

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

CARRERA DE MEDICINA Y CIRUGÍA

*Tesis para optar por el grado académico de
Licenciatura en Medicina y Cirugía*

**MORTALIDAD Y CARGA DE LA
ENFERMEDAD POR CONSUMO DE
ANFETAMINAS EN COSTA RICA, 1990-2019**

Paula Melissa Vega Murillo

2022

TABLA DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	8
AGRADECIMIENTO.....	9
RESUMEN.....	10
ABSTRACT	12
CAPÍTULO I.....	14
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.1.1 Antecedentes del problema	15
1.1.2 Delimitación del problema	19
1.1.2 Justificación	20
1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	21
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	22
1.3.1 Objetivo general	22
1.3.2 Objetivos específicos	22
1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES	23
1.4.1 Alcances de la investigación	23
1.4.2 Limitaciones de la investigación	23
CAPÍTULO II	24
2.1 MARCO CONCEPTUAL	25
2.2 INCIDENCIA	26
2.3 PREVALENCIA	26
2.4 CARGA DE LA ENFERMEDAD	26
2.5 CONTEXTO HISTÓRICO DEL USO DE SUSTANCIAS	26
2.6 SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	28
2.7 ADICCIÓN Y FARMACODEPENDENCIA	28
2.7.1 Etapas del consumo de drogas	30
2.7.2 Factores de riesgo para el consumo de drogas	31
2.8 ANFETAMINAS	33
2.8.1 Mecanismo de acción	35
2.8.2 Cinética	36
2.8.3 Efectos farmacológicos	36
2.8.4 Efectos adversos	36
2.8.5 Usos legales de las anfetaminas	37
2.8.6 Usos ilegales de las anfetaminas	38
2.8.7 Tolerancia y dependencia	38

2.9 INTOXICACIÓN POR ANFETAMINAS	38
2.9.1 Características clínicas	38
2.9.2 Envenenamiento leve a moderado.	39
2.9.3 Envenenamiento severo.	39
2.9.4 Tratamiento	40
2.10 PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS	41
2.10.1 Identificar factores de riesgo	43
2.10.2 Habilidades y desarrollo de competencias psicosociales.	43
2.10.3 Factores de protección	44
CAPÍTULO III	45
3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN	46
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN	46
3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO	46
3.3.1 Población	46
3.3.2 Muestra	47
3.3.3 Criterios de Inclusión y Exclusión	47
3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	47
3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	47
3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	48
3.7 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	50
3.8 ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS	51
3.9 ANÁLISIS DE LOS DATOS	51
CAPÍTULO IV	54
4.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	55
CAPÍTULO V	67
5.1 DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	68
CAPÍTULO VI	72
6.1 CONCLUSIONES	73
6.2 RECOMENDACIONES	74
GLOSARIO Y ABREVIATURAS	76
REFERENCIAS	77

Índice de figuras

Figura 1: Incidencia total según tasa estandarizada por consumo de anfetaminas en Costa Rica de 1990 a 2019.....	54
Figura 2: Incidencia en ambos sexos de consumo de anfetaminas en Costa Rica de 1990 al 2019, según tasa estandarizada.....	55
Figura 3: Incidencia de consumo de anfetaminas en Costa Rica de 1990 a 2019 según la tasa estandarizada del grupo etario de 15 a 49 años.....	56
Figura 4: Prevalencia total de consumo de anfetaminas en Costa Rica de 1990 a 2019.....	57
Figura 5: Prevalencia en ambos sexos por consumo de anfetaminas en Costa Rica de 1990 a 2019.....	58
Figura 6: Prevalencia por consumo de anfetaminas en Costa Rica de 1990 a 2019, según el grupo etario de 15 a 49 años.....	59
Figura 7: Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) totales, según tasa estandarizada por consumo de anfetaminas en Costa Rica 1990-2019.....	60
Figura 8: Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), en ambos sexos según tasa estandarizada por consumo de anfetaminas en Costa Rica 1990-2019.....	61
Figura 9: Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) por consumo de anfetaminas en Costa Rica según grupo etario, 1990-2019.....	62
Figura 10: Mortalidad total por consumo de anfetaminas en Costa Rica 1990-2019, según tasa estandarizada.....	63

Figura 11: Mortalidad en ambos sexos por consumo de anfetaminas en Costa Rica 1990-2019, según tasa estandarizada.....64

Figura 12: Mortalidad por consumo de anfetaminas en Costa Rica 1990-2019, según grupo etario.....65

Índice de tablas

Tabla 1. Clasificación de anfetaminas.....	31
Tabla 2. Operacionalización de variables.....	50

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a mis padres Ronald Vega y Tannia Murillo porque gracias a ellos he podido realizar este sueño y porque han estado presentes en cada momento, siempre ayudándome con lo que ha estado al alcance de ellos.

También se la dedico a mis hermanos, Ignacio, Isaac y Priscilla, porque que de una u otra manera han estado conmigo durante todo el proceso, apoyándome y escuchándome, en los momentos buenos y no tan buenos.

Y muy especialmente se la dedico a la persona que es muy cercana a mi que está luchando contra la dependencia a ciertas sustancias porque en su proceso, con su fuerza de voluntad por dejarlas, me ha enseñado que no importa lo difícil que sea una situación, cuando se quiere lograr algo se lucha las veces que sea necesario.

AGRADECIMIENTO

Primero quiero agradecer a Dios por haberme permitido avanzar en este proceso y por concederme la sabiduría, paciencia y fortaleza necesaria para alcanzarlo. También quiero agradecer a toda mi familia por formar parte y acompañarme en este camino y por creer en mí, el apoyo emocional y las palabras que me han brindado han sido fundamentales para mí.

También quiero agradecer a mi amiga Adriana Arias por formar parte de este proceso, por siempre estar motivándome y escuchándome en los momentos que lo he necesitado durante la carrera y la vida.

A mis amigos de carrera, Liss Salazar, Jose Campos, Fabian Ureña, y Vivian Chango porque me han ayudado a no darme por vencida, luchar y me han enseñado que en este el camino la amistad es necesaria y también ha sido ganancia, por lo que gracias a ustedes también esto ha sido posible.

A Luis por siempre tener palabras para motivarme y darme la tranquilidad cuando más lo he necesitado, gracias por estar para mí.

Por último, quiero agradecer a mi tutora la Dra. Jara, por cada consejo para la realización de este trabajo.

RESUMEN

Introducción: El consumo de anfetaminas, es un fenómeno que va en aumento y afecta aproximadamente a 34 millones de personas a nivel mundial; si bien, en ocasiones son indicadas para el manejo de condiciones médicas, otras veces se les dan un uso inadecuado que termina siendo problemático y teniendo un impacto negativo tanto a nivel físico en la salud del que las consume, como social.

Objetivo general: En esta investigación es determinar la mortalidad y carga de la enfermedad por consumo de anfetaminas en Costa Rica 1990-2019.

Metodología: Para la investigación se utilizaron los datos obtenidos a través del Global Burden of Disease (GBD), dicha base de datos brinda las tasas sobre la incidencia, prevalencia, años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) y la mortalidad atribuida al consumo de anfetaminas en Costa Rica, según grupos etarios y género, durante el periodo comprendido entre el año 1990 y 2019, posteriormente los datos se presentan y analizan mediante gráficas.

Resultados y discusión: Se observó que el consumo de anfetaminas en Costa Rica tanto la incidencia como la prevalencia son bajas en el país, sin embargo, han presentado un aumento a través del tiempo. Cabe destacar que, a pesar de lo anterior, la incidencia y prevalencia en el grupo etario de 15 a 49 ha descendido. A demás, el género masculino es el que presenta mayores tasas en todos los indicadores analizados. En cuanto a AVAD y mortalidad ha habido un leve aumento en la población costarricense desde 1990 al 2019.

Se hace evidente que el consumo de anfetaminas si tiene repercusiones negativas en la vida de quienes las consumen de forma crónica o problemática.

Conclusión: El consumo de anfetaminas en Costa Rica a pesar de ser bajo, ha presentado un aumento a través del tiempo y además se evidencia que el consumo si genera un impacto

negativo en la calidad de vida de los consumidores. Por lo que la prevención y el tratamiento son claves para abordar la situación.

Palabras clave: Anfetaminas, estigmatización, drogadicción, carga de la enfermedad, mortalidad.

ABSTRACT

Introduction: The use of amphetamines is a phenomenon that is increasing and affects approximately 34 million people worldwide; Although sometimes they are indicated for the management of medical conditions, other times they are misused, which ends up being problematic and having a negative impact both physically on the health of the user and socially.

General objective: This research is to determine the mortality and disease burden due to amphetamine use in Costa Rica 1990-2019.

Methodology: For the investigation, the data obtained through the Global Burden of Disease (GBD) were used. This database provides the rates on the incidence, prevalence, years of life adjusted for disability (DALY) and mortality attributed to the consumption of amphetamines in Costa Rica, according to age groups and gender, during the period between 1990 and 2019, later the data is presented and analyzed through graphs.

Results and discussion: It was observed that the consumption of amphetamines in Costa Rica, both the incidence and prevalence are low in the country, however, they have shown an increase over time. It should be noted that, despite the above, the incidence and prevalence in the 15-49 age group has decreased. In addition, the male gender is the one with the highest rates in all the indicators analyzed. Regarding DALYs and mortality, there has been a slight increase in the Costa Rican population from 1990 to 2019.

It becomes evident that the use of amphetamines does have negative repercussions in the lives of those who consume them in a chronic or problematic way.

Conclusion: The use of amphetamines in Costa Rica, despite being low, has shown an increase over time and it is also evident that consumption does generate a negative impact on the quality of life of consumers. Therefore, prevention and treatment are key to addressing the situation.

Keywords: Amphetamines, stigmatization, drug addiction, disease burden, mortality.

CAPÍTULO I
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 Antecedentes del problema

El consumo de drogas es considerado un problema de salud pública a nivel mundial debido a que los efectos dañinos equivalen a una alta demanda de servicios de salud y elevados índices de incapacidad. Sin embargo, debido al estigma y discriminación que reciben los consumidores se convierte en un reto poder brindar ayuda, promover la prevención y buscar solución para enfrentar la situación. (Tirado-Otálvaro, 2016)

Tras el consumo frecuente de drogas, se van desarrollando trastornos que, en comparación con los adultos, no se le da suficiente atención en niños y adolescentes aun sabiendo que el consumo de drogas empieza por lo general en etapas tempranas de la vida, siendo así en los adolescentes una de las principales causas de discapacidad. Es por lo que distintas entidades públicas y privadas suman esfuerzos para poder desarrollar estudios sobre este fenómeno que va cada vez va en aumento y se ha visto que existe asociación entre problemas psicosociales y el consumo de drogas. (Tena-Suck et al., 2018)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), América es el único continente donde el consumo de drogas se encuentra entre los principales diez factores encargados de la discapacidad y muertes prematuras de los usuarios, contribuyendo así a la pérdida de años de vida saludable en comparación con las demás regiones. Se ha vuelto un factor que contribuye de manera importante al aumento de las muertes en el continente, de forma que durante el año 2000 y 2019 la cantidad personas que fallecieron tras el consumo de sustancias fue triplicada. (Burnier, A. 2020)

A demás, la OMS reporta que la mortalidad por accidentes de tránsito es de 1,3 millones por año y uno de los factores de riesgo es haber consumido alguna sustancia psicoactiva, entre esas

las anfetaminas en donde el usuario tiene cinco veces más probabilidad de sufrir un accidente mortal que los que no las consumen. (Traumatismos causados por el tránsito, s. f.)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), menciona que, aunque existen regulaciones para fiscalizar y controlar el uso de sustancias psicoactivas, el consumo de drogas es equivalente a una carga social, tanto para cada individuo como para la comunidad, por lo que las intervenciones tempranas son impredecibles para restringir y reducir la dependencia física y mental. A demás menciona que basado en la evidencia, es posible reducir el uso de drogas y el impacto que generan en la salud mediante el abordaje de la población para prevenir el uso de dichas sustancias o también brindando tratamiento a personas dependientes ayudando así a la recuperación. Este tipo de abordaje debe ser accesible para todos los usuarios, en especial los que se encuentran más vulnerables. (Abuso de sustancias - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud, s. f.)

En el hemisferio occidental el consumo de drogas produce mayor discapacidad y mortalidad que en el resto del mundo y constituye un factor de riesgo de violencia y accidentes.

A nivel mundial, seguida de la marihuana, las drogas anfetamínicas son las de mayor uso; se estima que hay entre 14 y 53 mil usuarios las utilizan. En América, las anfetaminas son principalmente consumidas con alta prevalencia en Canadá y Estados Unidos en población adolescente y aunque la mayoría de personas no consumen drogas, solo una pequeña proporción de quienes sí las utilizan alguna vez generan dependencia y consumo nocivo. (drugsPublicHealth_ESP.pdf, 2013.)

En Estados Unidos casi la mitad de los adolescentes han probado alguna droga ilegal, sin embargo, es probable que con el tiempo disminuyan el uso aun que indudablemente algunos sí sufran consecuencias negativas tanto así que llegan a sufrir de trastorno por uso de sustancias

con riesgo elevado de que continúen el consumo en la edad adulta. (Bukstein, 2021)

En México el consumo de sustancias en adolescentes ha ido en aumento y es mayor en hombres que en mujeres, a razón de 7 hombres por cada 3 mujeres. De esos consumidores 4.5% de hombres y 2.5% de las mujeres cumplen con criterios para trastorno por consumo de sustancias siendo las edades entre 13 a 25 años quienes presentan mayor probabilidad de consumir las mismas lo que los lleva también a tener otros problemas biopsicosociales relacionados.

Según reportes internacionales, se reciben en los servicios de emergencias alrededor de 2 millones de casos relacionados al abuso de consumo de sustancias. (Tena-Suck et al., 2018)

En Costa Rica mediante la ley 82042 fue creado el Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD), el cual es un ente encargado de diseñar e implementar las políticas de prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción de las personas que consumen drogas; por lo que tiene la capacidad política nacional para manejar la reducción de control y demanda de oferta de drogas. (*Acerca del ICD*, 2019)

En Costa Rica, la población con edades de 13 y 17 años el 8.9% del total han probado alguna vez alguna droga ilícita, de esos el 5.1% son mujeres y el 12.5% hombres; a pesar de que solo el 2.2% de esa población continúa consumiendo dichas sustancias, no deja de ser una situación alarmante para el país y también deja en evidencia que al igual que otros países el consumo de dichas sustancias en personas adolescentes se vuelve cada vez más frecuente, siendo mayor en hombres que en mujeres. (Consumo de drogas.pdf, s. f.)

A demás el decreto ejecutivo número 41386-s; menciona que uno de los problemas para las personas que consumen sustancias psicoactivas, es la reducida oferta de servicios de atención; en el que solo un 16% de los consumidores tienen acceso a servicios de tratamiento y atención, esto se debe principalmente a que las zonas donde se ofrecen dichos servicios se encuentran

principalmente en el Gran Área Metropolitana. Por lo que resulta de gran importancia poder reducir la brecha de acceso, mediante un abordaje integral, donde haya prevención, estilos de vida saludable, rehabilitación y reinserción social de los consumidores. Y para lograr los objetivos establece lo siguiente:

Brindar atención ambulatoria con equipo interdisciplinario a personas con problemas de salud y adicción.

Proveer en hospitales camas para poder atender a personas con trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas

Mejorar las acciones para detener, prevenir y brindar atención a personas con problemas de salud mental, trastornos de comportamiento y a los usuarios de sustancias psicoactivas.

Aumentar la cobertura del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA).

Cabe destacar que los servicios deben ser accesibles, disponibles, variados y gratuitos para las personas que requieran de los mismos.

Por otra parte, el decreto también recalca la importancia de fortalecer las familias, para de esa manera poder proteger a los niños y adolescentes y evitar en lo posible que se conviertan en usuarios de dichas sustancias.

A pesar de los esfuerzos que se realizan existe limitación para obtener datos de la epidemiología sobre la carga de la enfermedad que se atribuye al uso de las sustancias psicoactivas; y se dificulta la toma de decisiones basadas en evidencia. (Poder Ejecutivo, 2018)

1.1.2 Delimitación del problema

El estudio se realiza en Costa Rica, abarcando el periodo desde 1990 al 2019; tomando en cuenta hombres y mujeres de quince a sesenta y nueve años consumidores de anfetaminas, incluyendo usuarios que han fallecido como consecuencia del consumo de estas.

