

Comportamiento de hábitos tóxicos en un grupo de pacientes atendidos en la Facultad de Estomatología

Behaviour of toxic habits in a group of patients attended at the Faculty of Stomatology

Dr. Rolando Sáez Carriera^I; Dra. Nadia Nazco Hidalgo^{II}; Dra. Victoria D. Carriera Piloto^{III}; Dra. Zuilen Jiménez Quintana^{IV}; Dr. Andrés Pérez^V

^I Especialista de II Grado en Prótesis Estomatológica. Asistente.

^{II} Especialista de II Grado en Estomatología General Integral.

^{III} Especialista de II Grado en Prótesis Estomatológica. Profesor Consultante.

^{IV} Especialista de I Grado en Prótesis Estomatológica. Instructor.

^V Estomatólogo General. Profesor Auxiliar.

RESUMEN

Con la finalidad de conocer el comportamiento de hábitos tóxicos se realizó un estudio observacional descriptivo en 100 pacientes que acudieron a la Facultad de Estomatología en el mes de marzo del 2006. Para tal efecto se utilizaron 2 instrumentos: un cuestionario confeccionado para los fines de la investigación y el CID (cuestionario de indicadores diagnósticos). Entre los resultados obtuvimos un predominio del sexo femenino sobre el masculino en el grupo de estudio, donde se observó un alto nivel de instrucción. El conocimiento sobre drogas legales (café, tabaco y alcohol), fue inadecuado en la mayoría de los pacientes; el alcohol, el tabaco y café son los tóxicos consumidos con mayor porcentaje en nuestro grupo de estudio. La mayoría de los encuestados comenzaron el consumo de estos tóxicos entre 15 y 20 años y la diversión fue el motivo más frecuente de inicio del consumo. En nuestro estudio hubo predominio del grupo de los consumidores de riesgo sobre los consumidores sociales.

Palabras clave: hábitos tóxicos.

ABSTRACT

In order to know the behaviour of toxic habits, an observational descriptive study was conducted in 100 patients that received attention at the Faculty of Stomatology in March, 2006. 2 instruments were used: a questionnaire made according to the ends of the investigation, and a questionnaire of diagnostic indicators (QDI). There was a predominance of females over males in the study group, where a high educational level was observed. Knowledge of legal drugs (coffee, tobacco and alcohol) was inadequate in most of the patients. Alcohol, tobacco and coffee were the most consumed toxics in our study group. The majority of the surveyed began to consume toxics when they were 15-20 years old, and amusement was the most frequent reason to start the consumption. In our study there was a predominance of the group of risk consumers over the social consumers.

Key words: Toxic habits.

INTRODUCCIÓN

El consumo de sustancias tóxicas ha sido observado desde la antigüedad en numerosos pueblos y diferentes culturas; incluso se remonta a los albores de la Humanidad, cuando el hombre primitivo comenzó a interesarse sobre el efecto de algunas plantas. Para entonces se utilizaban estos efectos por parte de los brujos y hechiceros, como expresión de poderes que les permitían comunicarse con fuerzas sobrenaturales. (*Keva VI, Lima B, Somoza M, Cramer N, González R. Salud mental para todos en América Latina y el Caribe; bases epidemiológicas para la acción. Bol Of Sanit Panam pp. 196-219*).¹⁻⁴

Este fenómeno fue transmitido a sus descendientes desde hace miles de años, incorporándose progresivamente nuevas experiencias. Este consumo y todas sus "nuevas" variantes, adquiridas en el transcurso de los años, ha sido una constante, pero el fenómeno de la drogadicción ha alcanzado una extraordinaria importancia solo en las últimas décadas, y este hecho se enmarca en las propias características de la sociedad industrial y de consumo.⁵⁻⁷

