

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA



ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE UNA ESCALA
DE DESEABILIDAD SOCIAL Y EL CONSUMO DE
FARMACOS EN UNA POBLACION ESCOLAR

T E S I S

QUE SUSTENTAN:

MA. EUGENIA DE DIEGO RODRIGUEZ

AIDA VAZQUEZ OCHOA

PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

MEXICO

1981



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



25053.08
UNAM. 143
1981

M. - 34303

ps. 828

A mis padres:

Sr. Jorge Vázquez Gutierrez.
Sra. María de Jesús Ochoa de Vázquez.
Quienes con su apoyo y consejos hicieron
posible la culminación de mis estudios.

A mis hermanos:

Georgina.

Jorge.

Lidia Maura.

César.

A mis maestros porque de alguna forma todos
tuvieron alguna influencia en mi formación
profesional, particularmente a la Psicóloga
Annemarie Brügman quien por su personalidad
y enseñanzas engendró en mí un ideal de con-
ducta profesional.

A la memoria de mis
abuelos Q.E.P.D.

A mi madre quien con su
esfuerzo y amor me ense
ñó cómo luchar en la vi
da.

A Eduardo quien con su
amor me impulsó a lo--
grar ésta meta.

AGRADECEMOS A TODAS LAS PERSONAS QUE DIRECTA O INDIRECTAMENTE, CONTRIBUYERON A LA REALIZACIÓN DEL PRESENTE TRABAJO. EN FORMA ESPECIAL NUESTRO AGRADECIMIENTO AL MAESTRO PSICOLOGO JESUS MORALES TAPIA, POR HABER ACCEDIDO A DIRIGIRNOS LA TESIS. AL MAESTRO ACTUARIO AUSTREBERTO MONDRAGON BOLAÑOS Y A LA PSICOLOGA MA. ELENA CASTRO SARIÑANA EN CUYA COOLABORACION ENCONTRAMOS LA ORIENTACION NECESARIA PARA EL ANALISIS ESTADISTICO DEL PRESENTE TRABAJO.

PROLOGO

"Dulces son los frutos de la
adversidad"

W. Shakespeare

"La falta de conocimiento
propio es la esencia de la
ignorancia"

Krisanamurti

Mi experiencia en particular, sobre el fenómeno de la farmacodependencia se limitaba únicamente al conocimiento de dicho fenómeno, pero nunca pensé, que este mismo fuera tan difícil de erradicar, y sobre todo tan arduo de tratar, y más que nada los efectos directos e indirectos que produce la farmacodependencia, si tomamos en cuenta el daño que produce este fenómeno, tanto en la esfera familiar, social y económica de un país. Me di cuenta de la trascendencia de dicho fenómeno, cuando tuve la oportunidad de prestar mi servicio social en la institución CEMEF (Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia), actualmente Instituto Mexicano de Psiquiatría, específicamente en el área de Investigaciones Sociales, en este departamento fue donde palpé directamente la magnitud de este problema, lo que más me repercutió fue el hecho de enterarme que la población joven era la más asidua en el consumo de drogas, y más que na

da la facilidad del cómo se obtienen.

Quizás, alguna de las razones por las cuales, he mos escogido este tema para realizar la tesis, no es otra, sino el interés por este aspecto que es la farmacodependencia en población escolar, por lo mismo, es un tema, por demás bastante estudiado e investigado por varios estudiosos. Pero siendo de gran interés y sobre todo, por la trascendencia que esto implica, hemos decidido estudiarla.

En la existencia del ser humano hay planteamiento de METAS, a corto y largo plazo, alcanzables, basadas en la realidad, inalcanzables; cuando son producto de la fantasía; ante estas últimas habrá frustración al no poder lograrlas.

Mis metas son múltiples y reales, una de ellas está próxima a ser alcanzada, las demás, quedarán abiertas hacia el futuro. Se que en algunas tendré éxito y en otras no, pero el progreso se basa en ello y lo importante será luchar para obtener siempre los mejores logros.

La carrera de Psicología siempre me había interesado, pero dudaba entre tomar ésta o la de medicina, ahora; no me arrepiento de haberla elegido, pues realmente he encontrado lo que deseaba: ayudar a las personas que lo necesitan en una forma delicada e involucrando factores tan bellos; como es

el amor hacia nuestros semejantes.

Contribuyeron a mi decisión, por su forma de ser, entre otras personas, una maestra en la Preparatoria, cuyo nombre fue Ifigenia Frangos, quien por su dulzura, sencillez y gentil franqueza que tenía para con todos a quienes trataba, me hizo desear llegar a ser como ella, esto es, amar limpiamente a mis semejantes.

Hay que plantear al menos en mi experiencia, que los seis primeros semestres fueron difíciles, para alguien que ya había resuelto ser Psicólogo Clínico y ejercer tomando como base la Teoría Dinámica de la Personalidad de Freud, porque no conocía las teorías en forma general, sino tan solo se veía la teoría conductual y no se permitía elegir la forma de trabajo que nos pareciera mejor desde un principio.