1.1.2 Justificación

El consumo de sustancias psicoactivas en la sociedad es un fenómeno que va en aumento, entre estas cabe mencionar el uso de las anfetaminas; se sabe que el abuso de sustancias de tipo anfetamínico afecta aproximadamente a 34 millones de personas a nivel mundial; dichas sustancias en ocasiones son indicadas para el manejo de condiciones médicas pero muchas otras veces son utilizadas de forma recreativa o con el fin de obtener mayor rendimiento en determinadas actividades.

El abuso de dichas sustancias constituye una creciente preocupación en los costarricenses, ya que, sin importar clase social, religión o etnia, es un fenómeno que no afecta solamente al usuario, sino también a los familiares de los consumidores. Por lo que el estudio se dirige tanto a los consumidores y familiares como a la población en general.

A demás resulta también un asunto de interés en la seguridad social y en la salud pública de Costa Rica, debido a las consecuencias y el impacto negativo que se genera en la salud física y mental como dependencia y discapacidad de los consumidores tras el consumo de anfetaminas.

1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la mortalidad y carga de la enfermedad por consumo de anfetaminas en Costa Rica?
1990-2019?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo general

Determinar la mortalidad y carga de la enfermedad por consumo de anfetaminas en Costa Rica 1990-2019.

1.3.2 Objetivos específicos

- Conocer la incidencia del consumo de anfetaminas en Costa Rica 1990-2019.
- Identificar la prevalencia de consumo de anfetaminas en Costa Rica 1990-2019.
- Describir los años de vida ajustados por discapacidad tras consumo de anfetaminas en Costa Rica 1990-2019.
- Determinar la mortalidad por consumo de anfetaminas en Costa Rica 1990-2019.

1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES

1.4.1 Alcances de la investigación

La investigación sirve de referencia para conocer indicadores como la incidencia, prevalencia, AVAD y mortalidad de población costarricense respecto al consumo de anfetaminas, en el periodo de tiempo de 1990 al 2019.

1.4.2 Limitaciones de la investigación

En Costa Rica hay poca bibliografía sobre el consumo específico de anfetaminas en la población, ya que los estudios y campañas se enfocan más en otras sustancias como el alcohol, tabaco, cannabis o cocaína.

A demás, otra limitante es que no se tiene el dato sobre cuántos casos consumen anfetaminas bajo indicación médica y cuántos no y probablemente existan muchos casos que aún no están cuantificados.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1 MARCO CONCEPTUAL

Para dar inicio al tema, es importante desarrollar y tener claro las siguientes definiciones:

Salud Pública: Disciplina que se encarga de estudiar la salud y la enfermedad de las poblaciones. Tiene como objetivo mejorar el estado de salud y promover estilos de vida saludables en las personas mediante la protección y promoción de la salud y la prevención de enfermedades con el fin de proteger los derechos humanos fundamentales. (Ureña & Porras, 2020)

Droga: Sustancia química capaz de cambiar el funcionamiento del cuerpo y mente en quien la consume. Incluye sustancias legales como el alcohol, tabaco, sustancias ilegales como cocaína, marihuana, metanfetamina, heroína y otros. También se consideran como drogas los medicamentos de venta libre y recetados. Cuyo consumo puede ser dañino y provocar efectos secundarios en los consumidores, incluso en ocasiones afectan de forma permanente. (*Consumo de drogas y la adicción*, 2021)

Trastorno por uso de sustancias: Se refiere a un patrón patológico en el comportamiento de pacientes que utilizan una sustancia incluso cuando experimentan problemas importantes relacionados al consumo de la misma. A demás incluye cambios a nivel fisiológico en los circuitos en el encéfalo. Debido a la activación del sistema de recompensa produce la sensación de placer, la cual puede ser tan intensa de modo que el paciente desea demasiado consumirla y descuidan las actividades cotidianas para poder utilizar dicha sustancia. (Khan, 2020)

Estigma: La Real Academia Española lo define como mala fama o desdoro. (ASALE & RAE, s. f.-a)

Desde la psicología social, se entiende como un fenómeno que se da en la sociedad; según el sociólogo Erving Goffman es una característica que representa los efectos no deseados y

respuestas negativas en una persona, provocando un trato discriminatorio en comparación a los que no la tienen. También se entiende como una violación a una norma establecida por la sociedad, que es la que se encarga de categorizar a las personas y dictar conductas como adecuadas o inadecuadas.(Romay Martinez, 1998)

2.2 INCIDENCIA

Se refiere a la cantidad que se presenta de casos nuevos de un síntoma, enfermedad, lesión o muerte durante un determinado periodo de tiempo. (*Incidencia*, 2021)

2.3 PREVALENCIA

Según la RAE, en epidemiología, se refiere a la proporción de personas que padecen una enfermedad con respecto al total de una población en estudio. (ASALE & RAE, s. f.-b)

2.4 CARGA DE LA ENFERMEDAD

Es lo que permite estimar la pérdida de salud mediante la comprobación de las causas de muerte, como las que llevan a una muerte de forma prematura que se hubieran podido evitar o las que provocan discapacidad y como consecuencia se pierden años de vida saludable. (Gómez, 2021)

Para la medición de la carga de enfermedad uno de los indicadores más importantes es el de años de vida ajustados por discapacidad, conocido en siglas como AVAD; que son el resultado de combinar la incapacidad que ocurre secundaria a una lesión o enfermedad y la muerte prematura.

Para calcularlo se suman los años de vida perdidos, sus siglas en inglés son YLL; más los años vividos con discapacidad. De forma que un AVAD es un año de vida saludable que se pierde por vivir con discapacidad o por una muerte prematura. (Evans-Meza, 2015)

2.5 CONTEXTO HISTÓRICO DEL USO DE SUSTANCIAS

El uso de sustancias psicoactivas a pesar de que es ilegal, se ha extendido a nivel mundial; es

por eso que cada país regula o prohíbe el comercio y consumo mediante distintas políticas. El comercio de sustancias como el tabaco, opio, café y alcohol se empezó a desarrollar en occidente a finales del siglo XVIII e inicios del siglo XIX, tiempo durante el cual se fomentó el área mercantil desde una perspectiva económica; en el que los comerciantes españoles negociaron con africanos, lugar donde se producían la mayoría de sustancias y además las vendían a europeos. Durante esa época el comercio de esclavos floreció junto con el tráfico de sustancias consideradas estimulantes. Formando un triángulo de comercio entre esclavos, españoles y las drogas.

Fue así como se volvió popular el consumo de dichas sustancias, de modo que los consumidores se beneficiaban de los efectos estimulantes y tranquilizantes, mientras que los vendedores se abrían paso en el mercado comercializando aumentando sus ingresos y evadiendo el pago de impuestos.

No fue hasta inicios del siglo XX, cuando hubo un aumento de consumo y comercio de sustancias que surgieron los primeros problemas sociales relacionados a las mismas, que se empezaron a documentar riesgos a la salud como consecuencia del consumo de sustancias psicoactivas.

Por otra parte, durante los primeros años del siglo XX surgió fuertemente la industria de las medicinas, originando así el consumo masivo de drogas en Europa; entre esas las anfetaminas, las cuales formaron parte de las más consumidas debido a los efectos placenteros o estimulantes, además de que también fueron utilizadas durante la Segunda Guerra Mundial para mejorar el rendimiento de los militares y eran conocida por los japoneses como “fuente de fuerza de guerra”.(Luna-Fabritius & Luna-Fabritius, 2015).

Como consecuencia de los problemas sociales que surgieron tras el consumo de sustancias

psicoactivas se fue criminalizando a los usuarios de dichas sustancias y a nivel social se relacionaron a un acto desviado o una enfermedad.

Para atender las distintas formas la enfermedad se utilizan distintas técnicas de diagnóstico, tratamiento o detección que en ocasiones se relaciona a características según la etnia, religión, economía, política o cuestiones científicas; es por eso que la antropología médica toma en cuenta cada una y analiza el significado de salud, enfermedad y prevención que posteriormente se estudian como el resultado de un proceso sociopolítico e histórico, una creación de la identidad social. (Suárez & Clua-García, 2021).

2.6 SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Las sustancias psicoactivas tienden a consumirse de forma abusiva debido a que afectan la conducta, pensamientos y el humor de quien las ingiere. Dichas sustancias se pueden clasificar de acuerdo al efecto que provocan en el sistema nervioso central, ya sea estimulante, depresor o alucinógenas.

Las sustancias de tipo estimulante son por ejemplo la cocaína y anfetaminas; dentro de las que tienen efecto depresor cabe mencionar el alcohol o las benzodiazepinas, mientras que las que tienen efectos alucinógenos serían el cannabis, éxtasis, ketamina, entre otras. (Salud, 2016)

Son sustancias a las que se les conoce como drogas, cuando una persona la consume genera un efecto estimulante a nivel del sistema nervioso central, provocando cambios en el estado de ánimo o en el estado de conciencia. Por lo general los consumidores son propensos a generar dependencia física, psicológica o ambas a dichas sustancias. («Otras sustancias psicoactivas archivos», 2022)

2.7 ADICCIÓN Y FARMACODEPENDENCIA

La adicción se puede considerar como una condición crónica en la que se provocan cambios

funcionales en el cerebro ya que se ven implicados neurotransmisores en las vías de recompensa y estrés tras el uso crónico de sustancias. Cuando tiene un inicio temprano puede dar repercusiones graves en el desarrollo de habilidades en los usuarios. (Mckay, 2020)

También se puede decir que la adicción es una memoria de adaptación anómala, en la que una persona comienza a utilizar una sustancia o a realizar determinado comportamiento de forma que sé que activa de manera indirecta las vías de gratificación en el cerebro.

Si bien no todas las personas sienten la necesidad de repetir la acción, en los sujetos que desarrollan adicción dicha experiencia supone una relación condicionada a tener disponibilidad de la sustancia o comportamiento y sienten atracción a repetir compulsivamente la acción enfocándose en la satisfacción inmediata sin importar las consecuencias negativas que se puedan generar. (Brunton & Hilal-Dandan, 2015)

A demás se considera como una enfermedad psicoemocional y física ya que produce en la persona la necesidad de una sustancia o actividad y se caracteriza por la presencia de signos y síntomas característicos (Mora, 2018)

La farmacodependencia refiere al estado tanto psíquico como físico de la interacción entre una droga o fármaco y el organismo, que causa modificaciones en el comportamiento y genera la necesidad e impulso de ingerirlo de manera periódica para evitar el malestar que surge tras privar el consumo del mismo. (Berruecos Villalobos, 2010)

Para que una persona sea considerada con dependencia psicológica o física, debe tener por al menos 12 meses tres de los siguientes:

- Sentir una fuerte necesidad de consumir una sustancia.
- Tener dificultad para poder controlar el consumo.
- Uso de la sustancia a pesar de conocer los efectos perjudiciales que conlleva

- Presentar síndrome de abstinencia al no consumir
- Utilizar el tiempo cada vez más en obtener la sustancia.
- Presentar tolerancia por lo que requiere cada vez más cantidad para obtener el efecto provocado por la sustancia. (Mora, 2018)

En la dependencia a un fármaco se produce una adaptación progresiva que resulta en tolerancia, la cual suele confundirse con adicción, la diferencia entre ambas es que la tolerancia, tras el uso repetido de una sustancia se obtiene un menor efecto de la misma, mientras que en la adicción es el estado anormal que conduce a que la persona consuma de forma progresiva y compulsiva la sustancia. (Brunton & Hilal-Dandan, 2015)

2.7.1 Etapas del consumo de drogas

Existen distintas etapas cuando una persona comienza a consumir drogas o sustancias; muchas veces los puede llevar a la adicción; entre esas están:

- Etapa experimental, en adolescentes principalmente involucra a varias personas del mismo grupo con un uso recreativo y en ocasiones disfrutan del estar desafiando a las figuras de autoridad, ya sea los padres o encargados.
- Etapa del uso regular, en la que el consumidor se ausenta a sus responsabilidades, siente preocupación por no conseguir droga, las utiliza para “calmar” sentimientos negativos, en ocasiones cambian su círculo social por otro donde el consumo sea regular por los miembros y presentan tolerancia y aumentan la capacidad para “controlar” la droga.
- Etapa riesgosa o problemática, cuando el consumidor pierde la motivación y el interés por realizar actividades que antes hacía y el consumo de la sustancia se vuelve prioridad, presenta cambios de comportamiento notorios e incluso comienza a consumir otras sustancias.

- Etapa de la adicción; es cuando el consumidor no puede vivir sin la sustancia y sin embargo niega el problema, presenta cambios en la apariencia física y ha perdido el control sobre el consumo, presenta más problemas incluso legales o financieros. (Berger, 2020)

2.7.2 Factores de riesgo para el consumo de drogas

Son distintos los factores por los que una persona puede caer o verse involucrada en el consumo de drogas o sustancias, si bien no indican que todas las personas que los tengan van a consumirlas, es importante considerarlas y tomarlas en cuenta.

Entre los factores se puede mencionar los familiares, entornos donde más miembros de la familia consumen, hogares con límites muy rígidos o por el contrario ausentes, comunicación sin respeto o nula o sin figuras de autoridad durante el desarrollo. (Ruiz, 2020)

A demás la ausencia de figura paterna, la presencia de un padre con problemas de abuso de sustancias, carencia de comportamiento adecuado a nivel social, relaciones familiares que estimulan la dependencia también son factores de riesgo para el abuso de sustancias psicoactivas. (Guiza et al., 2017)

Los factores personales son en definitiva un gran riesgo para precipitar el consumo de drogas, por ejemplo; dificultad para expresar y manejar sentimientos, percepción inofensiva del riesgo sobre el consumo, disponer de dinero sin control. (Ruiz, 2020)

La dependencia emocional, situación que se relaciona con baja autoestima, euforia, autoconcepto negativo, tristeza, necesidad de afecto y contacto excesivo y además se asocia a un amor apasionado; es un factor que se ha relacionado a mayor riesgo de consumo de sustancias; en ambas situaciones, la dependencia emocional y la adicción, se utilizan vías cerebrales que son potentes liberadores de dopamina y mediante estudios se ha confirmado la relación que a mayor consumo de sustancias como cocaína, anfetaminas, tabaco, alcohol, entre

otros; mayor es el nivel de dependencia emocional también en los consumidores.

Por otra parte, el estilo de apego también se ha relacionado como predictor del consumo de sustancias. El apego es un mecanismo que se adquiere a temprana edad como forma para poder subsistir, primero se da con los padres y posteriormente con las personas que se van relacionando; cuando una persona desarrolla apego inseguro durante la infancia puede explicar por qué las personas dependientes de sustancias tienen dificultad para abandonar el consumo de las mismas. (Momeñe et al., 2021)

El apego inseguro puede ser con evitación o rechazo o tipo ambivalente. Un niño con apego inseguro evitativo muestra conductas evasivas y distanciamiento de la persona que le cuida y el cuidador se caracteriza por expresar molestia, enfado, oposición a las necesidades del niño y brinda poco contacto físico; por lo que el niño no aprende a explorar sentimientos y tiende a parecer independiente. Mientras que en el apego inseguro ambivalente el niño manifiesta ansiedad o protesta ante la separación con el cuidador; en ese caso el cuidador es una persona que se muestra indiferente ante las necesidades del niño y poco disponible para él, creando así una inseguridad respecto a lo que pueda pasar. (Sandí, 2019)

Por otra parte, el tipo de apego que se establece en la niñez puede influir en la capacidad que vaya a tener de adulto para regular el afecto. La regulación emocional es un factor a nivel personal que tiene como fin lograr las metas personales; por lo que la dificultad para realizar dicha regulación también es un factor de riesgo para el consumo de drogas, ya que van a presentar dificultad para controlar impulsos. En diversos estudios se ha visto cómo a mayor consumo de sustancias, mayor dificultad de regulación emocional. (Momeñe et al., 2021)

Otros factores de riesgo son la pobreza, disponibilidad y acceso a las drogas, ya sea en los centros educativos, hogares u otros y en adolescentes la falta de supervisión de los padres.

Es importante recalcar que algunos factores van a estar más presentes que otros dependiendo de la etapa de la vida en que se encuentre la persona; por ejemplo, durante la adolescencia es frecuente que, por presión del grupo de compañeros, otros lleguen a utilizar sustancias.

Entre mayor cantidad de factores de riesgo presente una persona, mayor es la probabilidad de caer en abuso de consumo de drogas; sin embargo, no todos van a llegar a usar drogas o caer en adicción. (NIDA, 2004).