En la mayoría de los países conviven drogas aceptadas a nivel social y es permitida su venta y consumo, con otras que están totalmente sancionadas, por lo que el problema de la adicción a drogas sigue siendo uno de los más importantes en el mundo, pero también desde el punto de vista social, económico y médico-legal, viene considerándose desde la década de los 70 como una verdadera epidemia, debido al costo que representa en términos de vidas, delitos contra la sociedad, descenso de la productividad laboral, conflictos familiares, etc. Cuba es uno de los pocos países del mundo actual donde la salud es derecho pleno del pueblo y responsabilidad del estado. La lucha por elevar el bienestar físico, psíquico y social no culmina con alcanzar cifras de tasas de mortalidad bajas, inmunizaciones y alta tasa de esperanza de vida, indicadores que en nuestro país han sido logrados y superados comparados con naciones del primer mundo; sino que se le suman acciones orientadas al desarrollo de estilos de vida saludables y al incremento progresivo de la calidad de vida; para lo cual se lleva a cabo una incansable lucha contra el sedentarismo, la obesidad y los hábitos tóxicos.⁸⁻¹¹ Debido a la

repercusión que tienen estos hábitos y a la gran polémica que surge a raíz de sus consecuencias, es la fuente de inspiración en la realización de este trabajo.

Objetivos

General:

Describir el comportamiento de hábitos tóxicos en un grupo de pacientes atendidos en la Facultad de Estomatología.

Específicos:

- Caracterizar el grupo de estudio según edad, sexo y nivel de instrucción.
- Identificar el nivel de conocimientos sobre drogas legales en nuestro grupo de estudio.
- Identificar los tóxicos consumidos por nuestro grupo de estudio.
- Identificar edad de comienzo del consumo de tóxicos.
- Describir las motivaciones para el consumo.
- Clasificar nuestro grupo de estudio según patrones de consumo de tóxicos.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo a nuestra población, constituida por 100 pacientes que acudieron al Servicio de Prótesis de la Facultad de Estomatología en el mes de marzo del 2006 y cumplían con los criterios de inclusión. Se utilizó como fuente de datos dos instrumentos (cuestionarios), uno preparado para el efecto, que sirvió para registrar la información, y otro denominado CID (cuestionario de indicadores diagnósticos), con claves de calificación que se equiparan con la actual nomenclatura.

Criterios de inclusión: todo paciente que acudiera al servicio de prótesis, mayor de 15 años, que dio su consentimiento informado, y estaba en plenitud de capacidades mentales.

Criterios de exclusión: todo paciente que no llegaba a los 15 años a pesar de tener historia clínica, pacientes que consintieran en participar en la investigación y discapacitados mentales.

Para la realización de este estudio se tomaron en cuenta las siguientes variables:

Edad: según años cumplidos a partir de fecha de nacimiento, se tomó toda la población mayor de 15 años.

Sexo.

Nivel de instrucción: último nivel superado

* Analfabeto * Primaria * Secundaria

* Técnico medio * Preuniversitario * Universitario

Se utilizó el CID ^{12,13} en los pacientes que marcaron dentro de los tóxicos que consumían el alcohol, el cual se integró a dicho formulario.

Se establecieron como modalidades de comportamiento las siguientes:

Comportamientos normales:

Abstinencia: ausencia total del consumo etílico que puede ser durante toda la vida (abstinencia histórica) o en los últimos 3 meses (abstinencia actual).

Consumidor social: es el sujeto que bebe sin transgredir las normas sociales de cantidad, frecuencia y momento de ingestión e incluye:

- El consumo discreto con cantidades reducidas (1 ó 2 tragos) en ocasiones excepcionales que no pasan de 5 en el año, sin llegar jamás a la embriaguez.
- Consumo de riesgo: cuando el consumo implica un alto riesgo de daño a su salud física y mental. El grado de riesgo no solo se relaciona con el nivel de consumo, sino también con otros factores personales y ambientales: el trabajo, otros modos y estilos de vida, etc.¹⁴⁻¹⁶

En algunos países se considera un consumo de riesgo cuando la cantidad consumida supera la siguiente:

Varones: >40g al día o >280g a la semana.

Mujeres: >24g al día o >168g a la semana.

También se llama consumo de riesgo a la embriaguez ligera (algún grado de euforia, disminución de la crítica fina y cierto grado de incoordinación motora) que aparece más de 1 vez al mes, es decir más de 2 veces al año. Es una situación frecuente en la actualidad. ⁶

Comportamientos anormales:

Consumo perjudiciales: el estado al que se llega por vía del consumo peligroso; se establece cuando aparece algún daño inicial físico o psíquico y también cuando se evidencia un daño social reiterado.