Al llegar al área elegida, buena fortuna llevaban los Psicólogos Experimentales, Educativos y probablemente los Industriales, pero los Clínicos llegamos al área, sin tener el más básico ejemplo de la Teoría con la cual se trabaja en la interpretación de los Tests que utilizamos, así como en la dinámica existente en la personalidad de los pacientes que posteriormente tendremos que atender. Es ahí donde falla dicha preparación.

Mi gratitud a la Dra. Ana Ma. Brügman que con esfuerzo y deseo de ayudar a sus alumnos, logra crear una conciencia y deseo de superación y a quien debo la mayor parte de mi formación profesional.

Quisiera tratar en seguida sobre el problema al cual nos hemos avocado, éste es el de la farmacodependencia.

Seré franca y plantearé que en realidad no había captado la magnitud del problema, hasta enfrentarme con datos obtenidos en el lugar donde realicé el Servicio Social.

Lo que más me impactó fue el consumo de los inhalantes, para los cuales hay un fácil acceso y los consumidores son sujetos de corta edad. Por ello llevamos a cabo esta investigación, para la cual daremos todo nuestro esfuerzo y todos nuestros conocimientos.

Pretendimos poder dar una ayuda directa a los sujetos, pero estamos conscientes que sólo resultará una pequeña aportación, tratando de encontrar indicadores, que ayuden a la detección de la población en riesgo de consumo de fármacos y, así mismo crear conciencia en que debemos seguir enfocando dicho problema, ya que en realidad no tenemos una idea clara del fenómeno estando fuera de él.

Debemos luchar por combatirlo y ante los obstácu

los que se presenten poner más empeño, con la convicción de que: "se pierde una batalla, pero no la guerra".

INDICE

| | Pág. |
|---|------|
| Introducción..... | 1 |
| Capítulo I | |
| Antecedentes Historicos de las Drogas..... | 6 |
| Estimulantes. | |
| Signos y sintomas de intoxicación aguda..... | 31 |
| Depresores. | |
| Signos y sintomas de intoxicación aguda..... | 35 |
| Otros grupos | |
| Signos y sintomas de intoxicación aguda..... | 41 |
| Capítulo II | |
| Fundamentos teóricos..... | 47 |
| Capítulo III | |
| Metodología. | |
| 3.1. Esquema de muestreo..... | 62 |
| 3.1.1. Tamaño de la muestra..... | 65 |
| 3.1.2. Tamaño del subgrupo..... | 66 |
| 3.2. Instrumento | |
| 3.3. Planteamiento del problema..... | 71 |
| 3.4. Planteamiento de hipótesis de trabajo..... | 72 |
| 3.5. Procedimiento..... | 81 |
| 3.6. Análisis Estadístico..... | 82 |

Capítulo IV

Resultados..... 89

Capítulo V

Discusión de los Resultados..... 97

Apéndice A

Cuestionario.

Apéndice B

Glosario de términos

Apéndice C.

Cuadros y Gráficas.

Bibliografía.

INTRODUCCION

Durante la existencia del hombre, se ha tenido conocimiento de sus limitaciones, defectos y necesidades.

Se sabe desde años antes de Cristo, que el ser humano ha necesitado para mitigar el dolor, de sustancias que lo hagan salirse de la realidad, muchas de ellas son catalogadas como drogas o fármacos.

La aceptación social hacia el consumo de drogas ha fluctuado a través del tiempo, esto es, lo que fue prohibido en el pasado, ya no lo es tanto en el presente o viceversa. Por otra parte la aceptación hacia las drogas cambia, o no es igual para la población en general.

Las sustancias tóxicas, han sido utilizadas en nuestro País desde antes de la época Prehispánica, en ceremonias rituales de nuestros antepasados, preparándose para las guerras, para adornar a los dioses, para comunicarse con las deidades y lograr el conocimiento del futuro.

En la actualidad los fármacos o el uso de los mismos se ha extendido indiscriminadamente, sin tomar consideración de las razas, credos, situaciones socioeconómicas o políti

cas, se incrementó en forma alarmante con el movimiento "hippie" en los años setenta, por el deseo de la juventud de ir en contra de lo establecido en el mundo creado y determinado por los adultos.

Para conocer la relación que guarda el consumo de drogas con respecto a la necesidad de aceptación social en nuestro País, llevamos a cabo una investigación y para el efecto tomamos una población eminentemente escolar, ya que se ha**u** bía visto en investigaciones preliminares, que es en esta etapa (la que corresponde a la adolescencia) cuando surge la curiosidad, el deseo de imitar a otros y de pertenecer a un grupo de usuarios de drogas. Encontramos aquí el mayor peligro para la población que en un futuro constituirá el núcleo de mando en el desarrollo y la evolución de nuestro país.

En esta investigación, se han tomado dos de las regiones muestreadas; en la investigación, **N**acional sobre el Consumo de Fármacos y las Actitudes hacia la Farmacodependencia en Población Escolar de 14 a 18 años, realizada en el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia en 1976 (5) actualmente Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Dichas regiones; están formadas por las ciudades de Veracruz y Jalapa (Región A), Acapulco y Cuautla (Región B). Fueron elegidas por tener características similares por ser puntos de gran afluencia turística y diferencias en la localización geográfica.