2.8 ANFETAMINAS

Las drogas se clasifican en duras y blandas. Las blandas causan dependencia solo a nivel físico o psíquicas y además representan un menor riesgo para quien las consume, entre estas se encuentran las derivadas del cannabis; mientras que las drogas duras generan dependencia o adicción tanto física como psíquica, son muy adictivas y representan un mayor riesgo para la salud, entre esas se pueden mencionar la cocaína, los opioides y las anfetaminas. (Valdés et al., 2018)

Las anfetaminas se sintetizaron aproximadamente en el año 1877 y hasta el año 1932 se utilizaron con fines médicos como broncodilatador de forma inhalada, para el año 1930 se utilizaron para mejorar el rendimiento físico o intelectual en los consumidores. (Prosser & Perrone, 2018)

Son fármacos con acción simpaticomimética, tienen la característica de provocar en el sistema nervioso central efecto estimulante y de euforia. Existen algunas variantes producto de la sustitución en el anillo fenilo en la estructura, como la metanfetamina, metilendioxifetamina conocida como MDMA o éxtasis. (O'Malley & O'Malley, 2020)

Las anfetaminas son drogas, que se pueden clasificar en legales las cuales son consumidas bajo supervisión e indicación médica y también se encuentran de forma ilegal; se pueden encontrar

en distintas presentaciones.

Las anfetaminas ilegales se pueden encontrar en forma líquida, cristal, polvo, pastillas o cápsulas. Entre las más comunes, se pueden encontrar de forma “callejera” anfetaminas con distintos nombres, por ejemplo, elevadores, speed, whiz. A algunos derivados como la dextroanfetamina se le conoce como pep pills, kiddie speed, dexies; mientras que, a la metanfetamina, cuando es en presentación líquida se le conoce como sangre de buey, speed rojo, rojo líquido o también se puede encontrar de forma sólida (cristal) y se le dice wax, cristal, vidrio, hielo o whiz.

Tabla 1. Clasificación de las anfetaminas

Anfetaminas ilegales	Anfetaminas legales
<ul style="list-style-type: none">- Anfetamina: elevadores, speed, whiz.- Dextroanfetamina: pep pills, kiddie speed, dexies.- Metanfetamina: (forma líquida) sangre de buey, speed rojo, rojo líquido- Cristal: (forma sólida) wax, cristal, vidrio, helio o whiz.	<ul style="list-style-type: none">- Anfetamina- Dextroanfetamina

Fuente: elaboración propia.

Las anfetaminas se pueden consumir de distintas formas, ya sea vía oral, intravenosa, inhalada, frotada a través de encías o fumadas. El efecto de las mismas va a depender de la forma mediante la cual se consumen. Cuando toman vía oral, los efectos se pueden dar entre 15 a 20 minutos y es la vía que brinda mayor duración del efecto; si se consumen fumadas o intravenosas el efecto comienza de forma inmediata, es intenso y dura por varios minutos y por último si se consumen

de forma inhalada el efecto puede tardar de 3 a 5 minutos y durar por 15 a 30 minutos y es menos intenso. (Berger, 2020b)

2.8.1 Mecanismo de acción

El mecanismo de acción de dichas sustancias es a través del estímulo de los receptores alfa y beta adrenérgicos de modo que aumentan la liberación de catecolaminas por lo que hay un aumento de noradrenalina, dopamina y serotonina a nivel intersináptico. De esa forma es que genera los efectos “deseados” como mayor estado de euforia, alerta o anorexia. (*Anfetaminas - Temas especiales*, 2020)

El aumento de la liberación de dopamina conlleva un aumento en el espacio de sinapsis y produce un bloqueo de la recaptación, actúa muy similar a la cocaína, pero se fija a un sitio diferente, ya que la anfetamina puede penetrar la neurona y movilizar la dopamina desde el depósito citoplasmático.

El nivel elevado de dopamina a nivel del hipotálamo lateral regula el apetito, mientras que en la vía nigroestriada y mesolímbica es donde ejerce la característica psicoestimulante y gratificante que produce el consumo de anfetaminas.

Por otra parte, al aumentar la liberación de serotonina se inhibe la recaptación de la misma y genera también el efecto anorexígeno.

Por último, tras la liberación de la noradrenalina, esos neurotransmisores son llevados a las terminaciones nerviosas mediante la recaptación y ahí son llevadas mediante el transportador vesicular hasta el citoplasma; así es como se explica el efecto de disminución del cansancio, aumento en actividad motora y efectos sudoración, taquicardia y dificultad para miccionar. (Robledo, 2008)

2.8.2 Cinética

Las anfetaminas son sustancias lipofílicas que cruzan con facilidad la barrera hematoencefálica, debido a eso produce efectos rápidamente al ser inhalados o inyectados. Cuando se consumen vía oral alcanzan la concentración máxima aproximadamente en dos horas; además tienen un volumen de distribución aproximado de 3 a 6 litros por kilogramos.

El metabolismo es hepático y la eliminación se da principalmente por el riñón; al ser moléculas alcalinas, la excreción urinaria depende del pH, de modo que, en un medio de orina ácido, se ve favorecida la excreción. (Arnold & Ryan, 2022)

2.8.3 Efectos farmacológicos

Tras el consumo de sustancias como las anfetaminas, se producen distintos efectos en el organismo. A nivel del sistema nervioso central pueden provocar mejoría del rendimiento intelectual y a la hora de realizar tareas manuales, sensación de alerta y energía, disminuyen el cansancio, sueño y el hambre; mientras que a nivel periférico provoca a nivel cardiovascular, aumento de frecuencia cardíaca y vasoconstricción que conduce a un aumento en la presión arterial; nivel gastrointestinal produce disminución de secreciones y del peristaltismo. También produce contracción del músculo liso, generando midriasis y aumento de presión intraocular. Además tras la contracción del esfínter de la vejiga provoca la dificultad para poder miccionar. (Robledo, 2008)

2.8.4 Efectos adversos

Tras el consumo de anfetaminas se pueden presentar efectos adversos agudos como agitación, hipertensión, discinesias, taquicardia, psicosis y convulsiones. (*Amphetamine*, 2022)

Pueden afectar la memoria, dificultad para pensar con claridad, alteraciones del comportamiento, tornándose agresivos o violentos, problemas emocionales que pueden causar

depresión e incluso llevar al suicidio. (Berger, 2020b)

Entre los efectos adversos que se pueden presentar cuando se indican de forma médica, están; sequedad de boca, insomnio, sudoración, aturdimiento, estreñimiento, cefalea, ansiedad, náuseas, palpitaciones, parestesias, entre otros. (Palomares & Vera, 2013)

El uso crónico puede provocar insuficiencia cardiaca, cardiomiopatía, pérdida de peso, desnutrición, vasculitis en sistema nervioso central, enfermedades psiquiátricas como psicosis paranoide.

Si se consumen durante el embarazo puede provocar en el feto síntomas de abstinencia. (*Amphetamine*, 2022)

2.8.5 Usos legales de las anfetaminas

El uso legal de las anfetaminas es cuando se utilizan bajo receta médica para tratar condiciones como el Trastorno de hiperactividad por déficit de atención (THDA), la narcolepsia y la obesidad.

En el TDAH ayuda a controlar las acciones de los pacientes, a permanecer quietos o en silencio y se utilizan tanto en niños como adultos. (*Anfetamina*, 2020)

Otra condición en la que se prescriben las anfetaminas es la narcolepsia, también conocida como epilepsia del sueño; esta es una enfermedad subdiagnosticada de origen neurológico que se caracteriza por somnolencia durante el día de forma excesiva debido a la afectación del ciclo del sueño, de manera tal que afecta las relaciones sociales, interpersonales; puede ocasionar pérdida de autoestima y en algunas ocasiones ser hasta motivo de despido. (Gómez Cerdas, 2018)

También se utilizan para tratar la obesidad exógena; de modo que se prescriben en un periodo de 8 a 12 semanas y acompañadas de ejercicio y además una dieta reducida en calorías.

(Palomares & Vera, 2013)

2.8.6 Usos ilegales de las anfetaminas

Las anfetaminas ilegales son las que se utilizan sin receta médica con el objetivo de drogarse o obtener un mejor rendimiento y en ese caso es que pueden provocar adicción. (Berger, 2020)

2.8.7 Tolerancia y dependencia

El consumo de anfetaminas puede llevar al consumidor a desarrollar dependencia psicológica y física, también a afectar al consumidor a nivel social cuando se da en tratamientos por mucho tiempo o cuando hay abuso de las mismas. Es por eso que cuando se indican para el manejo de alguna condición médica, por ejemplo, para el tratamiento de obesidad, se recomienda reducir la dosis de forma gradual, para evitar síntomas de abstinencia. (Palomares & Vera, 2013)

A demás se puede desarrollar tolerancia cuando se da un consumo repetido de las mismas, requiriendo mayor dosis para poder conseguir el mismo nivel de efecto que el inicial. (Robledo, 2008)

2.9 INTOXICACIÓN POR ANFETAMINAS

2.9.1 Características clínicas

Cuando una persona ingiere exceso de anfetaminas va a presentar distintas características clínicas, la toxicidad se puede desarrollar desde el consumo de 1mg/kg aunque los consumidores crónicos pueden tolerar mayores dosis.

De forma general lo más característico es que el paciente presente signos de delirio agitado o exceso simpático como hipertensión, taquicardia, midriasis, hipertermia y diaforesis. A demás entre las alteraciones del estado mental se pueden mencionar las convulsiones, agitación, ansiedad o un comportamiento violento.

También como consecuencia, pueden sufrir complicaciones a nivel renal, muscular y sistema

gastrointestinal. Por lo general las causas de muerte pueden ser por arritmias, hemorragia intracerebral o hipertermia.

Dentro de las alteraciones electrolíticas se pueden encontrar hipermagnesemia, hipopotasemia y la hiponatremia que podría causar alteración profunda en el sistema nervioso central. (Arnold & Ryan, 2022)

Como consecuencia de la hiperactividad muscular se puede producir rabdomiólisis y acidosis metabólica. También se han documentado casos de disección aórtica y colitis isquémica tras el consumo de dichas sustancias. (Smollin & Olson, 2021)

El paciente se puede clasificar de acuerdo a los síntomas o signos que presente, en grados de envenenamiento, que van de leve a moderado y severo.

2.9.2 Envenenamiento leve a moderado.

El paciente puede presentar hiperactividad, hiperventilación, confusión, midriasis, diaforesis, náuseas, vómitos, dolor abdominal, dolor torácico, palpitaciones, taquicardia y cefalea.

2.9.3 Envenenamiento severo.

Se produce tras consumir dosis altas, por lo general de manera ilícita. Entre los síntomas que puede presentar el paciente se destacan, convulsiones, psicosis, delirio, paranoia, deshidratación, vasoespasmo, disección de aorta, colitis isquémica, insuficiencia renal o hepática, infarto de miocardio, neumotórax, accidente cerebrovascular, hipertermia que en ocasiones puede ser mayor de 40 grados desencadenando la muerte. (*Amphetamine*, 2022)

2.9.3 Diagnóstico

Inicialmente el diagnóstico debe ser clínico, basándose en los síntomas y signos con que se presenta el paciente, cuando se sospecha que hay intoxicación por anfetaminas se da el síndrome simpaticomimético que se caracteriza por presentar midriasis, taquipnea, taquicardia, agitación,

diaforesis, entre otros. (Prosser & Perrone, 2018)

Para el diagnóstico es importante tomar en cuenta los hallazgos en el examen físico y en la historia clínica pero cuando el antecedente por consumo de anfetaminas no es claro, se puede optar por realizar pruebas de detección de drogas en orina, sin embargo; las pruebas de inmunoensayo pueden dar resultados falsos positivos. (O'Malley & O'Malley, 2020)

Algunos ejemplos de sustancias que pueden dar falsos positivos son; tras el consumo de antihistamínicos, quetiapina, bupropión, antidepresivos tricíclicos entre otros. (Sohorabi, 2019).

2.9.4 Tratamiento

Para el manejo por envenenamiento o intoxicación por anfetaminas se deben tener en cuenta las medidas de urgencia y sostén; mantener la vía respiratoria permeable o ventilación asistida en caso de ser necesaria y reducción de la temperatura si presenta hipertermia. (Smollin & Olson, 2021)

Inicialmente se debe colocar accesos intravenosos (iv) y administrar oxígeno para tratar la hipoxia en el paciente. (Prosser & Perrone, 2018)

Para el manejo del envenenamiento según la clasificación mencionada, en los casos de toxicidad leve a moderado se debe mantener el control de la vía respiratoria, vigilar la respiración y circulación en el paciente; en ocasiones se puede administrar líquidos iv para manejar la deshidratación. Se puede indicar el uso de carbón vegetal si el consumo de anfetaminas ha sido reciente y si no hay riesgo de convulsión ni afectación de vía aérea.

Por otra parte, ante la toxicidad severa, se debe evitar que el paciente llegue a tener convulsiones, hipertermia, hipertensión maligna o rhabdomiólisis, se deben controlar los electrolitos y la creatinina del paciente. (*Amphetamine*, 2022)

A demás se debe dar tratamiento específico para abordar adecuadamente cada síntoma que

corresponde a los siguientes:

- Psicosis, agitación o convulsiones; se debe administrar una benzodiacepina como el diazepam de 5 a 10 mg o Lorazepam de 2 a 3 mg iv; si las convulsiones persisten se puede administrar 15 mg/kg de fenobarbital iv.
- Hipertensión; se debe tratar con un vasodilatador como fentolamina a una dosis de 1 a 5 mg iv. No se debe un beta bloqueador como el propanolol solo ya que podría agravar la hipertensión por el efecto adrenérgico.
- Taquicardia; se utiliza un beta bloqueador como el esmolol, a una dosis de 25 a 100 microgramos/kg/minuto iv. (Smollin & Olson, 2021)
- Hipertermia; se deben dar nebulizaciones frías, utilizar mantas de enfriamiento o abanicos para lograr reducir la temperatura del paciente. (Prosser & Perrone, 2018)
- Rabdomiólisis; para tratarla se administra solución salina al 0.9% iv. (*Amphetamine*, 2022)

2.10 PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS

Es importante prevenir el consumo de drogas desde edades tempranas, ya que entre más pronta sea la edad de inicio de consumo, mayor es el riesgo de producir adicción en la persona, por lo tanto, es necesario disminuir el riesgo.

A demás se debe recalcar que cuando el inicio de consumo se da en personas jóvenes; en ellas, el cerebro se encuentra todavía en desarrollo, por lo que hay mayor riesgo de afectar las funciones de zonas encargadas de controlar el comportamiento, aprendizaje, memoria, motivación y juicio; por eso la prevención es fundamental.

Si bien, existen factores sociales y culturales que influyen en la tendencia de consumo de drogas, hay evidencia de que cuando las personas conocen sobre el riesgo del consumo de drogas y lo

perciben como algo que puede resultar peligroso, reduce el nivel y riesgo de consumo. (NIDA, 2020)

También resulta de suma importancia considerar la prevención incluso del periodo prenatal, infancia temprana y adolescencia, ya que durante ese proceso es cuando el encéfalo atraviesa un cambio rápido incluyendo la formación de nuevas conexiones sinápticas y es a partir de los 5 años de edad que se descartan vías que no se usan y se refuerzan otras más importantes.

En edades tempranas es cuando también hay alta plasticidad sináptica, la sensibilidad a situaciones e influencias que se presentan en el ambiente es muy alta; debido a eso es una etapa con la oportunidad para poder intervenir en los factores de riesgo que podrían conducir al consumo de sustancias y drogas relacionadas y a demás a fortalecer los factores protectores.

Es imprescindible el uso de modelos basados en evidencia científica y que se adapten a la condición sociocultural y a la problemática a tratar. (Medina-Mora et al., 2018)

El escenario en que se desarrollan las personas se van a presentar eventos que van a ser determinantes, ya que cada persona adquiere las respuestas con base en los recursos sociales y personales que tenga, lo que exige la adaptación al ambiente y genera respuestas que resultan efectivas mientras que en otros no.

Las diferencias sociales llevan a que las personas exterioricen los potenciales y la vulnerabilidad, las cuales pueden generar conductas de riesgo y consumo de sustancias psicoactivas y otras.

La persona se conforma por tres dimensiones biopsicosociales que son la física, psíquica y la vinculación social. La estructura física se refiere al funcionamiento como tal, la actividad psíquica es la capacidad para razonar y dirigir la conducta y comportamiento y la tercera es la

vinculación social que se refiere a el establecimiento de relación con el medio que la rodea.