Dependencia: es cuando a los pasos anteriores se agrega la esclavitud progresiva ante las bebidas alcohólicas, de manera que esta poco a poco se van convirtiendo en el interés principal de la persona hasta el punto de necesitar cada vez más el consumo, pues la interrumpirlo manifiesta diferentes malestares.

En cada cuestionario (CID) se sumaron las respuestas positivas y de acuerdo con su número, tuvieron su equivalente con los diferentes comportamientos ante el consumo de alcohol como sigue:

No. respuestas (+)

1. Consumo social o bebedor social 0 _ 1
2. Consumo de riesgo 2 _ 3
3. Consumo perjudicial o dañino 4 _ 5
4. Dependencia alcohólica 6

Recogida de la información: la encuesta fue aplicada directamente a los pacientes que acudían a nuestro Servicio de Prótesis, previamente adiestrados en los criterios de confección de la misma.

Procedimiento para la codificación y validación de la información

Las variables fueron codificadas para su entrada en la microcomputadora.

Técnica de procesamiento y análisis de los resultados: los datos fueron procesados usando las facilidades del Sistema Microsoft Excel. Los resultados se muestran por medio de tablas y gráficos en números y porcentos para mejor análisis y comprensión.

Teniendo en cuenta los objetivos planteados, se analizan y discuten los resultados obtenidos, para lograr integrar y sintetizar los aspectos abordados de tal manera que se puedan elaborar las conclusiones de la investigación realizada.

RESULTADOS

En nuestro grupo de estudio se observó un predominio del sexo femenino con respecto al sexo masculino ([tabla 1](#)) con el 56 % y el 44 %, respectivamente. El grupo de edades más representado es el de 36 -59 años de edad.

En cuanto al nivel de instrucción ([fig. 1](#)), predominó el pre-universitario, seguido del universitario y de la enseñanza media-superior, con porcentajes de 35, 30 y 25 %, respectivamente.

En la [tabla 2](#) se observa que la población en estudio tiene un nivel de conocimiento no adecuado sobre drogas legales correspondiéndose, con un 73 %.

Podemos apreciar en la [tabla 3](#) que en las edades 15-19 años, el tóxico que predomina es el tabaco, seguido de la combinación de tóxicos. En el grupo de edades 20-35 el consumo que predomina es el alcohol, seguido del consumo del tabaco. En el grupo de edades 36-59 predomina el consumo del alcohol, seguido del tabaco y del café, existiendo también un grupo que consume estos tóxicos de forma combinada. Por último, en el grupo de 60 y más años hay un predominio del consumo de tóxicos combinados seguidos del consumo de alcohol.

Según la [figura 2](#), el mayor porcentaje de individuos de ambos sexos comenzó el consumo entre los 15 y 20 años (73,21 para el sexo femenino y un 68,1 para el sexo masculino), con el inicio de consumo de estos tóxicos en la adolescencia.

En la [tabla 4](#) apreciamos que el motivo de inicio de consumo más frecuente fue la diversión, seguido de la imitación y la curiosidad, lo que se relaciona con la edad de inicio del consumo, que en la mayoría fue la adolescencia, edad donde priman estos motivos.

En la [tabla 5](#) se observa que de un total de 100 pacientes encuestados, entre 60 y 90 pacientes conocen daños biológicos al hígado y estómago. Es relevante que solo 10 personas conocen el efecto negativo de los mismos en la familia y la sociedad.

En la [figura 3](#) se observa que el 50 % de los integrantes de la muestra de estudio resultaron ser consumidores de riesgo, seguido por el 25 % consumidores sociales, el 15 % de consumidores perjudiciales y el 10 % de pacientes con dependencia alcohólica .

DISCUSIÓN

Conviene recordar que estudios demográficos realizados en el país en 1999 demuestran que existe un envejecimiento acelerado de la población cubana por el aumento de la expectativa de vida, por lo que el 12 % de la población tiene actualmente más de 60 años, incrementada en un 14 % en el año 2001, y las proyecciones apuntan que este grupo poblacional aumentará en un 21 % para el año 2025.

