Superior técnica	
		Superior universitaria	
	N.A		

Grado de instrucción del padre	Nivel alcanzado por un individuo durante el periodo de formación académica.	Primaria parcial o completa	Nominal
		Secundaria parcial	
		Secundaria completa	
		Universitaria parcial	
		Universitaria completa	
		No sabe o no se aplica	
Grado de instrucción de la madre	Nivel alcanzado por un individuo durante el periodo de formación académica.	Primaria parcial o completa	Nominal
		Secundaria parcial	
		Secundaria completa	
		Universitaria parcial	
		Universitaria completa	
		No sabe o no se aplica	
Convivencia	Persona o personas que viven en el mismo hogar, o sea el caso vivir sólo	Vive sólo	Nominal
		Padre	
		Padrastra	
		Madre	
		Madrastra	
		Hermano(s) o Hermana(s)	
		Abuelo(s)	
		Otros parientes	
		Personas no emparentadas	

		Nucleo familiar	
Número de ocasiones en fumar	La frecuencia del uso de cigarrillos a lo largo del tiempo	A lo largo de la vida	Nominal
		En los últimos 12 meses	
		En los últimos 30 días	
Frecuencia de fumar los últimos 30 días	La frecuencia del uso de cigarrillos a lo largo del tiempo	Ninguno	Nominal
		Menos de 1 cigarrillo por semana	
		Menos de 1 cigarrillo por día	
		De 1 a 5 cigarrillos por día	
		De 6 a 10 cigarrillos por día	
		De 11 a 20 cigarrillos por día	
Número de ocasiones en haber tomado bebidas alcohólicas	La frecuencia del uso de consumo de bebidas alcohólicas a lo largo del tiempo	A lo largo de la vida	Nominal
		En los últimos 12 meses	
		En los últimos 30 días	
Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días	La frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas a largo del tiempo	Ninguno	Nominal
		1	
		1	
		3 – 5	
		6 – 9	
Conocimiento de las drogas ilegales	Conocimiento de las principales drogas ilegales	Si	Nominal
		No	
Frecuencia del uso de las	Frecuencia de consumo de las drogas	0	Ordinal
		1 – 2	

drogas ilegales	principales drogas ilegales	3 – 5	
		6 – 9	
		10 – 19	
		20 – 39	
		40 a más	
Edad de la primera vez del consumo de alguna droga ilegal	Edad de la primera vez que consumió alguna droga	Bebió Alcohol	Nominal
		Fumó tabaco	
		Tomó Tranquilizante	
		Consumió Droga ilegal	
Tipo de droga ilegal primera vez	Droga ilegal que consumió la primera vez	Nunca ha probado	Nominal
		Tranquilizantes o sedantes	
		Marihuana o hachís	
		LSD	
		Anfetamina	
		Crack	
		Cocaína	
		Relevin	
		Heroína	
		Éxtasis	
No sabe que sustancia era			
Percepción de riesgo o daño físico	Percepción del daño o riesgo físico en el consumo de drogas ilegales	Ningún riesgo	
		Ligero riesgo	
		Moderado riesgo	
		Alto riesgo	
		No sabe	
Grado de dificultad conseguir drogas ilegales	Grado de dificultad en conseguir drogas ilegales	Imposible	Nominal
		Muy difícil	
		Bastante difícil	
		Bastante fácil	
		Muy fácil	
Consecuencias del consumo de drogas ilegales	Relato de las consecuencias del consumo de drogas ilegales	A determinar	Nominal

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

4.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación es básica, de naturaleza descriptiva, debido a que está basado en especificar propiedades, características y medir rasgos importantes de las variables a estudio.

4.1.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Se adoptará no experimental, descriptivo correlacional, puesto que no se manipula las variables y se percibe medir la correlación existente entre dos o más conceptos o variables.

4.2 ÁMBITO DE ESTUDIO

Desde el punto de vista geográfico el presente trabajo de investigación es Regional, puesto está enfocado al Sur del Perú; exactamente en el departamento de Tacna. Precisamente en La liga distrital de Fútbol de Tacna, que corresponde a la Villa Deportiva de Tacna “VIDENA”, Complejo deportivo que presenta dos canchas de fútbol de medidas reglamentarias este lugar se encuentra ubicado en el CPM La Natividad en la Av. Pinto S/n.

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

4.3.1 POBLACIÓN

La población asignada corresponde a todos los deportistas calificados que participan en la primera división inscritos en la liga distrital cercado de la FEDEFTA de la ciudad de Tacna, en el mes de febrero del año 2013.

4.3.2 MUESTRA

Se consideró el 100 por ciento de los futbolistas de la primera división inscritos en la liga distrital de la FEDEFTA de la ciudad de Tacna hasta la fecha de la toma de muestra y que desearon colaborar con la investigación.

4.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Deportistas que acuden a encuentros deportivos o entrenamientos que estén inscritos en la liga departamental de Tacna.
- Deportistas entre 15 a 30 años de edad.

4.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Deportistas que presenten algún impedimento y/o no deseen colaborar con la investigación.
- Deportistas que estén en tratamiento Psiquiátrico de alguna adicción.

4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.4.1 TÉCNICAS

La técnica para la aplicación del instrumento de medición es la encuesta y la Ficha de Evaluación; la cual se aplicará a los deportistas

4.4.2 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

Para llevar a cabo los objetivos propuestos en el presente trabajo, se utilizará como instrumento, un cuestionario a fin de determinar la frecuencia del consumo de drogas legales e ilegales. El presente Cuestionario (Ver Anexos) que corresponde al Manual General de Procedimientos, propuesto para sistematizar la experiencia adquirida al momento en el esfuerzo que desarrolla el SISTEMA INTERAMERICANO DE DATOS UNIFORMES SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS (SIDUC) de la COMISION INTERAMERICANA PARA EL CONTROL DEL ABUSO DE DROGAS (CICAD – OEA) para obtener información que refleje la situación nacional y regional de la demanda de sustancias psicoactivas en diferentes poblaciones. Constituye, un elemento importante para cada Observatorio Nacional de las Drogas y consecuentemente para el Observatorio Interamericano sobre Drogas (OID) de la CICAD. El SIDUC cumple con la decisión de los mismos Estados Miembros para ampliar su conocimiento sobre la dinámica de la droga y para disponer de una información actualizada y confiable al respecto.

CAPÍTULO V

PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS

5.1 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

La información se procesó electrónicamente, utilizando para ello el programa Microsoft Excel versión XP, bajo ambiente Windows, SPSS (versión 15) para presentar los Ítems mediante gráficas y, al mismo tiempo estimar las frecuencias absolutas y relativas de cada reactivo para determinar los objetivos de la presente investigación.

5.2 ANALISIS DE DATOS.

Se analizará e interpretará la información procesada a través de: Análisis Cuantitativo (Media, mediana, moda, desviación estándar), analizando variables numéricas; Análisis Cualitativo (Chi cuadrado, correlación de Pearson), analizando variables de tipo categórica.

5.3 PRESENTACION DE RESULTADOS

TABLA N° 01

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN FUTBOLISTAS DE LA PRIMERA DIVISIÓN INSCRITOS EN LA LIGA DISTRITAL DE LA FEDEFETA EN LA CIUDAD DE TACNA, FEBRERO 2013

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	FRECUENCIA (N)	PORCENTAJE (%)
Grupo de edad		
15 a 19 años	53	40,77
20 a 23 años	36	27,69
Mayor a 23 años	41	31,54
Grado de instrucción		
Secundario	39	30,00
Superior Técnico	22	16,92
Superior Universitario	65	50,00
No precisa	4	3,08
Estado civil		
Soltero	116	89,23
Casado	8	6,15
Conviviente	6	4,62
Total	130	100,00

Ficha de recolección de datos

En la presente tabla de distribución se puede apreciar las características socio demográficas de los futbolistas inscritos en la FEDEFETA, donde en primer lugar dentro del grupo de edad el grupo de mayor frecuencia corresponde al grupo de 15 a 19 años con un 40,77 % seguido del grupo de Mayor de 23 años con un 31,54 % y finalmente el grupo de 20 a 23 años con un 27,69 %.