Cuando una persona se expone a angustia, dolor psíquico o físico, estrés, frustración o situaciones no resueltas; se generan vacíos existenciales y desarrollan una pseudo personalidad que en algunos se favorece con conductas adictivas, de formar que alivian la realidad sin enfrentarla. Por lo tanto, al fortalecer las competencias psicosociales puede ayudar a que las personas transformen el entorno de manera favorable y alcanzar bienestar en las tres esferas. (Ureña & Porras, 2020)

2.10.1 Identificar factores de riesgo

Para poder prevenir el consumo de drogas es importante identificar los factores de riesgo de las personas, por ejemplo, en los factores personales; cuando una persona vive en un ambiente más vulnerable, con trastorno de ansiedad, afecto o presenta un factor hereditario; se deben realizar intervenciones para poder ayudar a desarrollar habilidades emocionales de forma que se pueda reducir la posibilidad de que busquen el consumo de sustancias como manera de escape. (Medina-Mora et al., 2018)

2.10.2 Habilidades y desarrollo de competencias psicosociales.

Para prevenir el consumo de sustancias psicoactivas; es necesario fortalecer las competencias psicosociales que se asocian con factores de protección ante conductas de riesgo. Dichas competencias y habilidades se clasifican en tres, habilidades sociales, cognitivas y para el control de emociones.

En las habilidades sociales es importante desarrollar comunicación asertiva, negociación, empatía, capacidad de cooperación. Para las habilidades cognitivas es importante el desarrollo de autonomía, autoestima, comprensión de consecuencias, solución a problemas, entre otros.

Mientras que, para el desarrollo de habilidades para el control de emociones, como el manejo

del estrés, control y comprensión de sentimientos. Dichas habilidades se adquieren desde el nacimiento, es por eso que resulta necesaria la educación parental para que idealmente inicien la enseñanza desde temprana edad e ir fortaleciendo el proceso de evolución. (Ureña & Porras, 2020)

2.10.3 Factores de protección

En el adolescente: a nivel familiar se puede reforzar la comunicación fluida, el apego y fortalecer el desarrollo de relaciones armoniosas.

Factores escolares: hacen referencia a fomentar el apego educativo y generar una buena relación con los docentes. (Losada, 2018)

Para la prevención del consumo de drogas en todas las edades es importante que exista un trabajo en coordinación con organizaciones tanto gubernamentales como no gubernamentales, para poder ofrecer los servicios desde distintos enfoques, dependiendo de la población meta y basarse en métodos con evidencia científica para poder tomar decisiones y formas políticas con enfoque de salud pública centrado en la persona, en la salud física y mental. (Ureña & Porras, 2020)

CAPÍTULO III
MARCO METODOLÓGICO

3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

El enfoque cuantitativo de la investigación busca ser objetivo, es donde se realiza el vínculo matemático con el de conteo numérico para poder establecer y entender determinados fenómenos del objeto en estudio para apoyar la hipótesis y poder transpolar los resultados a la población de forma general. (Hernández Sampieri, 2018)

En el trabajo, utilizando el enfoque cuantitativo, mediante el uso del GBD se da la recolección de datos importantes y necesarios para poder determinar la mortalidad y carga de la enfermedad por consumo de anfetaminas en Costa Rica desde 1990 al 2019.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación es de tipo descriptivo, por lo que busca poder describir los hechos tomando en cuenta bases de datos y las estadísticas a nivel nacional, que van contribuir a determinar la mortalidad y carga de la enfermedad por consumo de anfetaminas en Costa Rica.

3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO

Personas que consumen o han fallecido tras el consumo de anfetaminas en Costa Rica desde 1990 al 2019.

Área de estudio

Costa Rica, país en América Central que cuenta con un territorio de 51 180 km² y consta de 7 provincias. En el límite norte se encuentra Nicaragua, al sur limita con Panamá, mientras que al este limita con el mar Caribe y al oeste el océano Pacífico.

Fuentes secundarias

Se utilizarán fuentes secundarias basadas en los datos del GBD y el IAFA

3.3.1 Población

Se tomará en cuenta hombres y mujeres con edad mayor o igual a quince años y setenta o más

años, entre 1990 y 2019.

3.3.2 Muestra

Para el desarrollo del estudio no se recolectarán ni se utilizarán muestras.

3.3.3 Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de inclusión

Hombres y mujeres que consumen anfetaminas y tengan una edad igual o mayor de 15 años en Costa Rica, 1990 – 2019.

Criterios de exclusión

No se presentan criterios de exclusión.

3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La información para realizar la investigación se va a obtener a través del GBD. Mediante esa herramienta se obtienen datos que sirven para poder cuantificar la pérdida de salud causada por enfermedades con lo cual se puede dar apoyo para mejorar los sistemas de salud (*About GBD*, 2014)

3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

En los estudios no experimentales no se manipulan las variables, se miden y observan fenómenos ya existentes y cómo estos se desarrollan de forma natural.

Los estudios longitudinales son los que realizan mediciones sobre situaciones que se van dando a través del tiempo, registrando los cambios y la evolución de eventos para saber la relación entre los mismos. (Hernández Sampieri, 2018)

Por lo que la investigación que se realiza es no experimental de tipo longitudinal en la que para desarrollarla se van a recolectar los datos necesarios existentes de 1990 hasta el 2019.

3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tabla 2

Operacionalización de variables

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
Conocer la incidencia del consumo de anfetaminas en Costa Rica 1990-2019.	Incidencia del consumo de anfetaminas en Costa Rica 1990-2019.	Casos nuevos por una enfermedad, síntoma, lesión o muerte durante un período de tiempo determinado.	Casos nuevos por consumo de anfetaminas durante un periodo de tiempo.	Tasa de incidencia.	Población.	GBD
Identificar la prevalencia de consumo de anfetaminas en Costa Rica 1990-2019.	Prevalencia de consumo de anfetaminas en Costa Rica 1990-2019.	Prevalencia del consumo de anfetaminas en Costa Rica, 1990 - 2019.	Cantidad de personas, registradas por consumo de anfetaminas en una población determinada.	Tasa de prevalencia.	Población.	GBD
Describir los años de	Años de vida	Indican la carga de	Es la suma de años	Años de vida	Años de vida	GBD

vida ajustados por discapacidad tras consumo de anfetaminas en Costa Rica 1990-2019.	ajustados por discapacidad tras consumo de anfetaminas en Costa Rica 1990-2019.	enfermedad a nivel poblacional, además brindan información sobre consecuencias mortales y no mortales.	vividos con discapacidad y los años de vida perdidos con muerte prematura.	ajustados por discapacidad.	ajustados por discapacidad.	
Determinar la mortalidad por consumo de anfetaminas en Costa Rica 1990-2019.	Mortalidad por consumo de anfetaminas en Costa Rica 1990-2019.	Defunciones en un territorio en un período determinado.	Defunciones por consumo de anfetaminas entre el total de la población.	Mortalidad	Defunciones	GBD

Fuente: Elaboración propia.

3.7 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para poder ver la evolución de la mortalidad y carga de enfermedad por consumo de anfetaminas en Costa Rica desde 1990 al 2019 se recolecta la información a través del GBD, el cual es una herramienta que cuenta con la información necesaria para poder hacerlo.

Para conocer la carga de la enfermedad se toman en cuenta aspectos como la incidencia, prevalencia y años de vida ajustados por discapacidad, datos que serán tomados del GBD al igual que los de mortalidad.

3.8 ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS

Los datos que se obtengan mediante la búsqueda serán utilizados en un documento de Microsoft Excel.

Posteriormente, a través del mismo programa, se generarán gráficos para poder tener una mejor visualización de los datos y poder entender mejor el proceso de evolución de la mortalidad y carga de la enfermedad en Costa Rica.

Cada gráfico será realizado con relación a la incidencia, prevalencia, años de vida ajustados por discapacidad y la mortalidad.

Luego de lo anterior, se realizará un documento de Microsoft Word, en donde se discutirán y además interpretarán los resultados.

3.9 ANÁLISIS DE LOS DATOS

Para proceder con el análisis del trabajo con la información, se va a estudiar a la población que en el momento en que se realiza el estudio sea mayor de 15 años. Según los datos del GBD es a partir de esa edad que se cuenta con los primeros registros relacionados a la incidencia, prevalencia, años de vida ajustados por discapacidad y mortalidad por el consumo de anfetaminas en Costa Rica.

Para realizar lo anterior, la población se va a dividir por grupos etarios que son, de 15 a 49 años, también de 50 a 69 años y con 70 años o más. A demás se va a dividir entre hombres y mujeres. Se inicia con el análisis de los datos para poder determinar la carga de la enfermedad, se utiliza el amplificador de 100.000 para obtener la tasa por cada 100.000 habitantes. Posteriormente se va a calcular la mortalidad y para esta igualmente se utiliza de amplificador 100.000 con el fin de poder obtener una tasa por cada 100.000 habitantes.

Las fórmulas por utilizar son:

- Incidencia

$$\text{Tasa de incidencia} = \frac{\text{Número de casos nuevos}}{\text{Total de población}} \times 100.000$$

- Prevalencia

$$\text{Tasa de prevalencia} = \frac{\text{Número de casos existentes}}{\text{Total de población}} \times 100.000$$

- Años de vida ajustados por discapacidad

$$\text{Años de vida ajustados por discapacidad} = \frac{\text{Años de vida vividos con discapacidad} + \text{Años de vida potencialmente perdidos}}{\text{Total de población}}$$

- Mortalidad

$$\text{Tasa de mortalidad} = \frac{\text{Número de muertes}}{\text{Total de población}} \times 100.000$$

- Desviación estándar

$$S = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^N (X_i - X)^2}{N}}$$

S: Desviación estándar

Σ : Suma de

X_i : Valor de un conjunto de datos

X : Media del conjunto de datos

N: Número de los datos

- Promedio

$$Ma = \frac{x_1 + x_2 + \dots + x_n}{n}$$

Ma: Media aritmética

$x_1 + x_2 + \dots + x_n$: suma de términos numéricos

n: Número total de términos numéricos.

CAPÍTULO IV
PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

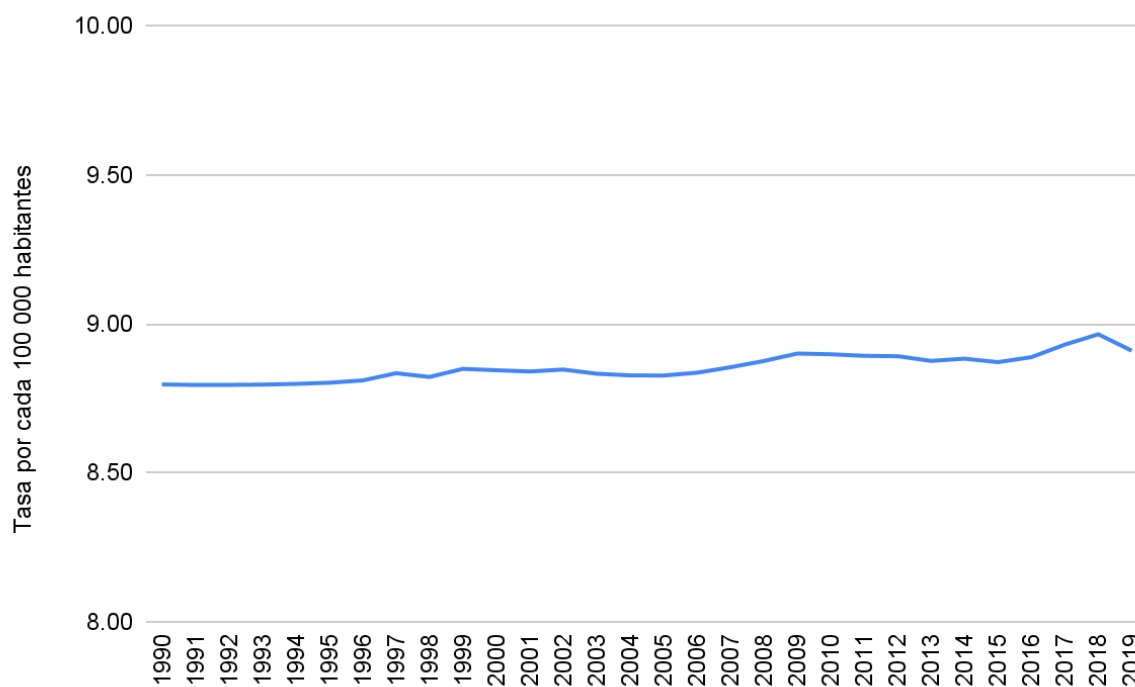


Figura 1: Incidencia total según tasa estandarizada por consumo de anfetaminas en Costa Rica de 1990 a 2019.

Fuente: elaboración propia con datos del GBD.

En la gráfica anterior se puede observar que la incidencia por consumo de anfetaminas en la población costarricense ha tenido un aumento que corresponde al 1.29% desde 1990 al 2019.

Siendo una tasa de 8,80 durante el año 1990 y de 8,91 por cada 100,000 habitantes

durante el año 2019.

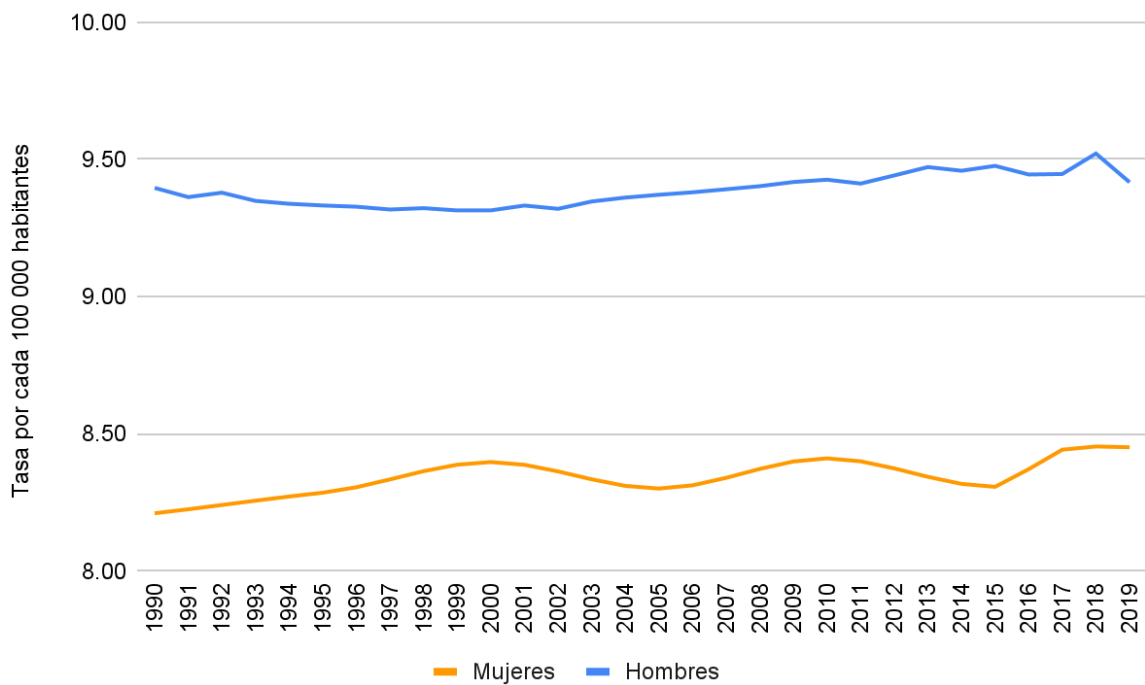


Figura 2: Incidencia en ambos sexos de consumo de anfetaminas en Costa Rica de 1990 al 2019, según tasa estandarizada.

Fuente: elaboración propia con datos del GBD.

En la gráfica anterior se puede observar que la incidencia por consumo de anfetaminas es mayor en hombres costarricenses. Sin embargo, en mujeres la incidencia ha ido en aumento en 2.9% desde 1990 al 2019.