Estos datos se corresponden con la estadística actual de nuestro Ministerio de Salud Pública, donde investigadores han manifestado que desde inicios del siglo, la población cubana comenzó un proceso de transición demográfica y que actualmente se encuentra en una franca etapa de envejecimiento poblacional. (*Castañeda I, Gran M. Generalidades de Estadísticas de Salud. La Habana: Facultad de Salud Pública, 2000: 34-39*).^{17,18}

En nuestro país, ambos sexos, ante la disminución paulatina de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida, ya alcanzan los 76 años como resultado de los avances científico técnicos. A pesar de lo planteado anteriormente, la mujer y el hombre envejecen de distinta manera. Ante todo, la mujer es más longeva que el hombre, y parte de su ventaja en cuanto a esperanza de vida es de índole biológica. Lejos de ser el sexo más débil, la mujer parece ser más resistente que el hombre a cualquier edad.

El predominio de las féminas en nuestro estudio avalan el criterio estadístico encontrado en otras investigaciones nacionales e internacionales donde se destaca un mayor número de personas del sexo femenino a medida que avanza la edad con respecto a los hombres, a pesar de existir un predominio de nacimiento de varones con respecto a las hembras, en lo cual coinciden nuestros resultados con otros estudios.¹⁹

Las oportunidades de estudio y superación brindadas por la revolución (fig. 1), es el resultado del nivel de escolaridad encontrado en nuestro grupo de estudio, los cuales han podido cursar estudios medios y superiores, elevando su preparación educacional e intelectual.

En nuestra investigación, el nivel de escolaridad está en concordancia con la época, en que los adultos mayores recibieron instrucción escolar cuando la educación sanitaria no constituía una prioridad para el sistema de salud imperante. Algo similar reportan otros estudios en nuestro medio^{20,21} y consideramos que estos datos son la expresión de la escolaridad promedio de la población cubana.

Las heroína, anfetaminas y cocaína son mencionados por alrededor del 90 % de los encuestados, (tabla 2) mientras que tabaco, alcohol y café solo son mencionados por el 27 % de los encuestados.

Evidentemente, y sin lugar a dudas, el tabaco el alcohol y café que son sustancias de consumo legal, satisfacen estas 2 características: crear dependencia y modificar funciones del organismo, por lo que hemos de considerarlas como drogas. Estos resultados coinciden con otros estudios donde al mencionar los nombres de las drogas, las respuestas se dividen: el 84 % nombra drogas ilegales y solo el 16 % nombra drogas legales. De aquí podemos deducir que gran parte de la población identifica la palabra droga con droga ilegal y que no se asume que las drogas legales son realmente drogas.^{22,23}

Los continuos y calificados esfuerzos por lograr la reducción de su consumo en nuestro medio, no han logrado aún bajar la proporción de los fumadores a cifras menores del 40 % en la población adulta (tabla3), y desgraciadamente Cuba ocupa todavía el tercer lugar entre los países consumidores de tabaco. Estos resultados coinciden con investigaciones consultadas de prestigio internacional. (*Alonso Fernández F.* El alcoholismo en España. Factores socio-culturales. Coloquio sobre alcohol y alcoholismo, Universidad de Madrid, 1969; 2(3):55).¹⁴

El mayor porcentaje de individuos comenzó el consumo de sustancias tóxicas entre los 15 y 20 años (fig. 2). Todos los artículos consultados hablan en parecidos términos cuando se refieren a la edad de inicio en el consumo. Además algunos llaman la atención sobre el cambio de bebidas, pasando el consumo de bebidas de baja a bebidas de alta graduación alcohólica.^{6,10}

Los resultados expresados en la tabla 4 reflejan la necesidad de realizar estrategias encaminadas a la utilización de forma sana del tiempo libre de nuestros adolescentes, donde el deporte es una fuente importante de mejorar la calidad de vida y modificar estilos de vida no saludables por los saludables, con lo cual coinciden nuestros resultados con otros estudios anteriores.²⁴⁻²⁶

Los resultados de la tabla 5 han sido también reportados a nivel mundial y en términos generales, en relación con las bebidas alcohólicas, la población tiene más conocimientos de sus mitos que de sus realidades, factor este que dificulta la lucha contra dicho hábito tóxico.^{1,3,16,27-31}

La figura 3 alerta sobre la necesidad de realizar una intervención urgente en el grupo de consumidores de riesgo, ya que ellos van camino al consumo perjudicial y a la dependencia alcohólica, hechos estos que son coincidentes con la bibliografía consultada.^{6,10,13,14}

Conclusiones

- En nuestro grupo de estudio existe un elevado conocimiento sobre drogas ilegales, no así de las drogas legales, que muestran valores porcentuales menores en la identificación de las mismas.
- El alcohol, el tabaco y café son los tóxicos consumidos con mayor porcentaje en nuestro grupo de estudio.
- La adolescencia se comportó como media para el consumo de tabaco, alcohol y café tanto en hombres como en mujeres.
- La diversión fue el motivo de consumo que arrojó mayores porcentajes en nuestro grupo de estudio.