En segundo lugar dentro del grado de instrucción el 50,00 % refiere estar cursando superior universitario, seguido de un 30,00 % un grado secundario, el 16,92% superior técnico y finalmente un 3,08 % no precisa.

TABLA N° 02

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA POR NIVEL DE ENSEÑANZA DE
LOS PADRES Y CONVIVENCIA DE LOS FUTBOLISTAS DE LA
PRIMERA DIVISIÓN INSCRITOS EN LA LIGA DISTRITAL DE LA
FEDEFTA EN LA CIUDAD DE TACNA, FEBRERO 2013**

NIVEL ENSEÑANZA DE LOS PADRES DE LOS FÚTBILISTAS	FRECUENCIA (N)	PORCENTAJE (%)
Nivel de enseñanza del padre		
Enseñanza primaria parcial o completa.	7	5,38
Enseñanza secundaria parcial.	2	1,54
Enseñanza secundaria completa.	46	35,38
Enseñanza universitaria parcial.	34	26,15
Enseñanza universitaria completa.	37	28,46
No sabe o no aplica.	4	3,08
Nivel de enseñanza de la madre		
Enseñanza primaria parcial o completa.	11	8,46
Enseñanza secundaria parcial.	7	5,38
Enseñanza secundaria completa.	44	33,85
Enseñanza universitaria parcial.	26	20,00
Enseñanza universitaria completa.	39	30,00
No sabe o no aplica.	3	2,31
Convivencia		
Vivo sólo	10	7,69
Padre	10	7,69
Padrastro	1	0,77
Madre	13	10,00
Madrasta	1	0,77
Hermano (s) o hermana (s)	10	7,69
Otros parientes	16	12,31
Personas no emparentadas	2	1,54
Núcleo familiar	67	51,54
Total	130	100,00

Ficha de recolección de datos

En la presente tabla de distribución se puede apreciar el nivel de enseñanza de los padres de familia de los futbolistas, donde en primer lugar el 35,38 % presentaron enseñanza secundaria completa, seguido de Enseñanza universitaria completa con un 28,46 %, le sigue el nivel de Enseñanza universitaria parcial con 26,15 % finalmente con menor frecuencia la Enseñanza primaria parcial o completa con un 5,38 % No sabe o no aplica con un 3,08 % y con 1,54 % la enseñanza secundaria parcial.

En segundo lugar se puede apreciar el nivel de enseñanza de las madres de familia de los futbolistas, donde el 33,85 % presentaron Enseñanza secundaria completa, seguido de Enseñanza universitaria completa con un 30,00 %, le sigue el nivel de Enseñanza universitaria parcial con 20,00 % finalmente con menor frecuencia la Enseñanza primaria parcial o completa con un 8,46 %, con 5,38 % la enseñanza secundaria parcial y con 2,31 % No sabe o no aplica.

En tercer y último lugar la convivencia de los futbolistas se puede apreciar de la siguiente forma: el 51,54 % presenta una familia nuclear (padre, madre y hermano (s)), le sigue el 12,31 % vive con otros parientes y el 10,00 % de los futbolistas vive con su madre.

TABLA N° 03

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE CONSUMO DE CIGARRILLOS
EN LOS FUTBOLISTAS DE LA PRIMERA DIVISIÓN INSCRITOS EN
LA LIGA DISTRITAL DE LA FEDEFTA EN LA CIUDAD DE TACNA,
FEBRERO 2013**

FRECUENCIA DE CONSUMO DE CIGARRILLOS	FRECUENCIA (N)	PORCENTAJE (%)	PORCENTAJE AGRUPADO (%)
Ocasiones en que ha fumado cigarrillo a lo largo de la vida			
Ninguna vez	47	36,15	
1 – 2 veces	14	10,77	
3 – 5 veces	12	9,23	
6 – 9 veces	4	3,08	63,85
10 – 19 veces	12	9,23	
20 – 39 veces	9	6,92	
40 o más veces	32	24,62	
Ocasiones en que ha fumado cigarrillo en los últimos 12 meses			
Ninguna vez	73	56,15	
1 – 2 veces	17	13,08	
3 – 5 veces	6	4,62	
6 – 9 veces	5	3,85	43,85
10 – 19 veces	7	5,38	
20 – 39 veces	9	6,92	
40 o más veces	13	10,00	
Ocasiones en que ha fumado cigarrillo en los últimos 30 días			
Ninguna vez	84	64,62	
1 – 2 veces	13	10,00	
3 – 5 veces	6	4,62	
6 – 9 veces	6	4,62	35,39
10 – 19 veces	9	6,92	
20 – 39 veces	4	3,08	
40 o más veces	8	6,15	
Frecuencia de fumar cigarrillos en los últimos 30 días			
Ninguno	88	67,69	
1 – 2 veces	16	12,31	
3 – 5 veces	9	6,92	
6 – 9 veces	11	8,46	32,31
10 – 19 veces	1	0,77	
20 – 39 veces	2	1,54	
40 o más veces	3	2,31	
Total	130	100,00	

Ficha de recolección de datos

En la presente tabla de distribución se puede apreciar la frecuencia de consumo de cigarrillos donde del número de ocasiones de fumar cigarrillos a lo largo de la vida el 36,15 % refiere No consumir cigarrillos, mientras que el 24,62 % refiere consumir 40 a más cigarrillos diarios. El 63,85 % Refiere haber consumido cigarrillos a lo largo de la vida.

Por otro lado en el número de ocasiones de fumar cigarrillos en los últimos 12 meses el 56,15 % refiere no haber consumido ningún cigarrillo en lo últimos 12 meses, mientras que el 13,08 % refiere haber consumido entre 1 y 2 cigarrillos en los últimos 12 meses. El 43,85 % refiere haber consumido cigarrillos en los últimos 12 meses.

En cuanto al número de ocasiones en los últimos 30 días el 64,62 % refiere no haber consumido, mientras que el 10,00 % refiere haber consumido en los últimos 30 días entre 1 y 2 cigarrillos. El 35,39 % refiere haber consumido cigarrillos en los últimos 30 días.

Finalmente en la frecuencia de fumar, el 67,69 % de los futbolistas refiere no haber consumido con frecuencia en los últimos 30 días, el 12,31 % refiere haber consumido entre 1 y 2 cigarrillos diarios, seguido de un 8,46 % con una frecuencia entre 6 a 9 cigarrillos diarios. El 32,31 % refiere fumar con frecuencia en los últimos 30 días

TABLA N° 04

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE CONSUMO DE BEBIDAS
ALCOHÓLICAS EN LOS FUTBOLISTAS DE LA PRIMERA DIVISIÓN
INSCRITOS EN LA LIGA DISTRITAL DE LA FEDEFETA EN LA CIUDAD
DE TACNA, FEBRERO 2013**

FRECUENCIA DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS	FRECUENCIA (N)	PORCENTAJE (%)	PORCENTAJE AGRUPADO (%)
En cuantas ocasiones ha tomado una bebida alcohólica: A lo largo de la vida			
Ninguna vez	22	16,92	83,08
1 – 2 veces	15	11,54	
3 – 5 veces	10	7,69	
6 – 9 veces	15	11,54	
10 – 19 veces	16	12,31	
20 – 39 veces	12	9,23	
40 o más veces	40	30,77	
En cuantas ocasiones ha tomado una bebida alcohólica: En los últimos 12 meses			
Ninguna vez	32	24,62	75,39
1 – 2 veces	28	21,54	
3 – 5 veces	15	11,54	
6 – 9 veces	12	9,23	
10 – 19 veces	15	11,54	
20 – 39 veces	12	9,23	
40 o más veces	16	12,31	
En cuantas ocasiones ha tomado una bebida alcohólica: En los últimos 30 días			
Ninguna vez	58	44,62	55,39
1 – 2 veces	26	20,00	
3 – 5 veces	16	12,31	
6 – 9 veces	14	10,77	
10 – 19 veces	8	6,15	
20 – 39	2	1,54	
40 o más veces	6	4,62	
Ha tomado alguna vez 5 bebidas alcohólicas seguidas			
Ninguna vez	61	46,92	53,08
1 vez	18	13,85	
2 veces	15	11,54	
3-5 veces	20	15,38	
6-9 veces	5	3,85	
10 o más veces	11	8,46	
Total	130	100,00	