En cuanto a la incidencia por consumo de anfetaminas en Costa Rica desde el año 1990 al 2019 por grupos etarios, en el rango 50 a 69 años, el promedio de la tasa de consumo ha sido de 2,57 con una desviación estándar de 0,03. Mientras que en el grupo etario de personas con 70 o más años, la tasa de consumo ha sido de 1,46 con una desviación estándar de 0,01 por cada 100.000 habitantes, lo cual indica que no muestran cambios significativos en el tiempo. Por otra parte, si se observa mayor variabilidad en el grupo etario de 15 a 49 años, tal y como se muestra en la siguiente gráfica:

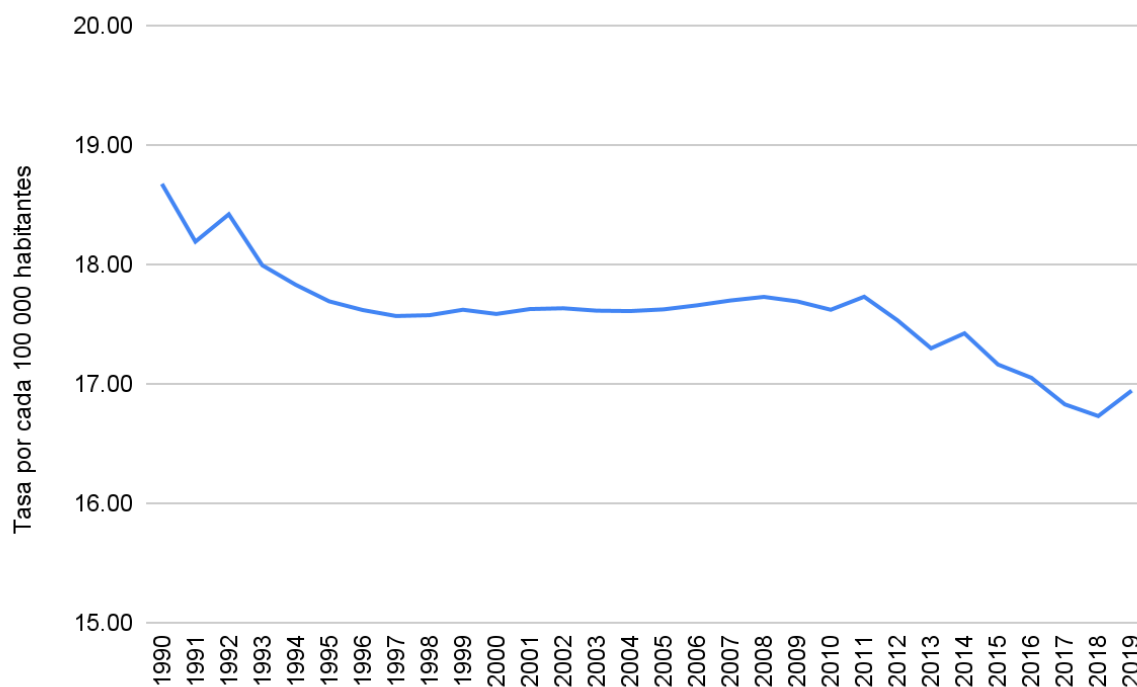


Figura 3: Incidencia de consumo de anfetaminas en Costa Rica de 1990 a 2019 según la tasa estandarizada del grupo etario de 15 a 49 años.

Fuente: elaboración propia con datos del GBD.

En la gráfica anterior se muestra que el grupo etario de 15 a 49 años a pesar de ser el que tiene la mayor incidencia, ha presentado un descenso del 9,27% en la misma desde 1990 al 2019.

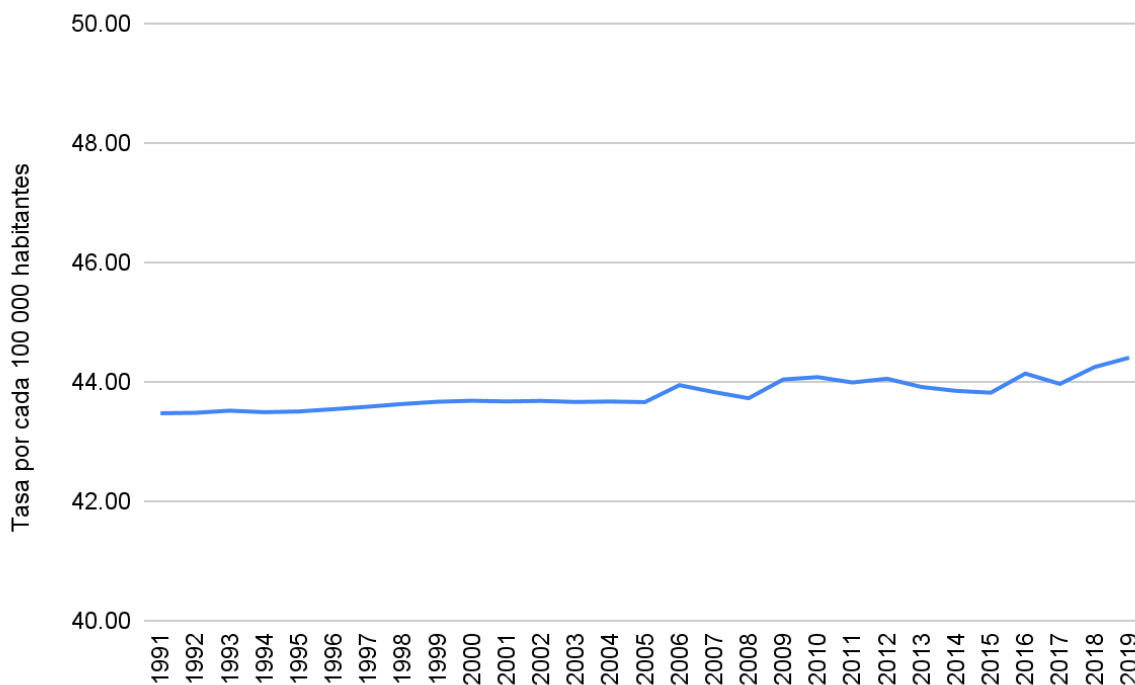


Figura 4: Prevalencia total de consumo de anfetaminas en Costa Rica de 1990 a 2019.

Fuente: elaboración propia con datos del GBD.

La gráfica anterior muestra que la prevalencia total por consumo de anfetaminas en la población costarricense ha presentado leve aumento a través del tiempo que equivale a 2,9% de 1990 al 2019. A demás se muestra que el 2019 ha sido el año con la mayor tasa de prevalencia, siendo de 44,41 por cada 100.000 habitantes.

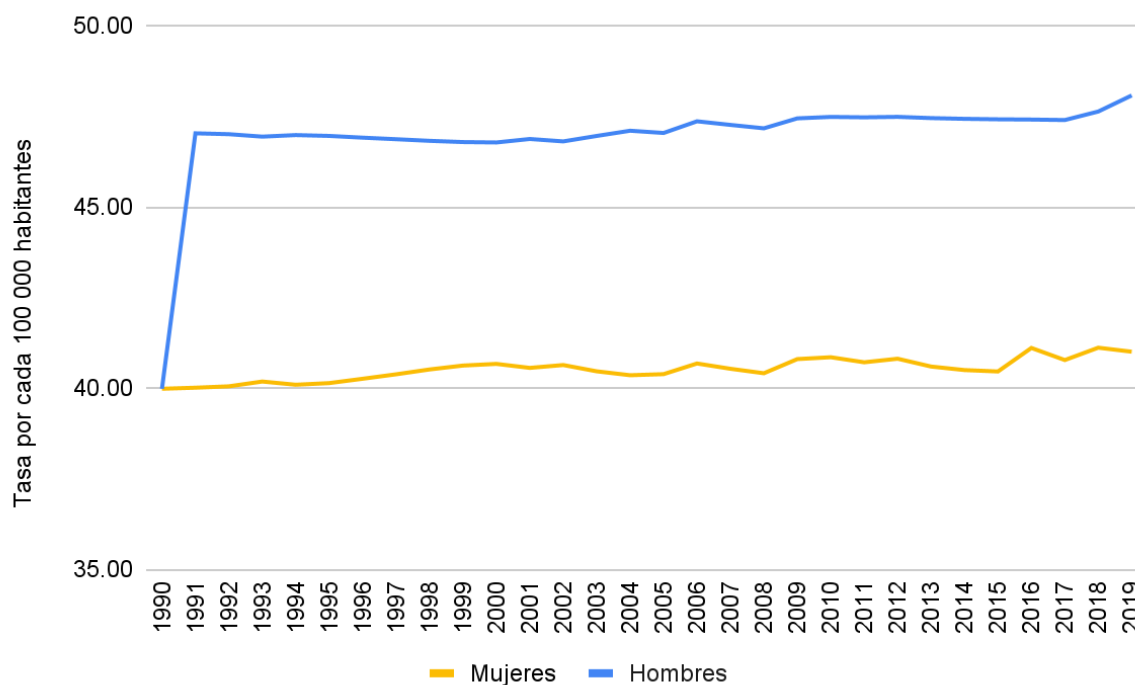


Figura 5: Prevalencia en ambos sexos por consumo de anfetaminas en Costa Rica de 1990 a 2019.

Fuente: elaboración propia con datos del GBD.

En el año 1990 la tasa de prevalencia en ambos sexos era de 39,98 por cada 100.000 habitantes. Pero como se observa en la gráfica, fue en el año 1991 cuando la prevalencia empezó a ser marcadamente mayor en hombres con una tasa de 47,03 por cada 100.000 habitantes, mientras que en mujeres se ha mantenido muy estable a través del tiempo, pero tendiendo al aumento.

En cuanto a la prevalencia por consumo de anfetaminas en Costa Rica, desde el año 1990 al 2019 por grupos etarios, en el rango 50 a 69 años, el promedio de la tasa de consumo ha sido de 11,74 con una desviación estándar de 0,13. Mientras que en el grupo etario de personas con 70 o más años, el promedio de la tasa de prevalencia ha sido de 6,14 con una desviación estándar de 0,05 por cada 100.000 habitantes, lo cual indica que no muestran cambios significativos en

el tiempo. Por otra parte se observa mayor variabilidad en el grupo etario de 15 a 49 años, tal y como se muestra en la siguiente gráfica:

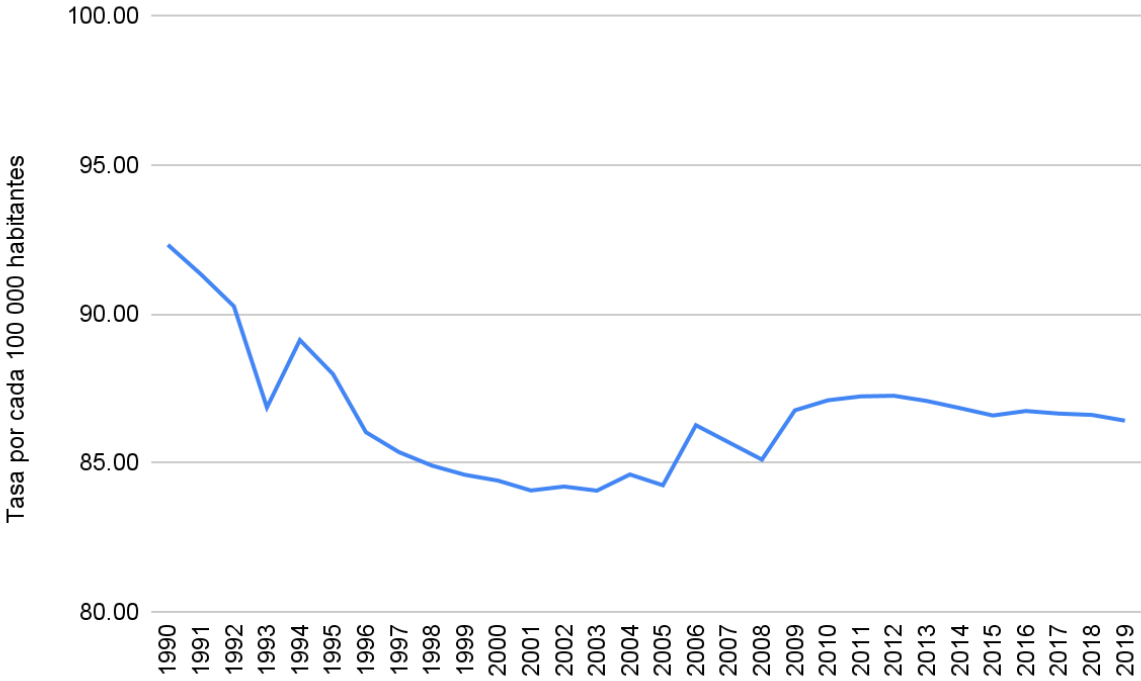


Figura 6: Prevalencia por consumo de anfetaminas en Costa Rica de 1990 a 2019, según el grupo etario de 15 a 49 años.

Fuente: elaboración propia con datos del GBD.

La mayor tasa de prevalencia por consumo de anfetaminas en los costarricenses entre los 15 y 49 años ha sido durante el año 1990, cuando la misma fue de 92,31 por cada 100.000 habitantes, sin embargo la misma comenzó a disminuir posteriormente.

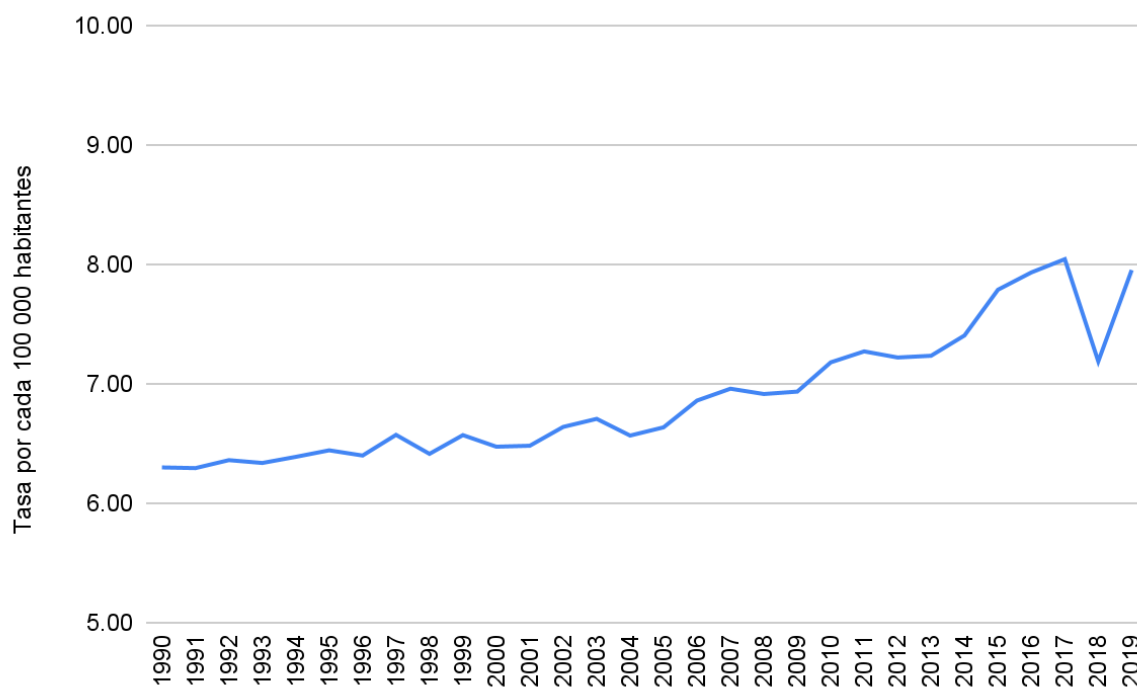


Figura 7: Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) totales, según tasa estandarizada por consumo de anfetaminas en Costa Rica 1990-2019.

Fuente: elaboración propia con datos del GBD.

Como se evidencia en la gráfica anterior, los AVAD han ido en aumento a través del tiempo y ha sido durante el año 2017 que se ha presentado la mayor tasa que corresponde a 8,04 por cada 100.000 habitantes; posterior a ese año, en el 2018 hubo un evidente descenso en los AVAD a 7,19 pero en el 2019 la volvió a aumentar a 7,95 por cada 100.000 habitantes.