- En nuestro estudio hubo predominio del grupo de los consumidores de riesgo sobre los consumidores sociales.

Recomendaciones

Crear un programa de orientación y educación sobre el tabaquismo y el alcoholismo, ya que estos hábitos traen consigo consecuencias y problemáticas que pueden afectar la vida al individuo tanto desde un punto de vista biológico, social y psicológico, en particular al adolescente, etapa de iniciación de los hábitos y adicciones que provocan disturbio en sus relaciones socio-familiares y disminución del rendimiento escolar. Se considera que la propuesta puede aplicarse en forma de concursos, charlas educativas, debates y talleres, y debe realizarse por profesionales de la salud, estudiantes de medicina u otros profesionales debidamente orientados en centros educacionales donde asiste el adolescente y en locales donde frecuente toda la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González R. Prevención del alcoholismo. Rev Hosp Psiquiátrico de La Habana 1985;26(1):31-41.
2. Cruz O. El alcohol y el alcoholismo. 2 ed. México: Publicaciones Cruz; 1990. p. 5.
3. González R. El alcoholismo y su atención específica. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 1992. p. 188.
4. González R. La gestión diagnóstica en la atención al alcoholismo. Rev Hosp Psiquiátrico de La Habana 1986;27(4):513-28.
5. Institute of Medicine Division of Health Promotion and Disease Prevention: Alcoholism, alcohol abuse and related problems: Opportunities for Research. Washington D.C., 1990.
6. González R. Repercusión somática del consumo abusivo del alcohol. Rev Hosp Psiquiátrico de La Habana 1985;XXVI(4):511-19.
7. West L, et al. UCLA Conference Alcoholism. Ann Intern Med 1987;100(3):409-14.
8. Gelemborg A. Psychotropic drugs and the fetus. Massachusetts General Hospital. Newsletter 1984;(4):13-14.
9. Compilación de artículos acerca del alcoholismo y su prevención. Ministerio de Salud Pública. La Habana: Ed, Ciencias Médicas; 1988. p. 61.
10. Formación continuada. Percepción del aprendizaje [En línea] 2006 <http://www.monografias.com/trabajos29/aprendizaje-adulto-mayor/aprendizaje-adulto-mayor.shtml> [Consulta: 16 Mar 2007].
11. Jiménez FJ, Esquivel HRI, González Celis RAL. La percepción de salud bucal como medida de la calidad de vida en ancianos. Rev ADM 2003;60(1):19-24.