Ficha de recolección de datos

En la presente tabla de distribución se puede apreciar en primer lugar en cuanto al número de ocasiones de consumo de bebidas alcohólicas a lo largo de la vida donde el 30,77 % refiere consumir de 40 a más veces, mientras que el 16,92 % refiere que no ha consumido alcohol a lo largo de la vida, el 12,31 % refiere haber consumido entre 10 a 19 veces. El 83,08 % de los futbolistas refiere haber tomado alguna bebida alcohólica a lo largo de la vida

Por otro lado el 24,62 % no refiere haber consumido bebidas alcohólicas durante los últimos 12 meses, el 21,54 % refiere haber consumido de 3 a 5 veces, el 12,31 % refiere haber consumido 40 a más veces en los últimos 12 meses. El 75,39 % de los futbolistas refiere haber tomado alguna bebida alcohólica en los últimos 12 meses.

En cuanto al número de ocasiones de consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, el 44,62 % refiere no haber consumido bebidas alcohólicas, el 20,00 % ha consumido entre 1 a 2 veces bebidas alcohólicas, mientras que el 12,31 % refiere haber consumido bebidas alcohólicas entre 3 a 5 veces. El 55,39 % de los futbolistas refiere haber tomado una bebida alcohólica en los últimos 30 días.

En cuanto a si ha tomado alguna vez 5 bebidas alcohólicas seguidas, los futbolistas respondieron que el 46,92 % no ha consumido dicha frecuencia, el 15,38 % refirió de 3 a 5 veces, el 13,85 % refirió una vez, el 11,54 % refirió que consumió dos veces dicha frecuencia. El 53,08 % de los futbolistas refiere haber tomado alguna vez 5 bebidas alcohólicas seguidas.

TABLA N° 05

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LAS SUSTANCIAS QUE HAN
OÍDO NOMBRAR LOS FUTBOLISTAS DE LA PRIMERA DIVISIÓN
INSCRITOS EN LA LIGA DISTRITAL DE LA FEDEFETA EN LA CIUDAD
DE TACNA, FEBRERO 2013**

SUSTANCIA QUE HAN OÍDO NOMBRAR	FRECUENCIA (N)	PORCENTAJE (%)
Tranquilizantes o sedantes		
Si	83	63,85
No	47	36,15
Marihuana o hachis		
Si	105	80,77
No	25	19,23
Anfetaminas		
Si	55	42,31
No	75	57,69
Anabólicos		
Si	56	43,08
No	74	56,92
Éxtasis		
Si	81	62,31
No	49	37,69
LSD		
Si	38	29,23
No	92	70,77
Relevin		
Si	15	11,54
No	115	88,46
Crack		
Si	81	62,31
No	49	37,69
Cocaína		
Si	101	77,69
No	29	22,31
Total	130	100,00

Ficha de recolección de datos

En la presente tabla de distribución se puede apreciar la sustancia que ha oído nombrar alguna vez el futbolista, donde el 63,85 % refiere haber oído nombrar con relación a drogas legales a los tranquilizantes o sedantes, el 80,77 % ha oído nombrar drogas ilegales como la Marihuana o hachis, el 42,31 % refiere haber oído nombra a las Anfetaminas, el 43,08 refiere haber oído nombrar a los anabólicos, el 62,31 % refiere haber oído nombra al Éxtasis, el 29,23 5 refier haber oído nombrar al LSD, el 11,54 % refiere haber oído nombrar al Relevin, el 62,31% refiere haber oído nombrar al Crack, y finalmente el 77,69 % refiere haber oído nombra a la cocaína.

TABLA N° 06

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE CONSUMO DE DROGAS EN
LOS FUTBOLISTAS DE LA PRIMERA DIVISIÓN INSCRITOS EN LA
LIGA DISTRITAL DE LA FEDEFTA EN LA CIUDAD DE TACNA,
FEBRERO 2013**

CONSUMO DE DROGAS	FRECUENCIA (N)	PORCENTAJE (%)	PORCENTAJE GRUPO (%)
Tranquilizantes o sedantes			
No consume	127	97,69	
1 – 2 veces	2	1,54	2,31
3 – 5 veces	1	0,77	
Marihuana			
No consume	121	93,08	
1 – 2 veces	4	3,08	6,93
3 – 5 veces	1	0,77	
6 – 9 veces	4	3,08	
Anfetaminas			
No consume	130	100,00	---
Metanfetaminas			
No consume	130	100,00	---
Éxtasis			
No consume	130	100,00	---
LSD			
No consume	130	100,00	---
Otros alucinógenos			
No consume	130	100,00	---
Relevin			
No consume	130	100,00	---
Cocaína			
No consume	128	98,46	
1 – 2 veces	1	0,77	1,54
3 – 5 veces	1	0,77	
Crack			
No consume	130	100,00	---
Heroína			
No consume	130	100,00	---
Otros medicamentos (sin indicación médica)			
No consume	123	94,62	
1 – 2 veces	5	3,85	5,39
3 – 5 veces	2	1,54	
Drogas inyectables			
No consume	130	100,00	---
Disolventes o inhalables (terokal u otros)			
No consume	130	100,00	---
Anabólicos			
No consume	130	100,00	---
Total	130	100,00	

Ficha de recolección de datos

En la presente tabla de distribución se puede apreciar el consumo de drogas legales donde el 1,54 % refiere consumir tranquilizantes entre 1 a 2 veces y el 0,77 % refiere consumir entre 3 a 5 veces.

En relación al consumo de drogas ilegales el 8,08 % consume Marihuana entre 1 a 2 veces y entre 6 a 9 veces, respectivamente ambos, el 0,77 % consume entre 3 a 5 veces.

El 0,77 % refiere consumir drogas ilegales (Cocaína) entre 1 a 2 veces y entre 3 a 5 veces.

El 3,85 % refiere consumir drogas legales (Otros medicamentos sin indicación médica) entre 1 a 2 veces, el 1,54 % entre 3 a 5 veces.

Los futbolistas refieren no consumir drogas ilegales como: Anfetaminas, Metanfetaminas, Éxtasis, LSD, otros alucinógenos, Relevin, Crack, Heroína, drogas inyectables, disolventes o inhalables y Anabólicos.

Dentro de las drogas legales e ilegales agrupadas podemos observar que el 6,93% consumen Marihuana, el 5,39 % consume Otros medicamentos sin indicación médica, el 2,31 % consume tranquilizantes o sedantes y el 1,54 % consume cocaína.

TABLA N° 07

**ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LA EDAD DE INICIO DE
CONSUNO DE DE DROGAS EN LOS FUTBOLISTAS DE LA PRIMERA
DIVISIÓN INSCRITOS EN LA LIGA DISTRITAL DE LA FEDEFETA EN
LA CIUDAD DE TACNA, FEBRERO 2013**

Estadísticos	Mínimo	Máximo	Media
Edad en que por primera vez fumó cigarrillos	10	24	16,29
Edad en que por primera vez bebió alcohol	10	22	15,55
Edad en que por primera vez tomó tranquilizantes o sedantes	12	25	17,33
Edad en que por primera vez consumió drogas	10	20	16,28

Ficha de recolección de datos

En la presente tabla se puede apreciar los estadísticos descriptivos de la edad en que por primera vez uso droga legal (fumó cigarrillos), la edad mínima es de 10 años, la edad máxima de 24 años con un promedio de 16,29 años.