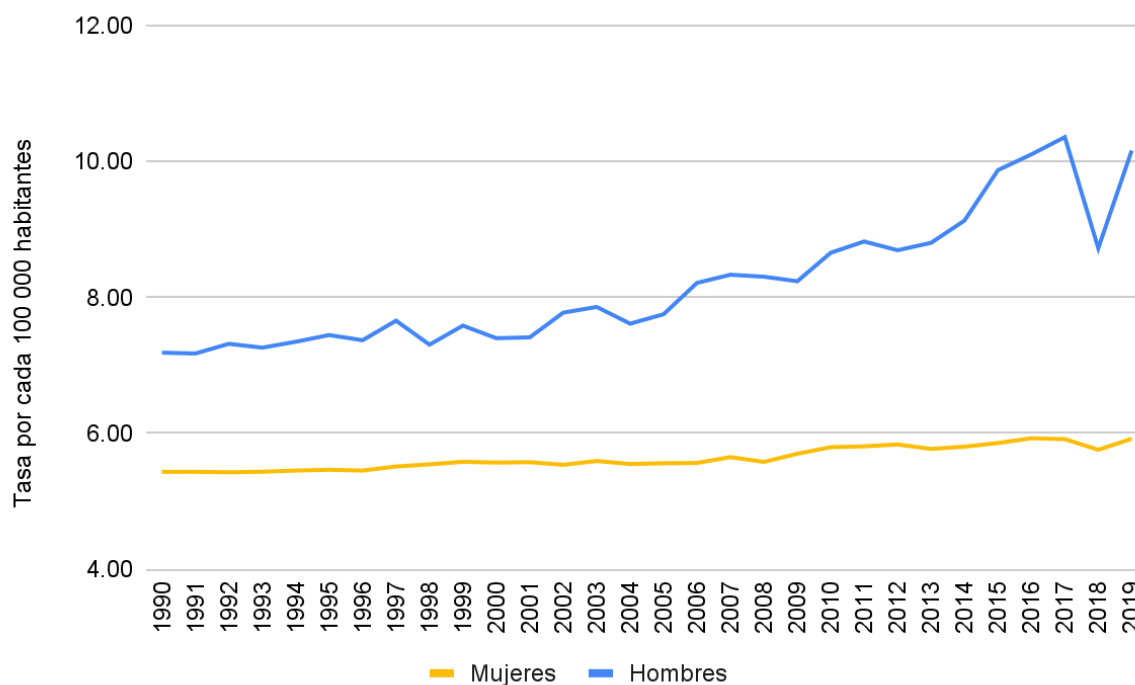


Figura 8: Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), en ambos sexos según tasa estandarizada por consumo de anfetaminas en Costa Rica 1990-2019.

Fuente: elaboración propia con datos del GBD.

Según la gráfica anterior a través del tiempo la tasa de AVAD en los costarricenses, por consumo de anfetaminas, ha sido mayor en hombres que en mujeres, además en ambos la tasa ha tendido hacia el aumento. En hombres se presenta mayor variabilidad, la tasa más alta ha sido en el año 2017 donde fue de 10,36 sin embargo, aunque presentó un descenso para el año 2018, durante el 2019 volvió a aumentar alcanzando una tasa de 10,16 por cada 100.000 habitantes. Mientras que en las mujeres ha sido más estable a través del tiempo, pero la mayor tasa se ha alcanzado en los años 2017 y 2019 que ha sido de 5,91 por cada 100.000 habitantes.

En cuanto a AVAD por consumo de anfetaminas en los costarricenses, según grupo etario desde 1990 al 2019, la tasa en el grupo de personas mayores de 70 ha sido muy estable y sin cambios

significativos en el tiempo, en promedio de 0.87 por cada 100.000 habitantes con una desviación estándar de 0,01. Mientras que en los otros dos grupos se ha presentado mayor variabilidad, tal y como se muestra en la siguiente gráfica:

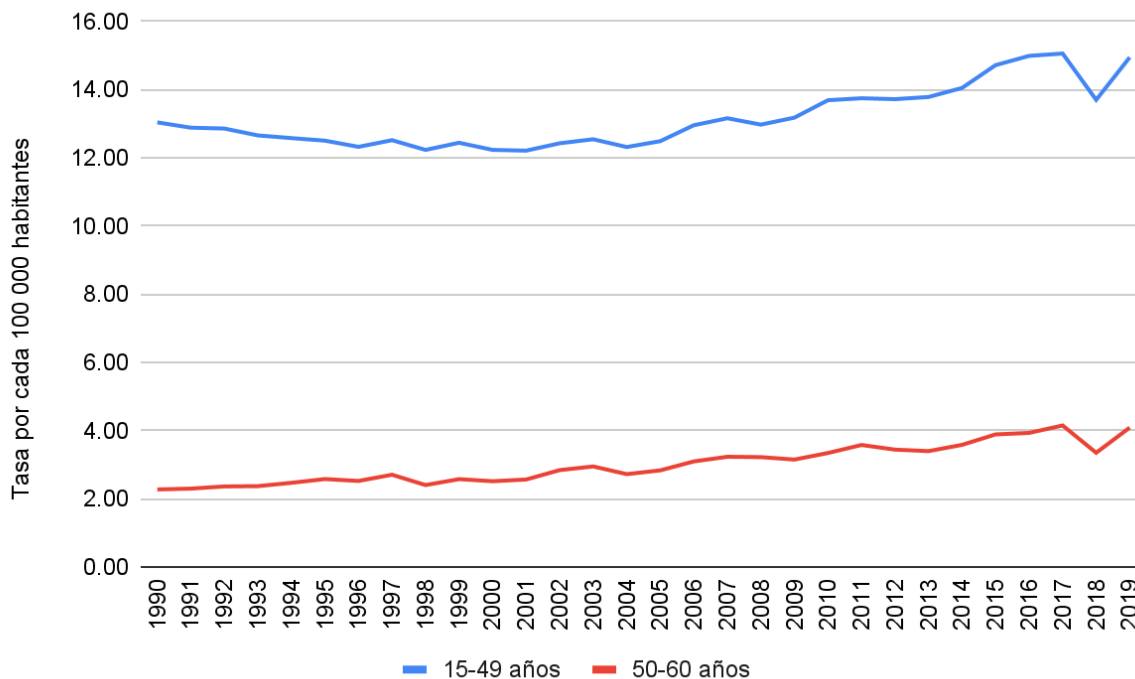


Figura 9: Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) por consumo de anfetaminas en Costa Rica según grupo etario, 1990-2019.

Fuente: elaboración propia con datos del GBD.

En el grupo etario de 15 a 49 años, es donde se ha presentado la mayor tasa de AVAD, la cual ha sido en promedio de 13,16 además en ese grupo se muestra un leve aumento de AVAD a través del tiempo, en donde la tasa más alta se ha presentado durante el año 2017 que fue de 15,06 con descenso posterior a 13,70 pero en el año 2019 aumentó nuevamente a 14,95 por cada 100.000 habitantes.

Mientras que para las personas en el grupo etario de 50 a 60 años, la tasa de AVAD ha sido en promedio de 3.02 y al igual que el grupo anterior, ha tendido a ir en aumento a través del tiempo, mostrando la mayor tasa de AVAD durante el año 2017 de 4,15, la cual también tuvo un descenso durante el año 2018 a 3,35 y para el año 2019 la tasa aumentó nuevamente a 4,09 por cada 100.000 habitantes.

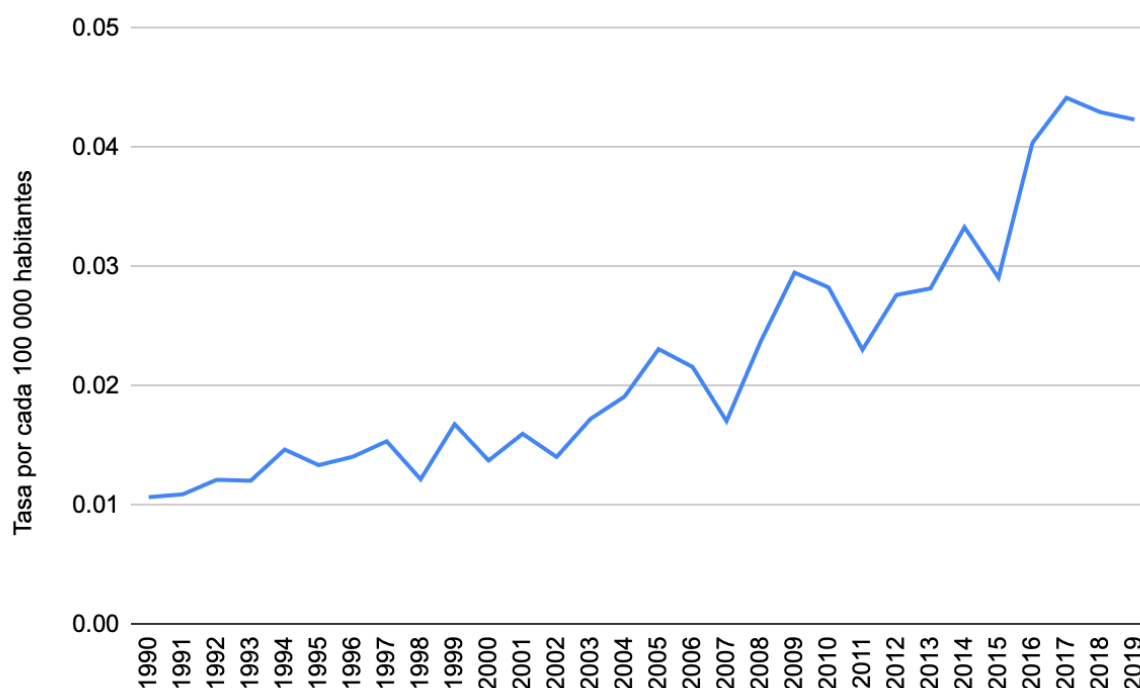


Figura 10: Mortalidad total por consumo de anfetaminas en Costa Rica 1990-2019, según tasa estandarizada.

Fuente: elaboración propia con datos del GBD.

En la gráfica se muestra que la mortalidad por consumo de anfetaminas en los costarricenses ha tenido variabilidad a través del tiempo y que además tiende a ir en aumento. Durante el año 1990 la tasa fue de 0,01 mientras que para el 2019 aumentó a 0,04 por cada 100.000 habitantes.

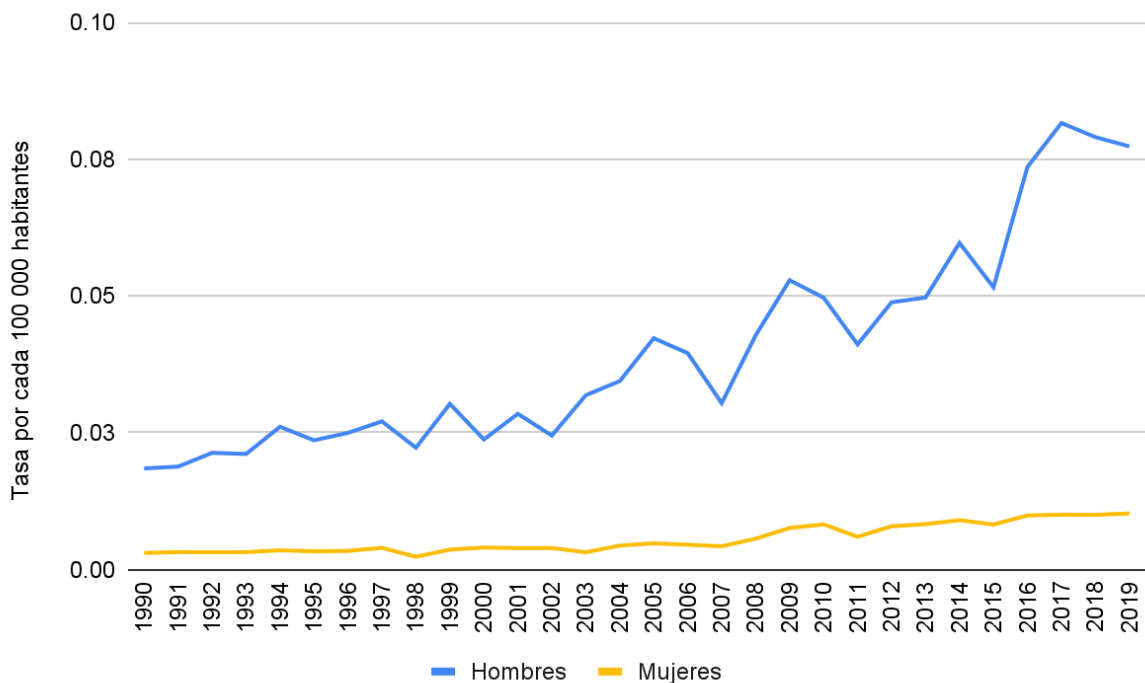


Figura 11: Mortalidad en ambos sexos por consumo de anfetaminas en Costa Rica 1990-2019, según tasa estandarizada.

Fuente: elaboración propia con datos del GBD.

Mediante la gráfica anterior se puede observar que la tasa de mortalidad por consumo de anfetaminas a través del tiempo ha sido mayor en hombres que en mujeres y que ambas muestran leve aumento en el tiempo. Además la tasa de mortalidad en hombres ha mostrado mayor variabilidad que en las mujeres y la tasa de mortalidad en hombres más alta ha sido durante el año 2017 mientras que en las mujeres la mayor tasa de mortalidad se ha observado durante el 2017, 2018 y 2019.

La mortalidad por anfetaminas en los costarricenses del grupo etario con 70 años o más, ha sido en promedio de 0,0009 y no ha presentado cambios importantes a través del tiempo, sin embargo, en los otros dos grupos si ha habido mayor variabilidad tal y como se muestra en la

siguiente gráfica:

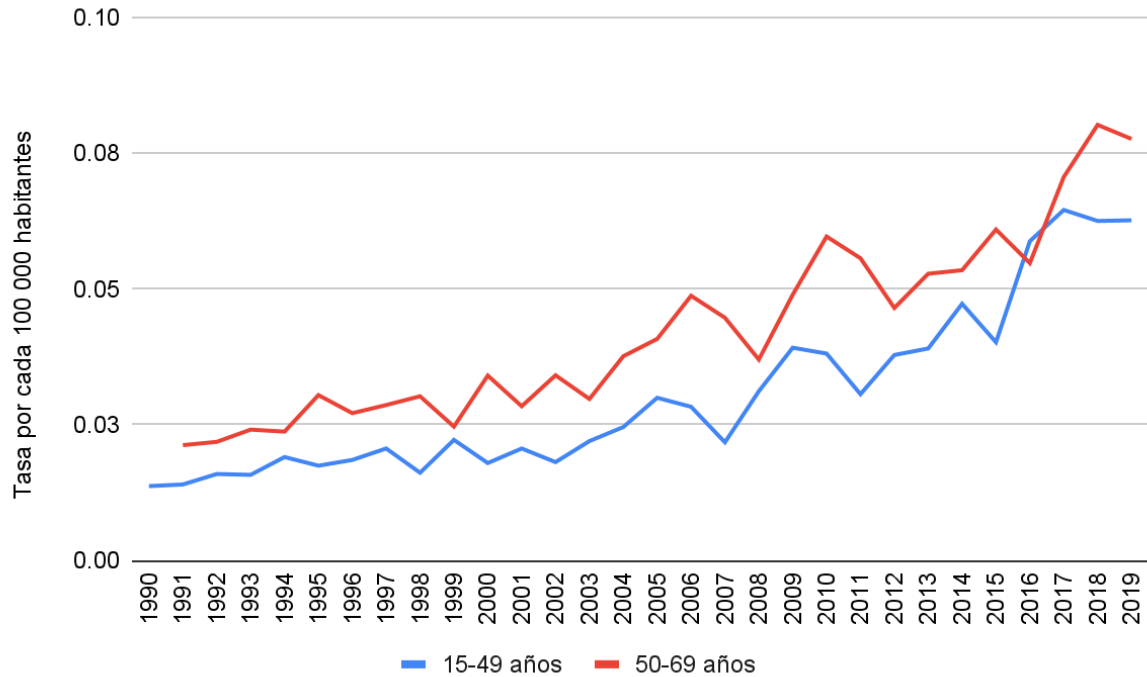


Figura 12: Mortalidad por consumo de anfetaminas en Costa Rica 1990-2019, según grupo etario.

Fuente: elaboración propia con datos del GBD.