12. González R. Cuestionario de indicadores diagnóstico (CID). Capacidad para diferenciar bebedores sociales y dependientes alcohólicos. Rev Hosp Psiquiátrico Habana 1990; 33(1): 29-36.
13. González R, Rodríguez A, Figueredo I. El cuestionario de indicadores diagnóstico (CID) en la detección de la morbilidad alcohólica oculta. Rev Hosp Psiquiátrico Habana 1992; 33(1): 7-12.
14. Alonso AM. Caracterización epidemiológica del alcoholismo y su prevención. Ministerio de Salud Pública. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 1988. p. 61.
15. Dulcey-Ruiz E, Uribe C. Psicología del ciclo vital: hacia una visión comprensiva de la vida humana. Rev Latinoam Psicología 2002; 34 (1y2): 17-27.
16. Pérez Duporte J, García Megret E. Influencia de algunos factores sociales en la tercera edad en la comunidad de Pastoria. Rev Cubana Enferm 2002; 18(2): 20-35.
17. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadística. Anuario Estadístico. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003.
18. Viada C, Ballagas C, Blanco Y. Ética en la investigación con poblaciones especiales. Rev Cubana Invest Bioméd 2001; 20(2).
19. Organización Mundial de la Salud. Hombres envejecimiento y salud [en línea] [fecha de acceso 15 de febrero de 2006]. URL disponible en: <http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SALUD008.pdf>
20. García Bou J. Sesenta y más. Barcelona: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales IMSERSO; 2004. pp. 6-12.
21. Dulcey-Ruiz E, Uribe C. Psicología del ciclo vital: hacia una visión comprensiva de la vida humana. Rev Latinoam Psicología 2002; 34(1y2): 17-27.
22. Dorado Morales G. Hábito de fumar y alcoholismo en un consultorio médico [on line]. Rev Cubana Enferm 2002: 40(3): 3-4. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol_19_2_03/enf04203.htm [consulta: 19 feb 2005]
23. Varela Martínez I de JO. Hábito de fumar y alcoholismo en un consultorio médico [on line]. Rev Cubana Enferm 2002: 40(3): 3-4.
24. Vargas L, Bustillos G, Marfán M. Técnicas participativas para la educación popular. San José: Centro de Estudios y Publicaciones Alforja; 1995. pp. 63-72.
25. Bustillos G, Vargas L. Técnicas participativas para la educación popular. Madrid: Editorial Popular; 199. pp. 34-40.
26. González Rodríguez N, Medina González N, Hernández Siriano I. Técnicas participativas de educadores cubanos. México DF: Instituto Médico Mexicano; 1994. pp. 82-7.
27. Gómez Pavón J, Arranz C, Martín Gracyzk A. Tabaco y cáncer en el anciano [en línea] 2001 marzo 2 [fecha de acceso 4 de marzo de 2005]. URL disponible en: <http://db.doyma.es/cgibin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.resumen?pidant=10021762>

Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol_19_2_03/enf04203.htm [consulta: 19 feb 2005]

28. Formación continuada. Percepción del aprendizaje [En línea] 2006 <http://www.monografias.com/trabajos29/aprendizaje-adulto-mayor/aprendizaje-adulto-mayor.shtml> [Consulta: 16 Mar 2007].

29. Jiménez FJ, Esquivel HRI, González Celis RAL. La percepción de salud bucal como medida de la calidad de vida en ancianos. Rev ADM 2003;60(1):19-24.

30. Dorado Morales G, Varela Martínez I de J, Cepero Guedes A, Barreiro Alberdi O. Hábito de fumar y alcoholismo en un consultorio médico [on line]. Rev Cubana Enferm 2002; 40(3): 3-4. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol_19_2_03/enf04203.htm [consulta: 19 feb 2005].

31. Gózales R, Goicochea S. El consumo social y anormal de alcohol: criterio para su identificación por el médico de la familia. Rev Cubana Medicina General Integral 1993;9(3):10-14.

Recibido: 12 de noviembre de 2007.

Aprobado: 5 de diciembre de 2007.

Dr. Rolando Sáez Carriera. e-mail: rosaez@infomed.sld.cu

Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Estomatología. CUBA.

TABLA 1. Distribución de pacientes según edad y sexo

Edad	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No.	%	No.	%	No.	%
15-19	7	12,5	4	9,1	11	11
20-35	15	26,8	7	15,9	22	22
36-59	21	37,5	14	31,8	35	35
60 y más	13	23,2	19	43,2	32	32
Total	56	56	44	44	100	100

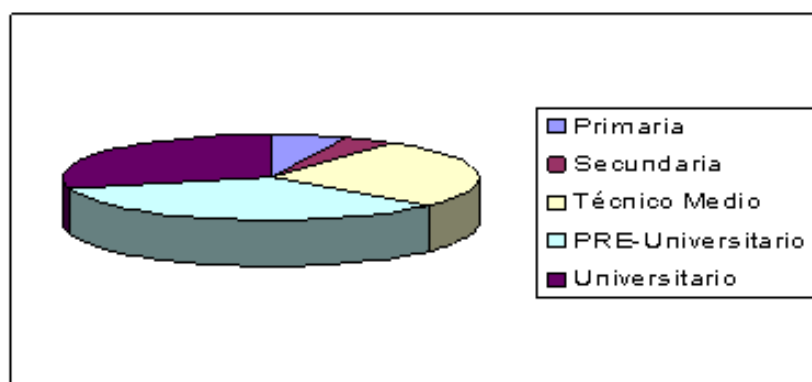


Fig. 1. Distribución de pacientes según nivel de instrucción.