En cuanto a estadísticos de edades de inicio de consumo de alcohol, donde en cuanto a edad en que por primera vez uso droga legal (bebió alcohol), la edad mínima es de 10 años la edad máxima 22 años con un promedio de 15,55 años.

En cuanto a la edad en que por primera vez uso droga legal (tranquilizantes o sedantes), la edad mínima de inicio es de 12 años, la edad máxima es de 25 años con un promedio de 17,33 años.

En cuanto a la edad en que por primera vez consumió drogas ilegales, la edad mínima de inicio es de 10 años, la edad máxima es de 22 años con un promedio de 16,28 años.

TABLA N° 09

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LA PRIMERA DROGA QUE
PROBÓ EN LOS FUTBOLISTAS DE LA PRIMERA DIVISIÓN
INSCRITOS EN LA LIGA DISTRITAL DE LA FEDEFETA EN LA CIUDAD
DE TACNA, FEBRERO 2013**

PRIMERA DROGA QUE PROBÓ	FRECUENCIA (N)	PORCENTAJE (%)
Nunca he probado ninguna de las sustancias que figuran a continuación	109	83,85
Tranquilizantes o sedantes	3	2,31
Marihuana o hachis	9	6,92
Cocaína	2	1,54
No seque sustancia era	7	5,38
Total	130	100,00

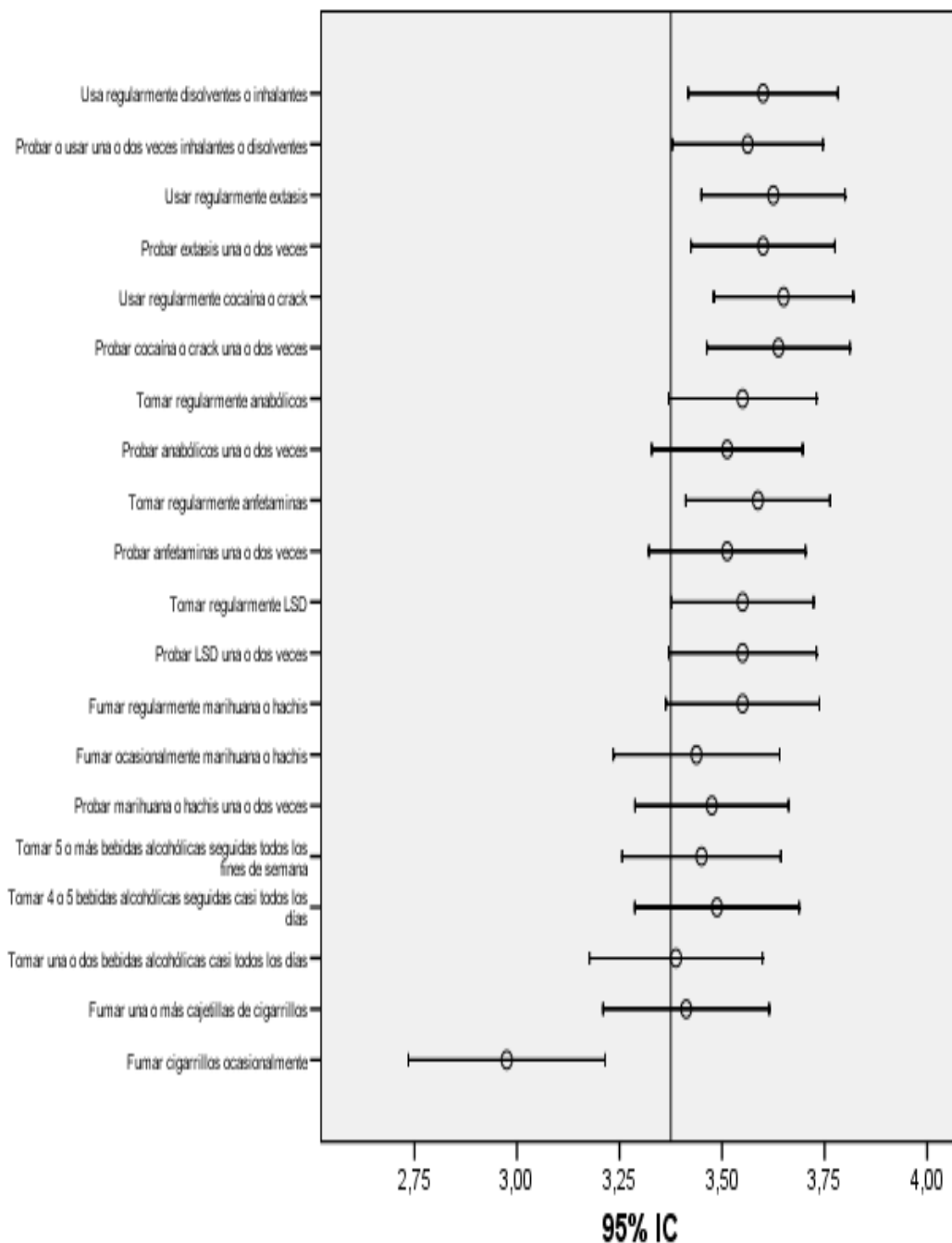
Ficha de recolección de datos

En la presente tabla de distribución se puede apreciar la primera droga ilegal que probaron los futbolistas, donde el 6,92 % (9 futbolistas) refieren haber consumido como primera droga la Marihuana, el 5,38 % (7 futbolistas) refiere no saber que sustancia era, y por ultimo Cocaína con un 1,54 % (2 futbolistas).

En menor frecuencia drogas legales (tranquilizantes y sedantes) con un 2,31 % (3 futbolistas).

GRÁFICO N° 01

RIESGO QUE PERCIBEN SOBRE EL CONSUMO DE DIFERENTES DROGAS LEGALES EN LOS FUTBOLISTAS DE LA PRIMERA DIVISIÓN INSCRITOS EN LA LIGA DISTRITAL DE LA FEDEFETA EN LA CIUDAD DE TACNA, FEBRERO 2013