El grupo etario con mayor tasa de mortalidad por consumo de anfetaminas a través del tiempo ha sido de 50 a 69 años con una tasa promedio de 0,04 por cada 100.000 habitantes, además las tasas más altas se han presentado durante los años 2018 y 2019 que corresponde a 0.07 y 0.08 respectivamente. Mientras tanto, el grupo etario de 15 a 49 ha tenido en promedio una tasa de 0,03 por cada 100.000 habitantes.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

5.1 DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

El consumo de sustancias psicoactivas en la población mundial se estima que es de 80 a 90% y de eso aproximadamente el 15% de consumidores pueden generar dependencia, la cual es importante catalogar como un trastorno neuropsiquiátrico inducido por el uso repetitivo de la sustancia junto con factores psicosociales y neurobiológicos que hacen que el consumidor presente vulnerabilidad a la misma. (Sequeira Cordero et al., 2021)

En Costa Rica, según los datos analizados, la incidencia ha tenido un leve aumento según lo observado desde 1990 al 2019. Lo anterior puede deberse al surgimiento de la facilidad para adquirir las sustancias a través del uso de tecnologías como de la web lo que conlleva a que las drogas estén más disponibles y accesibles, generando cambios en los patrones de consumo. (Hansford, 2021)

Entre los costarricenses, el género masculino es el que presenta mayores tasas de incidencia, prevalencia, AVAD y mortalidad; lo cual puede deberse al contexto cultural del país, como consecuencia del modelo hegemónico, el cual dicta los mandatos u órdenes sociales de masculinidad y feminidad. En dicho modelo se da la construcción social de roles de género, en la que los hombres se les dice que son “más arriesgados, desconectados de las emociones, fuertes” y hasta que la agresividad forma parte de su masculinidad; además en dicho modelo, el consumo de drogas y sustancias influye en hombres de manera que lastimosamente en algunos contextos continúa siendo “patrimonio de la masculinidad” debido a las características que la sociedad les dicta. (Vicent, 2016)

Por otra parte, el que, en Costa Rica, las mujeres tengan tasas más bajas de consumo, puede ser porque según el mismo contexto cultural y el modelo hegemónico, socialmente les sanciona más por el consumo de sustancias.

Sin embargo, se evidencia que a pesar de ser menor, en las mujeres costarricenses ha habido un aumento en el consumo de anfetaminas desde 1990 al 2019; lo anterior puede deberse a que el acceso a sustancias para mujeres está aumentando y que además va surgiendo la “feminización del consumo de drogas” lo que hace que la brecha de consumo se vaya acortando y se espera que continúe de esa manera. (Vicent, 2016).

Lo anterior también puede deberse a que tras la reducción de la desigualdad de género algunas mujeres empezaron a adquirir conductas de riesgo consideradas tradicionalmente masculinas como el uso de drogas. (Sánchez Pardo, 2012)

Se observa que la prevalencia en el consumo de anfetaminas ha ido en aumento a través de los años desde 1990 al 2019, eso probablemente porque el acceso a las mismas sea cada vez más fácil. (Méndez, 2018)

Pese al aumento en la prevalencia en general que se mostró en los datos, hubo un descenso en la misma en el grupo etario de 15 a 49, esto probablemente gracias a los esfuerzos del IAFA mediante la prevención y reducción de daños en las personas en los consumidores. (*Prevención De Riesgos Y Reducción De Daños*, 2022)

En cuanto a los grupos etarios, según reportes científicos se ha determinado que el inicio de consumo de sustancias se da principalmente entre los adolescentes y jóvenes de 13 a 25 años, debido que presentan mayor riesgo y vulnerabilidad por la interacción de varios aspectos psicosociales como por ejemplo el nivel neurobiológico todavía se encuentra inmaduro por lo que pueden mostrar conductas temerarias, errores de juicio que suelen ser considerados “característicos” de la adolescencia, además de ser más impulsivos. Lo anterior los lleva a

situaciones en las que no pueden manejar adecuadamente las emociones o la toma de decisiones, tras la presión de los grupos pares o presión social. (Tena-Suck et al., 2018)

Lo mismo podemos ver en Costa Rica mediante los resultados obtenidos, en el grupo etario de personas más jóvenes que corresponde de 15 a 49 años, probablemente al presentar mayor vulnerabilidad, es donde se da la mayor tasa incidencia, prevalencia y años de vida ajustados por discapacidad tras el consumo de anfetaminas.

El uso problemático de sustancias se debe tomar como un problema de salud pública que afecta las esferas social, política y económica. Y aunque parezca que es poco, representa una cantidad no despreciable de personas afectadas o que lo serán durante el paso de los años. (Sequeira Cordero et al., 2021)

Como se observa en los datos presentados, es importante tomar en cuenta desde el campo de la salud pública, la tasa de años de vida ajustados por discapacidad por el consumo de anfetaminas ha ido aumentando a través del tiempo. Lo anterior es importante ya que tras el consumo de sustancias psicoactivas hay grandes comorbilidades por ejemplo neurológicas como los trastornos neurocognitivos o accidentes cerebrovasculares; enfermedades infectocontagiosas como la hepatitis C o el virus de la inmunodeficiencia humana; psiquiátricas como los trastornos de ansiedad o de conducta; los cuales implican grandes costos médicos y sociales. (Sequeira Cordero et al., 2021)

En Costa Rica, a través de los datos mostrados también se evidencia que durante los últimos años la mortalidad por consumo de anfetaminas ha ido en aumento. Usualmente se tiende a hablar del consumo por drogas individuales, pero lo cierto es que normalmente los usuarios utilizan varias drogas a la vez y la mortalidad por lo general se debe al consumo combinado

entre ellas. Actualmente el aumento de muertes por consumo de anfetaminas como la metanfetamina junto con la cocaína evidencian que ya no es solo una crisis por opioides sino una crisis de sobredosis y drogadicción. (Volkow, 2020)

Según las estadísticas de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), a partir del 2009 hubo un aumento abrupto en el consumo de anfetaminas y se evidencia que en el 2019 aumentó diez veces la mortalidad por sobredosis tras el consumo de esas, con un registro de más de 16,500 casos de muertes, cifra muy similar a la de la cocaína. (Volkow, 2020)

Cabe destacar que el consumo de sustancias es una situación muy estigmatizada y juzgada por la sociedad, tanto en hombres como mujeres; sin embargo, en las mujeres a pesar de representar un tercio de las personas que consumen sustancias en el mundo, solo representan una quinta parte de los que reciben tratamiento y en ocasiones prefieren no buscar tratamiento por miedo a ser juzgadas y en caso de ser madres, por miedo a perder los derechos de custodia. A demás debido a los estereotipos y roles de género en la sociedad, las mujeres tienden a ser fuertemente sancionadas al no “cumplir con su rol” tradicional por lo que terminan siendo invisibles y asumen mayores pérdidas económicas, sociales y de salud. (Hölge, 2020)

Por otra parte, según el Reporte Mundial de Drogas 2020 son más de 3.6 millones de personas con problemas por consumo de sustancias, pero sólo una de cada ocho puede tener acceso a rehabilitación y tratamiento. Debido a eso es importante poder contar con medios para que más personas tengan acceso a atención de calidad para tratar su condición y garantizar el respeto por los derechos humanos. (Olvera Hernández, 2021)

CAPÍTULO VI
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

- La incidencia por consumo de anfetaminas en Costa Rica es mayor en los hombres costarricenses debido a aspectos culturales. Sin embargo, cabe resaltar que tras los cambios que se van dando en la dinámica social, en mujeres la incidencia ha aumentado en 2.9% desde 1990 al 2019.
- En cuanto a la prevalencia total al igual que la incidencia, es mayor en hombres que en mujeres; esta también ha ido en aumento a través del tiempo en Costa Rica, a pesar de eso, es importante destacar que en el grupo etario de 15 a 49 años que la prevalencia de consumo de anfetaminas, ha tenido una disminución de 6.39% desde 1990 al 2019 probablemente se deba a las acciones del IAFA en la prevención desde edades tempranas.
- Los AVAD han demostrado ir en aumento a través del tiempo y al igual que en los anteriores las tasas son mayores en hombres que en mujeres.
- La mortalidad por consumo de anfetaminas en Costa Rica también es mayor en hombres que en mujeres y al igual que a nivel mundial demuestra ir en aumento, siendo el grupo etario de 50 a 69 años el más afectado.

6.2 RECOMENDACIONES

- Implementar talleres psicoemocionales en escolares con el fin de reforzar desde edades tempranas aspectos como inteligencia emocional y autoestima. Esto con el objetivo de que se puedan manejar dichos factores de riesgo y poder prevenir el consumo problemático de anfetaminas y drogas en general desde las etapas tempranas de la vida.
- Utilizar medios de comunicación, como vallas publicitarias, redes sociales, televisión y demás para recordar la importancia de la salud mental y que más personas se puedan ver beneficiadas, dejando los prejuicios creados en la sociedad respecto al tema. Para así poder detectar factores de riesgo psicoemocionales y prevenir el consumo de drogas.
- Identificar zonas y población en riesgo para brindar mediante charlas y talleres herramientas para fortalecer las habilidades psicosociales y así poder evitar que caigan situaciones de riesgo de consumo.
- Impulsar y fortalecer programas de prevención de consumo de anfetaminas en centros educativos y brindar la información necesaria para que niños, adolescentes y padres de familia obtengan el conocimiento sobre dicha sustancia y así puedan entender el impacto que el consumo problemático podría generar en ellos.
- Reforzar el conocimiento en la población general sobre el uso problemático de sustancias, con el fin de crear conciencia y lograr desestigmatizar el consumo y de esta manera poder brindar un mejor manejo a nivel social.
- Crear campañas informativas sobre los efectos y consecuencias que puede generar el uso problemático de anfetaminas, con el fin de informar a la población en general y prevenir de esta manera el aumento en la incidencia.
- Mejorar la recolección de datos sobre incidencia, prevalencia, ya sea mediante IAFA y

la Caja Costarricense del Seguro Social, para poder analizarlos y poder obtener un mejor panorama sobre la situación actual sobre el consumo de anfetaminas en Costa Rica y proceder con un abordaje adecuado.

- Brindar educación a los pacientes para que sean conscientes de que el uso de algunas anfetaminas bajo vigilancia profesional, va ser beneficioso para determinadas condiciones médicas y recordarles que el seguimiento inadecuado a la indicación puede generar los efectos no deseados.
- Sensibilizar al personal de salud para que puedan detectar pacientes con dependencia y así poder proceder a brindarle la ayuda necesaria.
- Diseñar programas de tratamiento que garanticen la inclusión de género, así como el manejo de los sentimientos de culpa o vergüenza, según género; generados en las personas afectadas tras no “cumplir con su rol”, impulsando de esa manera el abandono a los estereotipos generados en la sociedad.
- Velar porque el acceso al tratamiento sea accesible en distintas partes del país de forma que la ubicación no sea un impedimento para que más personas puedan buscar ayuda y poder garantizar los derechos humanos fundamentales.

Glosario y abreviaturas

- GBD: Global Burden of Disease
- AVAD: Años de vida ajustados por discapacidad.
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- IAFA: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.

Referencias

About GBD. (2014, abril 18). Institute for Health Metrics and Evaluation.

<https://www.healthdata.org/gbd/about>

Abuso de sustancias—OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. (s. f.).

Recuperado 12 de junio de 2022, de <https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>

Acerca del ICD. (2019). <https://www.icd.go.cr/portalicd/index.php/conozcanos/acerca-de>

Amphetamine. (2022). [https://www-dynamed-com-uh.knimbus.com/drug-](https://www-dynamed-com-uh.knimbus.com/drug-monograph/amphetamine#GUID-7FAA15E4-3717-4AE5-A78F-71C939E65B03)

[monograph/amphetamine#GUID-7FAA15E4-3717-4AE5-A78F-71C939E65B03](https://www-dynamed-com-uh.knimbus.com/drug-monograph/amphetamine#GUID-7FAA15E4-3717-4AE5-A78F-71C939E65B03)

Anfetamina: MedlinePlus medicinas. (2020).

<https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a616004-es.html>

Anfetaminas—Temas especiales. (2020). Manual MSD versión para profesionales.

<https://www.msdmanuals.com/es/professional/temas-especiales/drogas-recreativas-y-t%C3%B3xicas/anfetaminas>

Arnold, T., & Ryan, M. (2022). *Acute amphetamine and synthetic cathinone («bath salt»)*

intoxication—UpToDate. [https://www.uptodate.com.uh.remotexs.xyz/contents/acute-](https://www.uptodate.com.uh.remotexs.xyz/contents/acute-amphetamine-and-synthetic-cathinone-bath-salt-intoxication?search=anfetaminas&source=search_result&selectedTitle=12~137&usage_type=default&display_rank=11)
[amphetamine-and-synthetic-cathinone-bath-salt-](https://www.uptodate.com.uh.remotexs.xyz/contents/acute-amphetamine-and-synthetic-cathinone-bath-salt-intoxication?search=anfetaminas&source=search_result&selectedTitle=12~137&usage_type=default&display_rank=11)

[intoxication?search=anfetaminas&source=search_result&selectedTitle=12~137&usage_type=default&display_rank=11](https://www.uptodate.com.uh.remotexs.xyz/contents/acute-amphetamine-and-synthetic-cathinone-bath-salt-intoxication?search=anfetaminas&source=search_result&selectedTitle=12~137&usage_type=default&display_rank=11)

ASALE, R.-, & RAE. (s. f.-a). *Estigma | Diccionario de la lengua española*. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. Recuperado 4 de agosto de 2022, de

<https://dle.rae.es/estigma>

ASALE, R.-, & RAE. (s. f.-b). *Prevalencia | Diccionario de la lengua española*. «Diccionario

de la lengua española» - Edición del Tricentenario. Recuperado 3 de septiembre de

- 2022, de <https://dle.rae.es/prevalencia>
- Berger, F. K. (2020a). *Trastorno de consumo de drogas: MedlinePlus enciclopedia médica*.
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001522.htm>
- Berger, F. K. (2020b). *Uso de sustancias - anfetaminas: MedlinePlus enciclopedia médica*.
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000792.htm>
- Berruecos Villalobos, L. (2010). Drogadicción, farmacodependencia y drogodependencia: Definiciones, confusiones y aclaraciones. *Cuicuilco*, 17(49), 61-81.
- Brunton, L. L., & Hilal-Dandan, R. (2015). *Drogadicción | Goodman & Gilman. Manual de farmacología y terapéutica, 2e | AccessMedicina | McGraw Hill Medical*.
<https://accessmedicina.mhmedical.com.uh.remotexs.xyz/content.aspx?bookid=1468§ionid=93493624#1119644827>
- Bukstein, Ó. (2021, abril 7). *Substance use disorder in adolescents: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations and consequences, course, assessment, and diagnosis—UpToDate*.
https://www.uptodate.com.uh.remotexs.xyz/contents/substance-use-disorder-in-adolescents-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-and-consequences-course-assessment-and-diagnosis?search=farmacodependencia&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=5
- Consumo de drogas y la adicción*. (2021). [Text]. National Library of Medicine.
<https://medlineplus.gov/spanish/druguseandaddiction.html>
- Consumo de drogas.pdf*. (s. f.). Revisado 17 de junio de 2022, de
<https://www.binasss.sa.cr/adolescencia/todas/Consumo%20de%20drogas.pdf>

- DrugsPublicHealth_ESP.pdf*. (2013). Recuperado 14 de junio de 2022, de http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informeDrogas2013/drugsPublicHealth_ESP.pdf
- Evans-Meza, R. (2015). Carga Global de la Enfermedad: Breve revisión de los aspectos más importantes. *Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud*, 1(2), 107-116.
- Gómez Cerdas, M. T. (2018). Narcolepsia: Abordaje diagnóstico y terapéutico. *Revista Medica Sinergia*, 3(12), 13-24. <https://doi.org/10.31434/rms.v3i12.161>
- Gómez, H. (2021). *Carga de la enfermedad*. https://insp.mx/assets/documents/webinars/2021/CISS_Carga_Enfermedad.pdf
- Guiza, N. C., Aldana Pinzon, O. B., & Bonilla Ibañez, C. P. (2017). Factores familiares de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de una institución de educación media técnica de Colombia. *Revista de Salud Pública*, 19(1), 3-9. <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n1.41785>
- Hansford, B. (2021, Junio 24). *Informe Mundial sobre las Drogas 2021 de UNODC: los efectos de la pandemia aumentan los riesgos de las drogas, mientras la juventud subestima los peligros del cannabis*. UNODC. Revisado 18 Diciembre, 2022, de https://www.unodc.org/mexicoandcentralamerica/es/webstories/2020/2021_06_24_informe-mundial-sobre-las-drogas-2021-de-unodc_-los-efectos-de-la-pandemia-aumentan-los-riesgos-de-las-drogas--mientras-la-juventud-subestima-los-peligros-del-cannabis.html
- Hölge, K. (2020, Junio 26). Artículo de Opinión: Drogas y género: de la teoría a la inclusión. Revisado 13 diciembre, 2022, desde

https://www.unodc.org/mexicoandcentralamerica/es/articulos/2020/06_26_Drogas_Y_Genero.html

Incidencia: MedlinePlus enciclopedia médica. (2021).