Se tomó una muestra para la región A de 362 sujetos y para la región B de 403 sujetos. Así como un subgrupo de la muestra, considerando el tipo de uso de drogas; constituyendo dicho subgrupo, los poliusuarios, los usuarios de drogas médicas y los no usuarios. Se realizaron dos tipos de comparaciones a nivel estadístico, uno entre las regiones y el otro a nivel interno en cada una de las regiones. Para el análisis entre regiones se utilizaron las pruebas estadísticas de Chi cuadrada y la prueba "z"; para el análisis interno se utilizó, en cada una de las regiones, la prueba F de Análisis de Varianza en un Solo Sentido.

Se encontraron los siguientes resultados:

1. Mayor uso de drogas médicas por estudiantes de la región B. Constituida por las ciudades de Acapulco y Cuautla.

2. Mayor uso de drogas no médicas reportadas por los estudiantes de la región B, constituida por las ciudades de Acapulco y Cuautla.
3. Mayor uso de drogas médicas y no médicas (poliuso) en los estudiantes de la región A, constituida por las ciudades de Veracruz y Jalapa.
4. En cuanto al uso del alcohol, no se encontraron diferencias significativas entre la región A y la región B.
5. Mayor necesidad de aceptación social, en los estudiantes de sexo masculino de la región B, comparativamente con la región A, independientemente del uso de drogas.
6. No se encontraron diferencias significativas entre los sujetos de ambas regiones que reportaron el poliuso y la necesidad de aceptación Social.
7. No se encontraron diferencias significativas en ambas regiones de acuerdo al grado de

aceptación social, ni en relación al sexo, por los estudiantes que reportaron el uso de drogas médicas.

8. Mayor necesidad de aceptación social por los estudiantes que reportaron el no uso de drogas en la región B.

A nivel interno se encontro:

1. No hubo diferencias significativas en cuanto al grado de necesidad de aceptación social entre los poliusuarios, usuarios de drogas médicas y los no usuarios, ni tampoco con respecto al sexo, en la Región A.
2. No hubo diferencias significativas en cuanto al grado de necesidad de aceptación social, entre los poliusuarios, usuarios de drogas médicas y los no usuarios, ni tampoco con respecto al sexo en la región B.

CAPITULO I

Antecedentes Históricos de las Drogas

Hemos descubierto que formamos parte de una sociedad de consumo, sociedad por demás enajenante, llena de ostenticidad, ante la cual nuestros deseos se truncan por la necesidad de reconocimiento de un estatus social, determinado por el medio ambiente socioeconómico en el que nos desenvolvemos.

La marcada demanda de patrones de conducta específicos de cada estatus social, nos marca la pauta a seguir.

La forma de encubrir nuestras fallas y frustraciones, es por medio de escapes, tan infantiles e ineficaces como lo son el alcohol y las drogas, los cuales veremos que no forman parte de un presente, sino de un pasado tan lejano, enmarcando su existencia, su uso y abuso.

Empezaremos haciendo una revisión de las drogas utilizadas en la antigüedad, así como los fines para los cuales las destinaban:

Adormidera

Se emplea para la obtención del opio, de sus hojas inmaduras se obtiene también: morfina, codeína, papaverina. (12)

Amapola

(*Papaver rhoeas*), pertenece a la familia de las papaveráceas, es procedente de Europa y Asia. Se utilizó hace muchos años en nuestro país y se cultivaba básicamente en Xochimilco, hasta que se prohibió su cultivo. (12)

Cocaína (6)

La hoja de cocaína muy usada entre los Incas, que la utilizaban reservándola sólo para los nobles Incas en sus rituales religiosos, pero después de la conquista se extendió su uso e inclusive se volvió muy popular para mitigar el frío, el hambre, el dolor y la fatiga; se sabe que los conquistadores pagaban a los indígenas con hojas de coca.

Chicalote (12)

Cardo, Kanjol son sus nombres en Yucatán. Es una planta herbácea, su tallo alcanza más o menos 75 cms. de altura, de color blanquecino o ligeramente rosado, sus flores

son semejantes a la amapola. El análisis del jugo de la planta fue practicado por el Sr. Charbonier, revelando la presencia de una sustancia análoga a la morfina en pequeña cantidad. El padre Ximénez (14) llama a la planta chichilotl o chillazotl y dice:

"La simiente molida y dada a beber evacúa todos los humores, principalmente todos los flemáticos y que afligen las coyunturas".

Chijol (12)

Jabin, cocuite es llamado en Yucatán, Quintana Roo, Veracruz y Tabasco. Es un árbol de Tamaulipas, San Luis Potosí a Yucatán y Quintana Roo, alcanza de 15 a 18 m. de altura, su corteza es agrietada, de color ceniciento. La corteza es irritante y de color desagradable y contiene una sustancia (picidina) narcótica y analgésica. Es usada contra neuralgias, insomnio y tosferina.

Hoja Madre (11)

Calea Zacartechichi fue llamada por los chontales. Posee poderes adivinatorios.