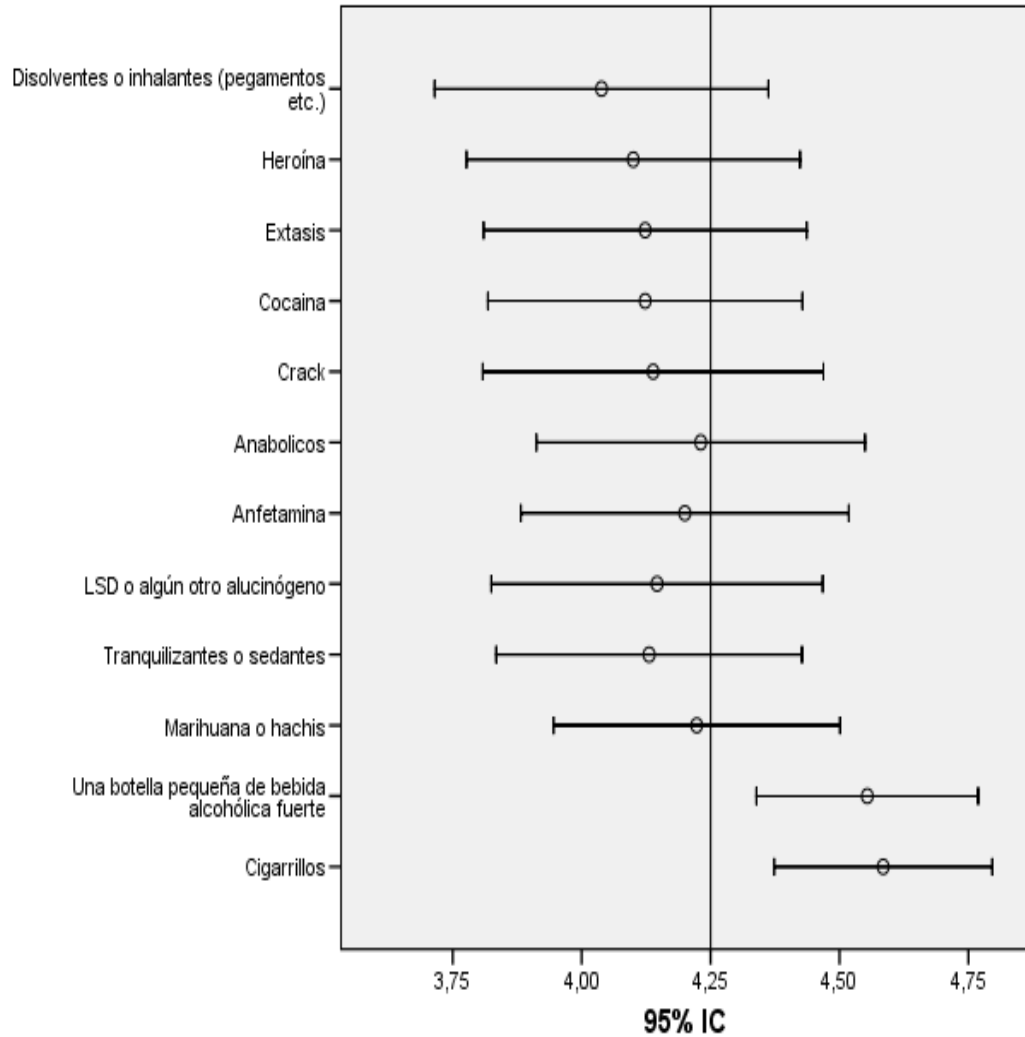
En el presente gráfico se observa la percepción de riesgo en cuanto al consumo de drogas legales e ilegales por los futbolistas de la primera división de Tacna.

Según los futbolistas encuestados encuentran más riesgoso consumir regularmente drogas ilegales como: cocaína o Crack,

Encontramos además que para los futbolistas no es riesgoso consumir drogas legales como: cigarrillos de forma ocasional.

GRÁFICO N° 02

ACCESIBILIDAD A LAS DROGAS LEGALES E ILEGALES EN LOS FUTBOLISTAS DE LA PRIMERA DIVISIÓN INSCRITOS EN LA LIGA DISTRITAL DE LA FEDEFTA EN LA CIUDAD DE TACNA, FEBRERO 2013



En el presente gráfico encontramos que los futbolistas inscritos en la FEDEFETA encuentran más fácil conseguir drogas legales (cigarrillos, y una botella pequeña de bebida alcohólica fuerte). Los futbolistas encuentran bastante difícil encontrar drogas ilegales (inhalantes, Heroína éxtasis, LSD, cocaína, tranquilizantes y sedantes Crack).

TABLA N° 10**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SOBRE LOS PROBLEMAS DEBIDOS AL ALCOHOL QUE ENFRENTAN LOS FUTBOLISTAS DE LA PRIMERA DIVISIÓN INSCRITOS EN LA LIGA DISTRITAL DE LA FEDEFETA EN LA CIUDAD DE TACNA, FEBRERO 2013**

PRINCIPALES PROBLEMAS QUE PRESENTAN	FRECUENCIA (N)	PORCENTAJE (%)
Altercado o discusión		
Si	26	78,79
No	7	21,21
Riña o pelea a golpes		
Si	28	84,85
No	5	15,15
Accidentes o lesión		
Si	25	75,76
No	8	24,24
Extravío de dinero u otros artículos valiosos		
Si	20	60,61
No	13	39,39
Daño a objetos o prendas de vestir		
Si	20	60,61
No	13	39,39
Problemas en su relación con sus padres		
Si	21	63,64
No	12	36,36
Problemas en su relación con sus amigos		
Si	18	54,55
No	15	45,45
Problemas en su relación con su entrenador o preparador físico		
Si	16	48,50
No	17	51,50
Problemas en su rendimiento físico o laboral en su equipo		
Si	19	57,58
No	14	42,42
Victima de asalto o hurto		
Si	16	48,48
No	17	51,52
Problemas con la policía		
Si	10	30,30
No	23	69,70
Hospitalización o internamiento en emergencia		
Si	11	33,33
No	22	66,67
Relaciones sexuales que haya lamentado al día siguiente		
Si	20	60,61
No	13	39,39

Relaciones sexuales sin protección		
Si	23	69,70
No	10	30,30
Total	33	100,00

Ficha de recolección de datos

En la presente tabla se puede apreciar la distribución de los principales problemas que presentan los futbolistas por el consumo de drogas legales (alcohol), donde la discusión presenta un 78,79 %, la riña o pelea o golpe un 84,85 %, el accidente o lesión un 75,76 %, el extravío de dinero u otros artículos valiosos el 60,61%, Daño a objetos o prendas de vestir un 60,61 %, problemas en su relación con sus padres un 63,64 %, Problemas en su relación con sus amigos un 54,55 %, Problemas en su relación con su entrenador o preparador físico un 48,50 %, Problemas en su rendimiento físico o laboral en su equipo un 57,58 %, Víctima de asalto o hurto un 48,48 %, Problemas con la policía un 30,30 %, Hospitalización o internamiento en emergencia un 33,33 %, Relaciones sexuales que haya lamentado al día siguiente un 60,61 %, Relaciones sexuales sin protección un 69,70 %

TABLA N° 11**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SOBRE LOS PROBLEMAS DEBIDOS A LAS DROGAS ILEGALES QUE ENFRENTAN LOS FUTBOLISTAS DE LA PRIMERA DIVISIÓN INSCRITOS EN LA LIGA DISTRITAL DE LA FEDEFTA EN LA CIUDAD DE TACNA, FEBRERO 2013**

PRINCIPALES PROBLEMAS QUE PRESENTAN	FRECUENCIA (N)	PORCENTAJE (%)
Altercado o discusión		
Si	2	50,00
No	2	50,00
Riña o pelea a golpes		
Si	3	75,00
No	1	25,00
Accidentes o lesión		
Si	3	75,00
No	1	25,00
Extravío de dinero u otros artículos valiosos		
Si	2	50,00
No	2	50,00
Daño a objetos o prendas de vestir		
Si	1	25,00
No	3	75,00
Problemas en su relación con sus padres		
Si	1	25,00
No	3	75,00
Problemas en su relación con sus amigos		
Si	0	0,00
No	4	100,00
Problemas en su relación con su entrenador o preparador físico		
Si	2	50,00
No	2	50,00
Problemas en su rendimiento físico o laboral en su equipo		
Si	0	0,00
No	4	100,00
Victima de asalto o hurto		
Si	1	25,00
No	3	75,00
Problemas con la policía		
Si	0	0,00
No	4	100,00
Hospitalización o internamiento en emergencia		
Si	1	25,00
No	3	75,00

Relaciones sexuales que haya lamentado al día siguiente		
Si	1	25,00
No	3	75,00
Relaciones sexuales sin protección		
Si	1	25,00
No	3	75,00
Total	4	100,00

Ficha de recolección de datos

En la presente tabla se puede apreciar la distribución de los principales problemas que presentan los futbolistas por el consumo de drogas ilegales, donde la discusión presenta un 50,00 %, la riña o pele a golpe un 75,00 %, el accidente o lesión un 75,00 %, el extravío de dinero u otros artículos valiosos el 50,00 %, Daño a objetos o prendas de vestir un 25,00 %, problemas en su relación con sus padres un 25,00 %, Problemas en su relación con sus amigos un 00,00 %, Problemas en su relación con su entrenador o preparador físico un 50,00 %, Problemas en su rendimiento físico o laboral en su equipo un 00,00 %, Víctima de asalto o hurto un 25,00 %, Problemas con la policía un 00,00 %, Hospitalización o internamiento en emergencia un 25,00 %, Relaciones sexuales que haya lamentado al día siguiente un 25,00 %, Relaciones sexuales sin protección un 25,00 %