TABLA 2. Distribución de pacientes estudiados según nivel de conocimientos sobre drogas legales

Nivel de conocimientos	No.	%
No adecuado	73	73
Adecuado	27	27

TABLA 3. Distribución porcentual del consumo de tóxicos en nuestro grupo de estudio según grupos de edad

Edad	Total	Tóxico consumido							
		Tabaco		Alcohol		Café		Combinados	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
15-19	11	6	54	2	18	-	0	3	27
20-35	22	6	27	8	36	3	13	5	22
36-59	35	9	25	12	34	8	22	6	17
60 y más	32	9	28	7	21	4	12,5	12	37,5
Total	100	30	30	29	29	15	15	26	26

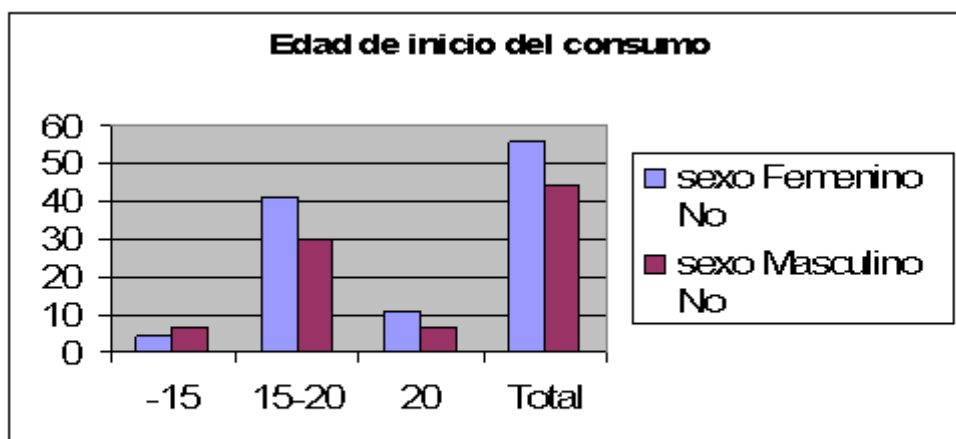


Fig. 2. Edad de inicio de consumo.

TABLA 4. Distribución porcentual de pacientes según motivos de inicio del consumo

Motivos	No.	%
Diversión	30	30
Evadirse	5	5
Curiosidad	20	20
Por imitación	22	22
Satisfacción	5	5
Ligar	3	3
Manifiestar rebeldía	7	7
Vencer la timidez	2	2
Combatir el ocio	-	-
Hábito familiar	4	4
Depresión	2	2
Total	100	100

TABLA 5. Percepción de riesgo en nuestro grupo de estudio

Percepción del riesgo	No.	%
Daña el estómago	67	67
Daña el hígado	91	91
Daña la familia	10	10
Daña el prestigio	30	30
Inversión de dinero	95	95
Daña la mente	20	20
Daña los pulmones otros órganos del sistema respiratorio	73	73

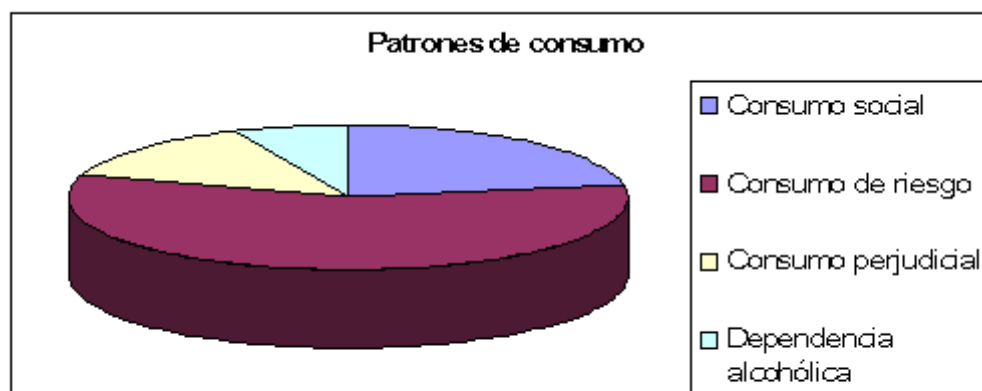


Fig. 3. Distribución de los patrones de consumo.