"Fumada seca y preparada en infusión produce sueño y pueden recibirse mensajes de carácter adivinatorio, se puede poner en estado de visión profética".

En cierta época acostumbraban narcotizar con la misma planta a los criminales condenados a muerte, quizá con la idea de aminorar el sufrimiento.

Llora sangre (12)

Inguande o enguenda es llamada en Michoacán; Cocoxihuitl en Jalisco; Palo del Diablo en Sinaloa. Es un arbolito que crece en climas cálidos. Cuando se hiere el tronco, deja escapar un líquido de color rojizo, que los indios usaban para teñir telas y plumas.

Su uso vulgar entre los antiguos mexicanos, fue para curar las heridas y para disolver tumores, aplicando hojas machacadas y el jugo, curaban erupciones de la piel.

Examinado, presenta un conjunto de alcaloides cuyo nombre es boconina, que se ha usado como anestésico local

en forma de inyecciones hipodérmicas pero tiene el inconveniente de ser dolorosas.

Mariguana (1)

Cannabis Sativa, es una planta de la familia de la urticáceas. Introducida a México, a fines de la época Colonial, proveniente de Asia.

Su principal acción es la resina llamada canabina y otra es el canabinol.

Provoca atarantamiento pasajero, náuseas y torpeza muscular, hambre, sed, sueño y cierto grado de euforia y las reacciones agradables son parte de la sugestión.

Los Tepecanos usaron la cannabis, para los rituales religiosos, actualmente existen varios grupos que la usan con el mismo fin. En Veracruz se le conoce como la "Rosa Maó la hierba que hace hablar".

En el año de 1886, un estudiante de Medicina de la UNAM escribió su tesis sobre el abuso de la mariguana.

Ololluqui

Coatl-xoxouqui es llamado en lengua azteca; serpiente verde; Xtabentun en lengua maya; badao o bitoo y nicuana

laci en lengua zapoteca; yucu-ya-ha en lengua Mixteca; se-
ñorita o hierba de la virgen en Oaxaca.

Su nombre proviene del Nahuátl "ololoa" que sig-
nifica dar vueltas-girar.

Pertenece a la familia de las convulváceas.

Juan Bautista de Pomer (1) en su relación de Tex-
coco (1582) hace la siguiente referencia:

"Tiene un grano que se llama ololluqui
que también traen de tierra caliente el
cual molido y hecho masa es puesto en
partes hinchadas que proceden de dolo-
res interiores, quita el dolor y la hin-
chazón y tostado o molido y diluido en
agua, al ser bebido quita el molimien-
to del cuerpo, porque hace sudar".

Por otra parte en un reporte original de Fray
Bernardino de Sahagún (9) efectuado a mediados del siglo XVI
explica:

"Hay una hierba que se llama ololluqui

esta semilla emborracha y enloquece.

Darla por bebedizo para hacer daño a los que quieren mal y los que la comen paréceles que ven visiones y cosas espantosas; darla a comer con las comidas y a beber con las bebidas, los hechiceros y los que aborrecen a algunos para hacerles mal.

Esta hierba es medicinal y su semilla es buena para la gota, moliéndola y poniéndola en el lugar donde está la gota".

Bernardino de Sahagún, Hernández, Ximénez y Serna, comentan que los indígenas usaban las semillas de la planta para procurarse estado de narcosis acompañado de alucinaciones y también para curar las dolencias.

Hernández (8) dice:

"Es una planta caliente en cuarto grado, cura el mal gálico^o, calma los dolores que provienen del frío, disipa la flatulencia y resuelve los tumores, fortale-

ce la cintura relajada de las mujeres.

La semilla molida, tomada y untada en la cabeza y en la frente, con leche y chile, dicen que cura las enfermedades de los ojos.

Comida excita el apetito venéreo".

Los sacerdotes indios cuando querían simular que platicaban con los Dioses y recibían respuestas de ellos, comían esta planta para deleitar y ver mil fantasmas y figuras de demonios.

Ruíz de Alarcón (12) comenta:

" Es una semilla como lenteja y bebido su conocimiento, priva del juicio".

Siendo de maravillar la fe que aquellos naturales tenían en esta semilla, pues consultaban como un oráculo; para todo lo que deseaban saber, aún para aquello que el conocimiento humano no puede llegar como la causa de las enfermedades, que como es sabido, la atribuyen generalmente a un hechizo.

Esta planta se encuentra representada en los murales del paraíso de Tláloc en Teotihuacan y Tlanepantla.

Ortiga (12)

De la familia de las urticáceas, existe en el Valle de México, presenta los mismos síntomas que la cannabis sativa.

Peyote (12)

Peyotl (en lengua Azteca); Jicure (en lengua Huichol); Jículi o jicore (en lengua Tarahumara).

El peyote era una de las plantas más afarasas entre los indígenas del país. Con el nombre querían significar "lo que despierta, alucina, hace prever, dá vigor y valor".

Se ha descrito el uso del peyote por las culturas Tolteca y Chichimeca; después de la conquista se mencionaba el peyote como el Santo Niño del Peyote; actualmente se sigue usando por los grupos Tarahumara y Huichol.