TABLA N° 12
**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SOBRE LOS PROBLEMAS DEBIDO
A OTRAS RAZONES QUE ENFRENTAN LOS FUTBOLISTAS DE LA
PRIMERA DIVISIÓN INSCRITOS EN LA LIGA DISTRITAL DE LA
FEDEFTA EN LA CIUDAD DE TACNA, FEBRERO 2013**

PRINCIPALES PROBLEMAS QUE PRESENTAN	FRECUENCIA (N)	PORCENTAJE (%)
Altercado o discusión		
Si	60	64,52
No	33	35,48
Riña o pelea a golpes		
Si	46	49,46
No	47	50,54
Accidentes o lesión		
Si	50	53,76
No	43	46,24
Extravío de dinero u otros artículos valiosos		
Si	44	47,31
No	49	52,69
Daño a objetos o prendas de vestir		
Si	30	32,26
No	63	67,74
Problemas en su relación con sus padres		
Si	21	22,58
No	72	77,42
Problemas en su relación con sus amigos		
Si	22	23,66
No	71	76,34
Problemas en su relación con su entrenador o preparador físico		
Si	13	13,98
No	80	86,02
Problemas en su rendimiento físico o laboral en su equipo		
Si	21	22,58
No	72	77,42
Victima de asalto o hurto		
Si	28	30,11
No	65	69,89
Problemas con la policía		
Si	16	17,20
No	77	82,80
Hospitalización o internamiento en emergencia		
Si	21	22,58
No	72	77,42
Relaciones sexuales que haya lamentado al día siguiente		
Si	19	20,43
No	74	79,57

Relaciones sexuales sin protección		
Si	27	29,03
No	66	70,97
Total	93	100,00

Ficha de recolección de datos

En la presente tabla se puede apreciar la distribución de los principales problemas que presentan los futbolistas que ellos atribuyen a otras razones, donde la discusión presenta un 64,52 %, la riña o pele a golpe un 49,46 %, el accidente o lesión un 53,76 %, el extravío de dinero u otros artículos valiosos el 47,31 %, Daño a objetos o prendas de vestir un 32,26 %, problemas en su relación con sus padres un 22,58 %, Problemas en su relación con sus amigos un 23,66, Problemas en su relación con su entrenador o preparador físico un 13,98 %, Problemas en su rendimiento físico o laboral en su equipo un 22,58 %, Victima de asalto o hurto un 30,11 %, Problemas con la policía un 17,20 %, Hospitalización o internamiento en emergencia un 25,38 %, Relaciones sexuales que haya lamentado al día siguiente un 20,43 %, Relaciones sexuales sin protección un 29,03 %

TABLA N° 13

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SOBRE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS QUE PRESENTAN EN LOS FUTBOLISTAS DE LA PRIMERA DIVISIÓN INSCRITOS EN LA LIGA DISTRITAL DE LA FEDEFTA EN LA CIUDAD DE TACNA, FEBRERO 2013

PROBLEMAS ADICIONALES Y LA RAZÓN DE ESO PROBLEMAS FUE POR:	FRECUENCIA (N)	PORCENTAJE (%)
Si, por el alcohol	33	25,38
Si, por las drogas ilegales	4	3,08
Si por otras razones	93	71,54
Total	130	100,00

Ficha de recolección de datos

En la presente tabla de distribución se puede apreciar los problemas que le ha causado las drogas legales o ilegales ocasionadas por, el 71,54 % refiere Por Otras Razones, el 25,38 % refiere por las Drogas Legales (El Alcohol) y el 3,08 % refiere por las Drogas Ilegales.

CAPITULO VI

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

La presente investigación se realizó a fin de determinar la frecuencia del consumo de drogas tanto legales como ilegales en un grupo poblacional que se encuentra en riesgo, futbolistas, a pesar que consideramos al fútbol o balompié una disciplina deportiva que trae muchas exigencias y por ende hábitos saludables en todo sentido, mas aún si lo estamos frente a una carrera futbolística. No obstante el grupo de mayor riesgo, se le considera, debido a que por costumbre se llegan a celebrar cada victoria con actividades de índole social, ingiriendo bebidas alcohólicas con fines propios y de diversión a ello se le suma la ingesta de estupefacientes, es así que de ésta manera se plantea el presente estudio a fin de demostrar un perfil de hábitos de consumo de drogas legales e ilegales

En el presente estudio según características sociodemográficas podemos afirmar que el grupo de mayor representatividad corresponde a, entre 15 a 19 años, hablamos de un 40,77 % de adolescentes futbolistas, que en comparación del grupo mayor en edad, de 20 a 23 años y Mayores a 23 años alcanzan respectivamente un 27,69 % y 31,54 %

La mayor cantidad de futbolistas encuestados tienen un grado de instrucción (50,00 %) Superior universitario

En cuanto al consumo de drogas legales, la más consumida por los futbolistas fue el alcohol con un 83,08 %, en el estudio realizado por Villalbí la frecuencia en cuanto al consumo de alcohol fue menor con un 62,9 % que es similar al estudio realizado por Mantilla Toloza con un 58,00 %. En el estudio realizado por León encontramos que el 70,8% ha consumido alcohol por lo menos una vez en la vida; similar que la encontrado en nuestro estudio con un 83,08 %

La media de edad de inicio de consumo de alcohol encontrada en nuestro

estudio fue de 15,55 años; mayor que la encontrada en el estudio de Cáceres con una media global de 14,93 años.

En cuanto al consumo de tabaco en nuestro estudio encontramos que el 63,85% de los futbolistas consumen cigarrillos; que es más alta comparado con los valores obtenidos por Sánchez en su estudio con una frecuencia de consumo de cigarrillos en 32,31 %; también similar a lo encontrada en el estudio de Cáceres con un 33,2%. Encontramos también que un 10,00 % de los futbolistas tienen adicción al tabaco; y consumen de 40 a más cigarrillos al día. Encontramos también en nuestro estudio que para el futbolista fácil el acceso a cigarrillos. En cuanto a la edad de inicio de consumo de cigarrillos en nuestro estudio la media fue de 16,29 años; similar a la edad media encontrada en el estudio de León con una edad media de 16,00 años; nuestra media de edad fue mayor a la encontrada por Cáceres con una media de edad en 15,27 años.

En tercer lugar a los tranquilizantes con un 2,31 %.

En cuanto al consumo de drogas ilegales, la droga más consumida en nuestro estudio fue la Marihuana con 6,93 %; en segundo lugar Otros medicamentos sin indicación médica con un 5,39 %; similar valor encontrado en el estudio de Villatoro en primer lugar se ubica la marihuana, en segundo lugar los inhalantes y en tercer lugar los tranquilizantes (drogas legales). En el estudio realizado por Ortega las 2 drogas ilegales más utilizadas fueron la marihuana y las anfetaminas respectivamente y los tranquilizantes como droga legal.

En los estudios citados anteriormente encontraron a la marihuana como la sustancia más consumida similar a nuestro estudio, sustancia más consumida.

En cuanto al consumo de Otros medicamentos sin indicación médica, ocupa un segundo lugar con 5,39 %, hecho que se ve reflejado, no sólo por molestias o síntomas menores de los futbolistas, sino específicamente por el acceso fácil de estos medicamentos.

En cuanto al consumo de cocaína encontramos en nuestro estudio que el 1,54 % de los futbolistas de primera división consumen cocaína; comparado con el estudio de Gonzales encontramos que la cantidad de consumidores de cocaína es mayor con un 4.5%.