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002387.htm>

Khan, M. (2020). *Trastornos por uso de sustancias—Trastornos psiquiátricos*. Manual MSD versión para profesionales. <https://www.msmanuals.com/es-cr/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-relacionados-con-sustancias/trastornos-por-uso-de-sustancias>

Burnier, A. (2020). La OMS revela las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo: 2000-2019. Revisado 12 de junio de 2022, de

<https://www.who.int/es/news/item/09-12-2020-who-reveals-leading-causes-of-death-and-disability-worldwide-2000-2019>

Losada, A. V. (2018). *Factores de riesgo y de protección en el consumo de sustancias en la adolescencia.* 38.

Luna-Fabritius, A., & Luna-Fabritius, A. (2015). Modernidad y drogas desde una perspectiva histórica. *Revista mexicana de ciencias políticas y sociales*, 60(225), 21-44.

Mckay, J. R. (2020). *Continuing care for addiction: Context, components, and efficacy.*

https://www.uptodate.com.uh.remotexs.xyz/contents/continuing-care-for-addiction-context-components-and-efficacy?search=adicci%C3%B3n&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2

Medina-Mora, M., Quintanar, T., Cantú, H., García, R., & Veléz, N. (2018). *Adicciones | Salud mental y medicina psicológica, 3e | AccessMedicina | McGraw Hill Medical.*

<https://accessmedicina-mhmedical-com-uh.knimbus.com/content.aspx?bookid=2368§ionid=186914167#1152442574>

Méndez, J. (2018). *VI Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Población General 2015*. IAFA. Revisado Diciembre 18, 2022, de <https://www.iafa.go.cr/wp-content/uploads/2022/05/Encuesta-Nacional-de-Drogas-2015.pdf>

Momeñe, J., Estévez, A., Pérez-García, A. M., Jiménez, J., Chávez-Vera, M. D., Olave, L., Iruarrizaga, I., Momeñe, J., Estévez, A., Pérez-García, A. M., Jiménez, J., Chávez-Vera, M. D., Olave, L., & Iruarrizaga, I. (2021). El consumo de sustancias y su relación con la dependencia emocional, el apego y la regulación emocional en adolescentes. *Anales de Psicología*, 37(1), 121-132.

<https://doi.org/10.6018/analesps.37.1.404671>

Mora, K. (2018, octubre 30). ¿Qué es la adicción? *IAFA*. <https://www.iafa.go.cr/que-es-la-adiccion/>

NIDA. (2004). *Cómo prevenir el uso de drogas en los niños y los adolescentes*.

https://nida.nih.gov/sites/default/files/redbook_spanish.pdf

NIDA. (2020). *Cómo prevenir el uso indebido de drogas y la adicción: La mejor estrategia*.

National Institute on Drug Abuse. <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-la-conducta-la-ciencia-de-la-adiccion/prevencion-del-abuso-de-drogas-la-mejor-estrategia>

Olvera Hernández, N. A. (2021, Junio 21). Los tratamientos accesibles y de calidad para personas con trastornos por uso de drogas salvan vidas. Revisado 13 diciembre, 2022, desde

https://www.unodc.org/mexicoandcentralamerica/es/webstories/2020/2021_06_21_los

-tratamientos-accesibles-y-de-calidad-para-personas-con-trastornos-por-uso-de-drogas-salvan-vidas.html

O'Malley, G. F., & O'Malley, R. (2020). *Anfetaminas*. Manual MSD versión para profesionales. <https://www.msmanuals.com/es/professional/temas-especiales/drogas-recreativas-y-t%C3%B3xicas/anfetaminas>

Otras sustancias psicoactivas archivos. (2022). *IAFA*.
https://www.iafa.go.cr/seccion_aprender/otras_drogas/

Palomares, C., & Vera, G. (2013). *Obesidad, manejo farmacológico. Anfetaminas | Fichero farmacológico | AccessMedicina | McGraw Hill Medical*. <https://accessmedicina-mhmedical-com-uh.knimbus.com/content.aspx?bookid=1510§ionid=98015932#98015935>

Poder Ejecutivo. (2018). *DECRETO EJECUTIVO No 41386-S*. Poder Ejecutivo.
<https://www.binasss.sa.cr/opac-ms//media/digitales/Estrategia%20nacional%20para%20el%20abordaje%20integral%20y%20la%20reducci%C3%B3n%20de%20consumo%20de%20sustancias%20psicoactivas%20con%20enfoque%20de%20salud%20p%C3%ABblica%202016-2021.pdf>
Prevención de Riesgos y Reducción de Daños. (2022, Octubre 3). IAFA. Revisado Diciembre 18, 2022, from <https://www.iafa.go.cr/sobre-iafa/reduccion-de-riesgos-y-danos-iafa/>

Prosser, J. M., & Perrone, J. (2018). *Cocaína y anfetaminas | Tintinalli. Medicina de urgencias, 8e | AccessMedicina | McGraw Hill Medical*. <https://accessmedicina-mhmedical-com->

uh.knimbus.com/content.aspx?sectionid=202931679&bookid=2329&Resultclick=2#1
159589863

¿Qué es la adicción? (2022). <https://www.icd.go.cr/portalicd/index.php/uid-observatorio/inf-uid/quees-adiccion>

Robledo, P. (2008). Las anfetaminas. *Trastornos Adictivos*, 10(3), 166-174.

[https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(08\)76363-3](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(08)76363-3)

Romay Martinez, J. (Ed.). (1998). *Xuventude: Retos e esperanzas*. Universidade da Coruña, Servicio de Publicaciones.

Ruiz, M. (2020, septiembre 2). Factores de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas.

IAFA. <https://www.iafa.go.cr/factores-de-riesgo-para-el-consumo-de-sustancias-psicoactivas/>

Salud, M. (2016). Clasificación de las sustancias psicoactivas. Estimulantes (cocaína, anfetaminas). *Página de Salud Pública del Ayuntamiento de Madrid*.

<https://madridsalud.es/conocer-permite-actuar-iii-clasificacion-de-las-sustancias-psicoactivas-estimulantes-cocaina-anfetaminas/>

Sánchez Pardo, L. (2012, Diciembre 12). *Género y drogas*. Revisado 18 Diciembre, 2022, de

https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/GuiaGenero_Drogas.pdf

Sandí, M. A. (2019). *INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS BASADAS EN LA TEORÍA DEL APEGO*. 21.

Sequeira Cordero, A., Blanco Vargas, M., & Brenes, J. C. (2021, noviembre 16).

Dependencia de sustancias psicoactivas en Costa Rica: aspectos epidemiológicos y

neurobiológicos de una enfermedad incomprendida. Revisado 12 diciembre, 2022, desde <https://www.scielo.sa.cr/pdf/psm/v19n2/1659-0201-psm-19-02-00531.pdf>

Smollin, C., & Olson, K. R. (2021). *Sobredosis de anfetaminas y cocaína | Diagnóstico clínico y tratamiento 2021 | AccessMedicina | McGraw Hill Medical*.

<https://accessmedicina.mhmedical.com/uh/remotexs.xyz/content.aspx?sectionid=259260605&bookid=3002&Resultclick=2>

Sohrabi. (2019). *Prueba de detección de anfetamina (en orina)*. Revisado 22 Marzo 2023, en https://myhealth.ucsd.edu/Spanish/RelatedItems/167,amphetamine_urine_screen_ES#:~:text=Los%20resultados%20del%20an%C3%A1lisis%20pueden,medicamentos%20tr%C3%ADclicos%20quetiapina%20y%20bupropi%C3%B3n.

Suárez, A. L., & Clua-García, R. (2021). Políticas públicas dirigidas a personas consumidoras de drogas: Estrategias para la desestigmatización y la promoción de los derechos humanos. *Salud Colectiva*, 17, e3041. <https://doi.org/10.18294/sc.2021.3041>

Tena-Suck, A., Castro-Martínez, G., Marín-Navarrete, R., Gómez-Romero, P., Fuente-Martín, A. de la, Gómez-Martínez, R., Tena-Suck, A., Castro-Martínez, G., Marín-Navarrete, R., Gómez-Romero, P., Fuente-Martín, A. de la, & Gómez-Martínez, R. (2018). Consumo de sustancias en adolescentes: Consideraciones para la práctica médica. *Medicina interna de México*, 34(2), 264-277. <https://doi.org/10.24245/mim.v34i2.1595>

Tirado-Otálvaro, A. F. (2016). El consumo de drogas en el debate de la salud pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 32, e00177215. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00177215>

Traumatismos causados por el tránsito. (s. f.). Recuperado 12 de junio de 2022, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>

Ureña, C. G., & Porras, R. (2020). *Algunas ideas sobre la ciencia de la prevención en el consumo de sustancias psicoactivas*. 38.

Valdés, A., Vento, C., & Hernández, D. (2018). *Drogas, un problema de salud mundial*.

Revista Universidad Médica Pinareña.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/revunimedpin/ump-2018/ump182j.pdf>

Vicent, R. C. (2016, Junio). *Hombres, Mujeres y Drogodependencias - Explicación social de las diferencias de género en el consumo problemático de drogas*. Plan

Nacional sobre Drogas. Revisado 13 diciembre, 2022, desde

<https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/Hombres-mujeres-y-drogodependencias.pdf>

Volkow, N. (2020, Noviembre 12). *El aumento de las muertes causadas por los*

estimulantes indica que estamos ante algo más que una crisis de opioides | *National*

Institute on Drug Abuse. National Institute on Drug Abuse. Revisado 13 diciembre,

2022, desde [https://nida.nih.gov/es/acerca-del-nida/blog-de-nora/2020/11/el-aumento-](https://nida.nih.gov/es/acerca-del-nida/blog-de-nora/2020/11/el-aumento-de-las-muertes-causadas-por-los-estimulantes-indica-que-estamos-ante-algo-mas-que-un)

[de-las-muertes-causadas-por-los-estimulantes-indica-que-estamos-ante-algo-mas-que-](https://nida.nih.gov/es/acerca-del-nida/blog-de-nora/2020/11/el-aumento-de-las-muertes-causadas-por-los-estimulantes-indica-que-estamos-ante-algo-mas-que-un)

[un](https://nida.nih.gov/es/acerca-del-nida/blog-de-nora/2020/11/el-aumento-de-las-muertes-causadas-por-los-estimulantes-indica-que-estamos-ante-algo-mas-que-un)

ANEXOS

DECLARACIÓN JURADA

Yo Paula Melissa Vega Murillo, cédula de identidad número 1-1599-0549, en condición de egresado de la carrera de Licenciatura en Medicina y Cirugía de la Universidad Hispanoamericana, y advertido de las penas con las que la ley castiga el falso testimonio y el perjurio, declaro bajo la fe del juramento que dejo rendido en este acto, que mi trabajo de graduación, para optar por el título de Licenciatura titulado “Mortalidad y carga de la enfermedad por consumo de anfetaminas en Costa Rica, 1990-2019” es una obra original y para su realización he respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derechos de Autor y Derecho Conexos, número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; especialmente el numeral 70 de dicha ley en el que se establece: “Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original”. Asimismo, conozco y acepto que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. Firmo, en fe de lo anterior, en la ciudad de San José, el 19 de diciembre del 2022.

Paula Melissa Vega Murillo

Ced. 1-1599-0549

San José, Lunes 19 de diciembre 2022

Señores

Departamento de Registro

Universidad Hispanoamericana

Estimados señores:

La estudiante Paula Melissa Vega Murillo, cédula de identidad número 1-1599-0549, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación el trabajo de **Mortalidad y carga de la enfermedad por consumo de anfetaminas en costa rica 1990-2019**, el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Medicina y Cirugía. He verificado que se ha incluido las observaciones y hecho las correcciones indicadas durante el proceso de tutoría; y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación, antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos, conclusiones y recomendaciones.

Los resultados obtenidos por el postulante implican la siguiente calificación:

A.	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10%
B.	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	20%
C.	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	30%	28%
D.	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	19%
E.	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEÓRICO	20%	20%
F.	TOTAL		97%

Por consiguiente, se avala el traslado de la tesis al proceso de lectura

Atentamente

KAREN
PATRICIA
JARA ZUNIGA

Firmado digitalmente
por KAREN PATRICIA
JARA ZUNIGA
Fecha: 2022.12.19
17:50:01 -06'00'

Dra. Karen Jara Zúñiga

COD. 13226

1 de abril de 2023.

Universidad Hispanoamericana
Carrera de Medicina
A quién corresponda

CARTA DEL LECTOR

Estimados señores:

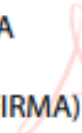
La estudiante **Paula Melissa Vega Murillo**, cédula de identidad **115990549**, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado: **“Mortalidad y carga de la enfermedad por consumo de anfetaminas en Costa Rica 1990 - 2019”**, el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Medicina y Cirugía.

En mi calidad de lector, he verificado que se han hecho correcciones indicadas durante el proceso de lectoría y he evaluado aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones. En el proceso con el filólogo se debe de corregir aspectos de redacción.

Por consiguiente, se avala el traslado al proceso de lectura al filólogo(a).

Atentamente,

MARCELA
SUBIROS
ROJAS (FIRMA)



Firmado digitalmente
por MARCELA SUBIROS
ROJAS (FIRMA)
Fecha: 2023.04.01
06:50:59 -06'00'

Dra Marcela Subirós Rojas
Cod 13035

**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA
CENTRO DE INFORMACION TECNOLOGICO (CENIT)
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA LA CONSULTA, LA
REPRODUCCION PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA
DE LOS TRABAJOS FINALES DE GRADUACION**

San José, 04/05/2023


Señores:
Universidad Hispanoamericana
Centro de Información Tecnológico (CENIT)

Estimados Señores:

El suscrito (a) **Paula Melissa Vega Murillo** con número de identificación **115990549** autor (a) del trabajo de graduación titulado **Mortalidad y carga de la enfermedad por consumo de Anfetaminas en Costa Rica 1990-2019**, presentado y aprobado en el año **2023** como requisito para optar por el título de **Licenciatura en Medicina y Cirugía**; Si autorizo al Centro de Información Tecnológico (CENIT) para que con fines académicos, muestre a la comunidad universitaria la producción intelectual contenida en este documento.

De conformidad con lo establecido en la Ley sobre Derechos de Autor y Derechos Conexos N° 6683, Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.

Cordialmente,



Firma y Documento de Identidad

115990549

**ANEXO 1 (Versión en línea dentro del Repositorio)
LICENCIA Y AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA PUBLICAR Y
PERMITIR LA CONSULTA Y USO**

Parte 1. Términos de la licencia general para publicación de obras en el repositorio institucional

Como titular del derecho de autor, confiero al Centro de Información Tecnológico (CENIT) una licencia no exclusiva, limitada y gratuita sobre la obra que se integrará en el Repositorio Institucional, que se ajusta a las siguientes características:

- a) Estará vigente a partir de la fecha de inclusión en el repositorio, el autor podrá dar por terminada la licencia solicitándolo a la Universidad por escrito.
- b) Autoriza al Centro de Información Tecnológico (CENIT) a publicar la obra en digital, los usuarios puedan consultar el contenido de su Trabajo Final de Graduación en la página Web de la Biblioteca Digital de la Universidad Hispanoamericana
- c) Los autores aceptan que la autorización se hace a título gratuito, por lo tanto, renuncian a recibir beneficio alguno por la publicación, distribución, comunicación pública y cualquier otro uso que se haga en los términos de la presente licencia y de la licencia de uso con que se publica.
- d) Los autores manifiestan que se trata de una obra original sobre la que tienen los derechos que autorizan y que son ellos quienes asumen total responsabilidad por el contenido de su obra ante el Centro de Información Tecnológico (CENIT) y ante terceros. En todo caso el Centro de Información Tecnológico (CENIT) se compromete a indicar siempre la autoría incluyendo el nombre del autor y la fecha de publicación.
- e) Autorizo al Centro de Información Tecnológica (CENIT) para incluir la obra en los índices y buscadores que estimen necesarios para promover su difusión.
- f) Acepto que el Centro de Información Tecnológico (CENIT) pueda convertir el documento a cualquier medio o formato para propósitos de preservación digital.
- g) Autorizo que la obra sea puesta a disposición de la comunidad universitaria en los términos autorizados en los literales anteriores bajo los límites definidos por la universidad en las “Condiciones de uso de estricto cumplimiento” de los recursos publicados en Repositorio Institucional.

SI EL DOCUMENTO SE BASA EN UN TRABAJO QUE HA SIDO PATROCINADO O APOYADO POR UNA AGENCIA O UNA ORGANIZACIÓN, CON EXCEPCIÓN DEL CENTRO DE INFORMACIÓN TECNOLÓGICO (CENIT), EL AUTOR GARANTIZA QUE SE HA CUMPLIDO CON LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES REQUERIDOS POR EL RESPECTIVO CONTRATO O ACUERDO.