Los Aztecas lo usaban para curar el reumatismo y como estimulante antes de las batallas y en las competencias deportivas, los Chichimecas además de usarlo en la

misma forma, lo usaban también en las danzas rituales.

El primero en describir esta planta fue Fray Bernardino de Sahagún (1) el cual dice que eran como tunas de tierra, llamadas peyotl, es blanca y crece en la parte Norte y dice:

"los que lo ingieren ven visiones espantosas o risibles, dura esta borrachera dos o tres días; es manjar común de los chichimecos, pues los mantiene y les dá ánimos para pelear y no tener miedo, ni sed, ni hambre y dicen que los guarda de todo peligro".

Francisco Hernández (8)

"machacado y aplicado a la parte enferma atiricia los dolores de las articulaciones.

Referían los indios, los que co-

men adivinan y predicen lo que gustan".

Aguirre Beltrán (1), dice que el peyote era usado con los siguientes propósitos:

"colectivamente para saber como saldrán en las batallas, para pelear y no tener miedo. Individualmente, para no tener ni sed ni hambre, para preservar se de todo peligro, para descubrir a los autores de un robo, para tener conocimiento de los frutos, para la curación de las heridas y para diferentes achaques de hinchazones o pasmos, porque se tiene por medicinal con moderación y templanza".

El padre Ortega (12), se expresó de la planta llamándola raíz diabólica y el padre Arregui afirma que los

indios huazancoras, tepecuanos, coras y nayaritas veneraban la raíz llamada peyotl, que beben para procurarse la embriaguez con resabios de locura y todas las imaginaciones fantásticas que les sobrevienen con la horrenda bebida, cogen para presagios de sus designos imaginando que la raíz les ha revelado sus futuros sucesos.

Salvia Divinorum

"Ska Pastora" de los Mazatecos o Pandora de los Zapotecos de Oaxaca. La mitobotánica Zapoteca de Reko dice: (11)

"produce visiones y los chinantecos y Mazatecos la llaman hoja de la adivinación".

Produce efectos psicotrópicos parecidos a los de los hongos. También fue usado el frijol del mezcal o frijol rojo.

Se encuentra en la Sierra Mazateca, es de tallo cuadrado y hueco, de color verde cristalino, del que emergen sus hojas alternas. Se usa esta planta con mayor frecuencia que los hongos en la zona Mazateca para adivinar las

causas de la enfermedad y el tratamiento de la misma, para localizar personas u objetos perdidos y para visualizar a parientes y amigos distantes.

Se administra con la dirección del Chamán, quien guía la ingesta en una ceremonia de días propicios.

Teonanácatl

Hongo sagrado de los Dioses o bien llamado Carne Sagrada de los Dioses. Se encuentra en el Estado de Oaxaca.

Los indígenas comían de 12 a 15 hongos, para curarse una intoxicación, dura su efecto unas 3 horas, mayor número de ingestión de hongos, provocará envenenamiento peligroso (12).

Se menciona que los médicos Aztecas "Tlamantini" eran conocedores del uso de las plantas y los médicos "Tiutl" eran considerados como embusteros, ceremoniosos y adivinadores.

Hernando Ruíz de Alarcón (6), reconoce la degeneración de usos de los Aztecas y hace referencia a la embriaguez, que no era permitida y sí castigada con pena de muerte.

te.

Bernardino de Sahagún (6), menciona que durante la fiesta de coronación de Moctezuma en 1502, se sirvieron hongos alucinógenos, que existían hierbas que emborrachaban y que sin ser hierbas medicinales, tienen propiedades de este tipo.

Toloache

Datura Metel L (12), llamada Tlapa en Guerrero, Chamico en Tabasco y Xtoche en Yucatán.

Ingeridas las hojas o las semillas en cierta dosis, provocan delirios, alucinaciones, convulsiones, sudores, dilatación de pupila, estupidez y en casos graves ocasionan la muerte.

Antiguamente la usaban las pitonisas y los magos para ponerse en estado de "visión profética".

Yauhtli

Llamada de esta manera en lengua Náhuatl; llamada Tumutsali en Huichol (11).

La fumaban con fines alucinógenos una mezcla de tabaco salvaje (nicotina rústica) con una planta que la llama-

ban tumutsali o yauhtli, produce quietud, mirada fija y grandes periodos de ojos cerrados.

Se mencionan visiones e imágenes similares a las producidas por el peyote.

También en el extranjero las plantas medicinales y tóxicas fueron conocidas en la antigüedad, por lo que mencionaremos aquí las plantas que ya se conocían y el uso que le fue dado en las diferentes culturas.

Betel

Las referencias más antiguas de su uso nos las dá Teofrasto (1) en 340 A.C.; en Prusia en 600 D.C. se vendía libremente en más de 300 tiendas; en Africa y en la India, se sigue usando en la actualidad, por ejemplo los monjes de Birmania la usaban para inspirarse en la autoreflexión. En Tailandia se usa socialmente e incluso se sirve a los visitantes en el café o té.