En cuanto al consumo de éxtasis en nuestro estudio encontramos que no es una sustancia consumida por los futbolistas, difiere de los encontrados por Mosquera con un 2.2%

En cuanto al consumo de drogas legales (tranquilizantes), el 2,31 % de los futbolistas consumen tranquilizantes, ocupando un tercer lugar en orden de frecuencia, mientras que en el estudio de Ortega el 1% de los encuestados consumen tranquilizantes. Nuestro estudio reveló que los futbolistas, no solo consumen más los tranquilizantes sino que inician su consumo con los mismos y son fáciles de conseguir en nuestra realidad.

En cuanto al consumo de LSD y las restantes drogas ilegales, los futbolistas no refieren consumirlo

La percepción de riesgo en cuanto al consumo de drogas legales e ilegales por los futbolistas de la primera división de Tacna. Según los futbolistas encuestados encuentran más riesgoso consumir regularmente cocaína o Crack, Encontramos además que para los futbolistas no es riesgoso consumir cigarrillos ocasionalmente. Además encuentran más fácil conseguir cigarrillos, y una botella pequeña de bebida alcohólica fuerte. Los futbolistas encuentran bastante difícil encontrar inhalantes, Heroína éxtasis, LSD, cocaína, tranquilizantes y sedantes Crack,

Los principales problemas donde la discusión presenta un 76,69 %, la riña o pele a golpe un 59,23 %, el accidente o lesión un 60,00 %, el extravío de dinero u otros artículos valiosos el 50,77 %, Daño a objetos o prendas de vestir un 39,23 %, problemas en su relación con sus padres un 33,08 %, Problemas en su relación

con sus amigos un 30,77, Problemas en su relación con su entrenador o preparador físico un 23,85 %, Problemas en su rendimiento físico o laboral en su equipo un 30,77 %, Víctima de asalto o hurto un 34,62 %, Problemas con la policía un 20,00 %, Hospitalización o internamiento en emergencia un 25,38 %, Relaciones sexuales que haya lamentado al día siguiente un 30,77 %, Relaciones sexuales sin protección un 39,23 % y éstos problemas generalmente son causados el 71,54 % refiere por otras razones, el 25,38 % refiere por el alcohol y el 3,08 % refiere por las drogas.

7. CONCLUSIONES

1. El prevalencia del consumo de drogas legales consumida por los futbolistas de la primera división de futbol del cercado de Tacna son el Alcohol con un 83,08%; en segundo lugar el consumo de Tabaco (cigarrillos) con un 63,85% y los Tranquilizantes o Sedantes con un 2,31 %
2. La droga ilegal más consumida fue la Marihuana con un 6,93 % seguida de otras sustancias sin prescripción médica con un 5,39 %
3. Para los futbolistas de la primera división del cercado de Tacna es más riesgoso para su salud: consumir regularmente y/o usar 1 a 2 veces Cocaína o Crack.
4. Las sustancias más fáciles de conseguir son las drogas legales (el alcohol y el tabaco).
5. En este trabajo de investigación se detallaron diversos problemas que enfrentan los futbolistas, como peleas, relaciones sexuales sin protección y que lamentan al día siguiente, problemas con relación al rendimiento físico y con su entrenador; entre otros.

8. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda realizar estudio de seguimientos a estos futbolistas y así determinar el rendimiento en esta disciplina así mismo estudiar el consumo de alcohol y tabaco en otras ligas distritales
2. El presente estudio encontró que la mayor droga ilegal en de los futbolistas es la marihuana por lo tanto es conveniente realizar programas preventivos, enfatizando en el desempeño físico y cuidados a la salud. Además se sugiere reforzar los programas de prevención y control en el consumo de medicamentos que son auto medicados
3. Se recomienda realizar trabajos enfocados a buscar factores de riesgo asociados a la familia, entorno laboral, amigos; para identificar las razones del consumo de drogas en diferentes poblaciones.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. ALLEN P. BURKE, y cols.: Causas de muerte súbita en deportistas. Clínicas Cardiológicas. Vol. 10, Núm. 2, May 2002.
2. AUBÁ J, VILLALBÍ JR. Prevención desde la escuela del uso de tabaco y de otras sustancias adictivas. GacSanit 1990; 4: 70-75.
3. AZHAR M. A. et al: Symptomatic Myocardial Bridging of Coronary Artery. The Am J. of Cardiology, Vol 41, June 2007
4. COMÍN E. Exercicifísic, consum de tabac y consumd'alcohol en escolars. Estudi de factorsassociats i de la validesad'uninstrument de mesura [tesis doctoral]. Bellaterra: UniversitatAutbnoma de Barcelona, 1992.
5. ELZO J. Los jóvenes y su relación con las drogas. Vitoria: Publicaciones del Gobierno Vasco, 2009.
6. FERRON C, NARRING F, CAUDERAY M, MICHAUD PA. Sport activity in adolescence. Associations with health perceptions and experimental behaviours. HealthEdu Res 1999;14:225-233.
7. FRANZKOWIAK P. Risk taking and adolescent development. The functions of smoking and alcohol consumption in adolescence and its consequences for prevention. HealthProm 1987; 2: 51-61.
8. GECKOVA A, PUDELSKY M, TUINSTRA J, VAN DIJK J. Influence of smoking, alcohol consumption, drug usage, and lack of physical activity on health. CeskPsychol 2000;44:132 –147.

9. GILPIN E, PIERCE JP, GOODMAN J, BURNS D, SHOPLAND D. Reasons smokers give for stopping: do they relate to success in stopping? *Tob Control* 1992;1:256-263.
10. HANSEN WB, GRAHAM JW, SOBEL JL, SHELTON DR, FLAY BR, JOHNSON CA. The consistency of peer and parent influences on tobacco, alcohol and marihuana use among adolescents. *J Behav Med* 1987; 10:559-579.
11. NEEDLE R, MCCUBBIN H, WILSON M, REINECK R, LAZAR A, MEDERER H. Interpersonal influences in adolescent drug use. The role of older sibling, parents and peers. *Int J Addiction* 1986; 21: 256-265.
12. MENDOZA R. Consumo de alcohol y tabaco de los escolares españoles. *Comun Drogas* 1987; 5/6: 83-102.
13. Rodríguez-Martos A, Calafat A, Amengual M, Farrés C, Mejías G. Borrás M. Programa d'educació sobre substancies addictives. Material per al professor. Barcelona: Publicacions de l'Ajuntament de Barcelona, 2003.
14. SANTO-DOMINGO J, RODRÍGUEZ-VEGA B. Evolución de los hábitos de consumo de alcohol y de la dependencia alcohólica en España. *RevEsp Drogodependencias* 1989; 14: 167-175.
15. STEVEN, P. VAN CAMP: Muerte súbita. *Clínicas de Medicina Deportiva*, Vol.2, 1992.
16. THOMPSON, PD. et al: Incidence of death during jogging in Rhode Island from 1975 through 1980. *JAMA*, 147:2535-2538,1982.

17. VILLALBÍ JR, BALLESTÍN M, VINUÉ JM, SERRA L, CUERVO JL, SALIERAS L. The Barcelona smoke-free Olympicsproject. Hygie 1992; 11: 24-28.
18. VILLALBÍ JR, COMÍN E, NEBOT M, MURILLO C. Prevalence and determinants of alcohol consumption among schoolchildren in Barcelona, Spain. J Sch Health 1991; 61: 123-126.
19. WHO. Tobacco or health. A global status report. WorldHealthOrganization. Geneva 1997.

ANEXOS

Encuesta

Responde la siguiente encuesta cuyos fines son netamente científicos. Es COMPLETAMENTE ANONIMA.