Cocaína

En 1858, Norman (10), aisló un componente activo de la coca, llamándolo cocaína. El primer uso que se le dió a la cocaína fue anestésico local.

Freud habla de la cocaína como una cura para la morfina y posteriormente culpa a las jeringas de los problemas causados por la cocaína.

En el siglo pasado en los Estados Unidos, se empezó a usar un tónico, ideal en Georgia (el vino francés de la coca). Así fue como se abrió la primera fuente de sodas en una farmacia y se empezó a vender la coca-cola.

En la India se empezó a usar la coca, como un sustituto de la Nuez-Betel y en la actualidad se mastican ambas.

En Egipto, en la actualidad es más común el uso de la coca entre las clases acomodadas.

La coca era muy usada entre los Incas, la utilizaban reservándola solo para los nobles Incas en sus rituales religiosos, pero después de la conquista se extendió su uso, e incluso se volvió muy popular, para mitigar el frío, el hambre y la fatiga. Se sabe que los conquistadores pagaban a los indígenas con hojas de coca.

La coca sigue siendo muy usada entre los países de Bolivia, Perú y Colombia, incluso actualmente a los mi-

neros de Colombia se les paga con hojas de coca, para que mitiguen el hambre, el frío y el dolor.

Heroina (10)

Al ver que la morfina también causaba adicción, se destiló un nuevo derivado (1898). En un principio no se le atribuyeron propiedades de dependencia, sino que se utilizó para curar la adicción al opio y a la morfina; como se le consideraba una sustancia heroica para curar la adicción, se le llamó heroína. Entre los años 1917 y 1930, se calcula que había más de 8 millones de adictos en China y en 1937 aproximadamente 15 millones. Se calcula que en 1967 había en Estados Unidos 200 mil heroinómanos. También existen muchos adictos en el Canadá y en Inglaterra.

Mandrágora (14)

Dado que su raíz semeja la figura del ser humano, se le atribuyen poderes mágicos que se mencionan en el Libro del Génesis, como un inductor de la fertilidad, también se le menciona en la Canción de Salomón y en la Medicina Egipcia así como en la Medicina Asiria.

Hipócrates la usaba para combatir la ansiedad y la

depresión.

Mariguana

La planta de mariguana es tan antigua que se descubrió una tela que se hacía de fibra de cannabis sativa con una antigüedad de aproximadamente 6000 años.

Se tiene información de su uso en China por el Emperador Chen-Nung hacia el año 2737 A.C., en su Tratado sobre Herbolaria. Shu-King descubrió los usos de la mariguana y el Médico Huato operó, utilizando una mezcla de mariguana y de vino como sedante.

Por otra parte, Demócrito menciona sus usos y Teofrasto, que vivió entre 371 y 287 A.C., fue el primero en clasificarla. Galeno habla de la mariguana como medicina. Herodoto menciona su uso durante el reinado Asirio de Asurbanipal y parece que el emperador Nabucodonosor la comía. Más tarde entró en los países Musulmanes y en la actualidad es prohibido su uso excepto en Marruecos, donde se le conoce como "Kif".

La resina de la mariguana llamada Hashish, debe su nombre a Al Hasan Ibn Al Sabhah, quien proclamaba ser

descendiente directo de los reyes Himiaritas de Sudarabia; a sus seguidores se les llamó "Hashishins" o asesinos ya que se separaron de la Ortodoxia Musulmana. Su uso fue derivando a Asia Menor por Herodoto y algunos grupos Nómadas.

En la India el uso de la mariguana y su resina, es mencionado en el libro sagrado Pig-Veda, e inclusive existe una costumbre hindú de tirar al río los ídolos y de beber este líquido que se prepara con agua, leche, pepino, semillas de melón, azúcar, pimienta negra y cannabis. Se le conoce en la actualidad como "Bhang".

En Europa no hay referencias concretas sobre el uso de la cannabis, excepto en Francia, cuando Napoleón llegó de la batalla con Egipto, se dice que dió una fiesta, en la cual se hizo todo un ritual con cannabis.

El Dr. Jacques Joseph Moreau, fue el primero en usar la resina de cannabis para la curación de enfermedades mentales. En las referencias, en un salón de París, se fundó en 1844 en club de los "Hashishins", en el cual se efectuaban rituales religiosos, donde usaban mariguana y sus resinas.

Morfina

La Morfina es un derivado del opio, que fue destilado por primera vez en 1806 por el Dr. Frederik Setomer, quien le dió ese nombre debido a que induce al sueño, su uso se incrementó mucho durante las guerras de Estados Unidos (1861-1865), Crimea (1854-1856) y la Franco Prusiana (1870-1871) para curar las heridas de las batallas.

A la llegada de los trabajadores chinos a San Francisco, se incrementó el uso del opio en los Estados Unidos, extendiéndose al grado de que en 1875, se promulgó una ley regulando su uso y en 1909 una ley que prohibía su importación.

Inicialmente se pensó en la morfina para curar la dependencia al opio pero se vió que también causa dependencia.

Opio

El opio es una de las sustancias más antiguas, hay referencias de su uso con los Sumerios en el año 4000 A.C.; en los Egipcios desde el año 3500 A. C. y en los Chipriotas, Griegos y Cretences en el año 2000 A. C.

El opio se cultivaba en Egipto, Chipre y Turquía y de estos lugares se exportaba a Grecia, donde era usada con fines terapéuticos.

Wier (12) cita, respecto al uso del opio en los Turcos:

"No hay Turco que no gaste hasta su último dinero en comprar opio. Tienen también un polvo que llaman Heirab-luc, del que tomándose una cucharada llena hace perder la palabra e inconteniblemente hace reír a quien la ha tomado, que cree ver cosas maravillosas..... cuando les han preguntado qué era, muchos han respondido: "grano de cáñamo".

El opio fue introducido a China en los siglos XVI y XVII. Al principio se mezclaba con tabaco para usos medicinales, pero posteriormente se aumentó el uso del opio. En China el problema del opio era muy grande ya que en

1840 había más de un millón de usuarios; éste problema se agravó con la famosa guerra del opio (1842-1858) entre Inglaterra y China, ya que se difundió entre la población China los poderes afrodisíacos del mismo.

García Da Horta (12) habla del opio como una droga "estupefactiva" que los Turcos tomaban para combatir el cansancio y para hacerse más aptos para el amor.

Peyote

El antropólogo Slotkin habla del uso del peyote en varios libros de las tribus de Estados Unidos.

Los grupos que más la utilizaban fueron los Náva-jo en los Estados Unidos.

Los alucinógenos han sido usados también por algunas culturas Sudamericanas como la cultura Chavín en Perú en el año de 180 A.C.; los Incas y los Chikchas en Perú y Colombia respectivamente utilizaban la datura (con contenidos psicoactivos) para los esclavos y las mujeres que enterraban vivos en los funerales de sus amos.

Estas sustancias también son mencionadas por el Médico Avicena (12) en el siglo XI y se dice que la tomaron

los soldados de Marco Antonio cuando regresaban de Parcia.

Tangélida

Es otra sustancia que menciona Discórides (12) en De Materia Médica entre más de 600 especies vegetales. Dicha planta crece en el Líbano y hace profetizar a quienes la ingieren.

Los Galos heredaron de los Celtas el conocimiento de las drogas vegetales que utilizaban tanto por sus virtudes medicinales, como por sus propiedades alucinógenas.

Un sin fin de drogas psicotrópicas ha sido usado desde épocas muy remotas, por lo que podemos comentar que el consumo de las drogas, no tiene su inicio en los contextos actuales.

El problema del uso y abuso de las drogas ha existido desde años antes de Cristo y permanecerá extendiéndose cada día más si no se lucha por evitar que integre un escenario lamentablemente triste y peligroso para la vida humana.

Hemos visto las drogas en la antigüedad, revisaremos enseguida la situación actual de las drogas y los cono-

cimientos de las mismas a nivel científico.

División de los Fármacos y sus Propiedades (16)

Para fines meramente ilustrativos y prácticos se cuenta con una división para el estudio de los fármacos.

La clasificación que a continuación se detallará ha sido elaborada de acuerdo a la acción de los fármacos sobre el Sistema Nervioso y sus manifestaciones clínicas.

Se tienen dos grupos de fármacos:

I. ESTIMULANTES

1. Aminas Simpaticomiméticas

Anfetaminas

Dextroanfetaminas

Metilamfetamina

2. Cocaína

3. Alucinógenos o Psicoticomiméticos

L.S.D.

Mezcalina

Mariguana

II. DEPRESORES

1. Hipnóticos Sedantes

a) Barbitúricos:

barbital

fenobarbital

b) No Barbitúricos:

Hidrato de Cloral

Hidrato de Butil Cloral

Etolol

2. Ansiolíticos

Cloridiazepóxido

Diazepam

Meprobamato

Metacualona

3. Analgésicos Narcóticos

Morfina

Codeína

Pentazocina

4. Inhalantes (grupo especial)

Xileno

Tolueno

Acetona

Eter

Oxido Nitroso, etc.

III. OTROS

1. Antihistamínicos

Difenhidramina

2. Anticolinérgicos o parasimpaticolíticos

Escopolamina

Atropina

3. Antiparkinsonianos

Levodopa

Trihexifenidil

I. Estimulantes

1) Aminas Simpaticomiméticas

Los efectos más importantes se producen en el

Sistema Nervioso Central, el Sistema Cardiovascular y el músculo liso.

Los efectos más notorios los producen dosis de 10 a 30 mg; se ve aumento del estado de alerta y de la iniciativa, falta de sueño, disminución de la sensación de fatiga, mejoría del ánimo, la confianza y habilidad para concentrarse, euforia y verborrea. Mejora la capacidad mental para resolver problemas sencillos. Incrementa la capacidad física y aún utilizando dosis más altas o repetidas pueden provocar efectos opuestos tales como depresión mental y fatiga.