1. ¿en que año nació? Año 19.....
2. Grado de instrucción:
 - a. Primario
 - b. Secundario
 - c. Superior Técnico
 - d. Superior Universitario
 - e. N.A.
3. Estado civil:
 - a. Soltero
 - b. Casado
 - c. Conviviente
 - d. Separado.
4. En que equipo juega:
 - a. Alfonso Ugarte
 - b. Villa panamericana
 - c. 28 de agosto
 - d. Untac
 - e. Coronel Bolognesi
 - f. Mariscal miller
 - g. Quillabamba junior
 - h. Maurodri

Las próximas preguntas se refieren a sus padres: si usted fue criado principalmente por padres adoptivos u otras personas, responda sobre ellos:

5. ¿Cuál es el nivel de enseñanza más alto alcanzado por su padre?
 - a. Enseñanza primaria parcial o completa.
 - b. Enseñanza secundaria parcial.
 - c. Enseñanza secundaria completa.
 - d. Enseñanza universitaria parcial.
 - e. Enseñanza universitaria completa.
 - f. No sabe o no se aplica.

6. ¿Cuál es el nivel de enseñanza más alto alcanzado por su madre?
- Enseñanza primaria parcial o completa.
 - Enseñanza secundaria parcial.
 - Enseñanza secundaria completa.
 - Enseñanza universitaria parcial.
 - Enseñanza universitaria completa.
 - No sabe o no se aplica.
7. ¿Cual de las siguientes personas vive en el mismo hogar que usted?
- Vivo solo
 - Padre
 - Padraastro
 - Madre
 - Madrasta
 - Hermano (s) o hermana (s)
 - Otros parientes
 - Personas no emparentadas
 - Nucleo familiar

¿En cuantas ocasiones ha fumado cigarrillos? A lo largo de la vida: Numero de ocasiones.

8. A lo largo de la vida:
- 0
 - 1 – 2
 - 3 – 5
 - 6 – 9
 - 10 – 19
 - 20 – 39
 - 40 o más
9. En los últimos 12 meses:
- 0
 - 1 – 2
 - 3 – 5
 - 6 – 9
 - 10 – 19
 - 20 – 39
 - 40 o más

10. En los últimos 30 días:

- a. 0
- b. 1 – 2
- c. 3 – 5
- d. 6 – 9
- e. 10 – 19
- f. 20 – 39
- g. 40 o mas

11. Con que frecuencia a fumado cigarrillos en los últimos 30 días?

- a. Ninguno
- b. Menos de un cigarrillo por semana
- c. Menos de un cigarrillo por día
- d. De 1 a 5 cigarrillos por día
- e. De 6 a 10 cigarrillos por día
- f. De 11 a 20 cigarrillos por día
- g. Mas de 20 cigarrillos por día

Las próximas preguntas se refieren a las bebidas alcoholicas:

12. En cuantas ocasiones ha tomado una bebida alcohólica (mas de unos pocos sorbos)?**Numero de ocasiones:**

- a. A lo largo de la vida:
 - i. 0
 - ii. 1-2
 - iii. 3-5
 - iv. 6-9
 - v. 10-19
 - vi. 20-39
 - vii. 40 o mas

13. En los últimos 12 meses:

- a. 0
- b. 1-2
- c. 3-5
- d. 6-9
- e. 10-19
- f. 20-39
- g. 40 o mas

14. En los últimos 30 días:

- a. 0
- b. 1-2
- c. 3-5
- d. 6-9
- e. 10-19
- f. 20-39
- g. 40 o mas

15. Remóntese a los ULTIMOS 30 DIAS ¿Cuántas veces ha tomado por lo menos cinco bebidas seguidas (por bebida se entiende un vaso de vino aprox. 15 ml; una botella o lata de cerveza aprox. 50 ml; una medida de bebida fuerte whisky o pisco, etc aprox. 5ml; o alguna mezcla de bebidas alcohólicas).

- a. Ninguna
- b. 1
- c. 2
- d. 3-5
- e. 6-9
- f. 10 o mas veces

16. Ha oído nombrar alguna de las siguientes drogas:

Drogas	Si	no
1. Tranquilizantes o sedantes		
2. Marihuana o hachis		
3. Anfetaminas		
4. Anabólicos		
5. Extasis		
6. LSD		
7. Relevin		
8. Crack		
9. Cocaína		

17. Cuantas veces en los últimos 30 dias ha usado alguna de las siguientes drogas:

Drogas	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40-mas
1. Tranquilizantes o sedantes							
2. Marihuana							

3. Anfetaminas							
4. Metanfetaminas							
5. Extasis							
6. LSD							
7. Otros alucinogenos							
8. Relevin							
9. Cocaína							
10. Crack							
11. Heroína							
12. Otros medicamentos (sin indicación medica)							
13. Drogas inyectables							
14. Disolventes o inhalables (terokal u otros)							
15. Anabólicos							

18. QUE EDAD TENIA CUANDO POR PRIMERA VEZ:

- a. Bebio alcohol.....años
- b. Fumo cigarrillos.....años
- c. Tomo tranquilizantes.....años
- d. Consumo drogas.....años

19. De las drogas que figuran a continuación ¿Cuál fue la primera que probó?

- a. Nunca he probado ninguna de las sustancias que figuran a continuación
- b. Tranquilizantes o sedantes
- c. Marihuana o hachis
- d. LSD
- e. Anfetaminas
- f. Anabólicos
- g. Crack
- h. Cocaína
- i. Relevin
- j. Heroína
- k. Extasis
- l. No seque sustancia era

20. A su juicio ¿Cuánto riesgo de hacerse daño (físicamente o de otro modo), corren las personas que hacen lo siguiente: (MARCAR UN RECUADRO EN CADA FILA)

ACTIVIDAD	Ningún riesgo	Ligero riesgo	Moderado riesgo	Alto riesgo	No se
Fumar cigarrillos ocasionalmente					
Fumar una o mas cajetillas de cigarrillos					
Tomar una o dos bebidas alcoholicas casi todos los días					
Tomar 4 o 5 bebidas alcoholicas seguidas casi todos los días					
Tomar 5 o mas bebidas acoholicas seguidas todos los fines de semana					
Probar marihuana o hachis una o dos veces					
Fumar ocasionalmente marihuana o hachis					
Fumar regularmente marihuana o hachis					
Probar LSD una o dos veces					
Tomar regularmente LSD					
Probar anfetaminas una o dos veces					
Tomar regularmente anfetaminas					
Probar anabólicos una o dos veces					
Tomar regularmente anabólicos					
Probar cocaína o crack una o dos veces					
Usar regularmente cocaína o crack					
Probar extasis una o dos veces					
Usar regularmente extasis					
Probar o usar una o dos veces inhalantes o disolventes					
Usa regularmente disolventes o inhalantes					

21. Que difícil cree que seria para usted conseguir cada una de las siguientes cosas, si lo quisiera?

	Imposible	Muy difícil	Bastante difícil	Bastante facil	Muy facil	No se
Cigarrillos						
Una botella pequeña de bebida alcohólica fuerte						
Marihuana o hachis						
Tranquilizantes o sedantes						
LSD o algún otro alucinógeno						

Anfetamina						
Anabolicos						
Crack						
Cocaina						
Extasis						
Heroína						
Disolventes o inhalantes (pegamentos etc.)						

22. Ha tenido alguno de los siguientes problemas? Marcar con una X

Altercado o discusión	
Riña o pelea a golpes	
Accidentes o lesión	
Extravío de dinero u otros artículos valiosos	
Daño a objetos o prendas de vestir	
Problemas en su relación con sus padres	
Problemas en su relación con sus amigos	
Problemas en su relación con su entrenador o preparador físico	
Problemas en su rendimiento físico o laboral en su equipo	
Victima de asalto o hurto	
Problemas con la policía	
Hospitalización o internamiento en emergencia	
Relaciones sexuales que haya lamentado al día siguiente	
Relaciones sexuales sin protección	

23. Si tuvo algún problema o mas; la razón de esos problemas fue por:

- a. Si, por el alcohol
- b. Si, por las drogas
- c. Si por otras razones

Gracias por su tiempo
y colaboración...