Aumenta la actividad espontánea, intranquilidad, agitación, estimulación del centro respiratorio, merma en el apetito y la pérdida de peso corporal. En general, aceleran y desincronizan el electroencefalograma, aumentan la incidencia de ondas de alta frecuencia y reducen la amplitud de las ondas delta que se presentan después de un periodo prolongado de insomnio.

Incrementan la presión arterial sistólica y diastólica, generan contracción de los vasos sanguíneos (excepto de las coronarias), relajación del músculo liso de los bron-

quios, del estómago, intestino, vejiga y uréter, contracción de esfínteres y de la cápsula esplénica.

Las anfetaminas causan una dependencia psíquica pero no física.

Signos y Síntomas de Intoxicación Aguda

Irritabilidad, agresividad, insomnio, fiebre, euforia, hipotensión, resequedad bucal, "sabor metálico", anorexia, náuseas, reflejos hiperactivos, líbido incrementado, inquietud, temblores, vértigo, confusión, arritmias cardíacas, dolor anginal, colapso circulatorio, vómitos, diarreas, dolor abdominal, alucinaciones, delirio, ausencia de excreción urinaria, convulsiones, coma y falla respiratoria.

2 Cocaína

Es un anestésico local tipo éter, puede causar dependencia, su uso está restringido a cirugía oftálmica y de oído, nariz y garganta; cuando se aplica a mucosa, sus efectos anestésicos comienzan entre los 5 ó 6 minutos y persisten durante 20 o más, según la concentración de la sustancia y la vascularidad del tejido.

La cocaína estimula la corteza cerebral y crea un sentimiento de bienestar, cesa la fatiga y aumenta la capacidad de trabajo. Pero nunca se debe administrar una solución de cocaína por inyección en anestesia local, regional o espinal. Hay otros anestésicos igual de efectivos y más seguros.

Signos y Síntomas de Intoxicación Aguda

Se presenta: inquietud, excitabilidad, euforia, alucinaciones, resequedad bucal, midriasis, incremento de los reflejos, escalofrío, fiebre, dolor abdominal, náusea, vómito, espasmos musculares, pulso rápido al principio y luego lento y débil, palidez, respiración irregular y rápida que después se torna baja y lenta, convulsiones de origen cerebral, hipotensión, fallas circulatorias, coma y colapso respiratorio.

3) Alucinógenos o Psicómiméticos

A este respecto y tomando como base al LSD y la mezcalina, las drogas alucinógenas o psicómiméticas son muy parecidas entre sí. Desarrollan acciones psíquicas motoras o autonómicas, después de administrarse y de un

periodo latente de media hora o un poco menos (vía oral).

Signos y Síntomas de Intoxicación Aguda

Se presenta: midriasis, visión borrosa, distorsión de la percepción y de la agudeza auditiva, temblor, fiebre, relajación, temor o depresión, disociación mental, dificultades en resolver problemas simples, distorsión en la noción del tiempo, fenómenos parecidos a trastornos psicóticos de la personalidad y algunas veces alucinaciones.

II Depresores

1. Hipnóticos Sedantes:

a) Barbitúricos

Los barbitúricos actúan como depresores del Sistema Nervioso Central. Con dosis crecientes es posible producir sedación ligera y profunda, pérdida del conocimiento, sueño, anestesia quirúrgica y depresión respiratoria. El grado de depresión depende del barbitúrico, de la dosis, de la vía de administración y de la excitabilidad del Sistema Nervioso Central. Al usar dosis pequeñas es posible disminuir la intranquilidad, la tensión emocional y la ansiedad, sin mer-

mar significativamente la percepción sensorial y el estado de alerta. Además de las propiedades sedativas, los barbitúricos intervienen en la disminución del componente psicógeno de las enfermedades gastrointestinales, cardiovasculares, biliares y respiratorias. Reducen la ansiedad originada por los síntomas somáticos.

El sueño inducido por los barbitúricos es en definitiva, diferente al sueño fisiológico, puesto que el sueño inducido por los barbitúricos disminuye la fase de REM (sueño de ondas rápido o paradójico).

Es evidente que el uso crónico de barbitúricos produce dependencia y tolerancia, la dependencia tanto física como psíquica. La suspensión brusca, después del suministro prolongado origina la aparición del Síndrome de abstinencia cuyas consecuencias pueden ser muy graves.

b) No Barbitúricos:

Signos y Síntomas de una Intoxicación Aguda

Desorientación, somnolencia, letargia, inestabilidad, miosis, midriasis, como profundo (prolongado si hay edema cerebral), flacidez muscular, ausencia del reflejo cor-

neal.

Etanol

Actúa en forma depresiva en el Sistema Nervioso Central, particularmente sobre la corteza cerebral y sus funciones inhibitorias. La ingestión de pequeñas cantidades, puede posponer la fatiga y también incrementar el trabajo en proporción directa con la simplicidad de la tarea afrontada. Las preparaciones que contienen grandes cantidades de alcohol irritan el estómago y producen gastritis si se las toma habitualmente; en cambio cantidades mínimas diluidas adecuadamente ayudan a la digestión inhibiendo emociones como la ansiedad y la ira. El alcohol, que causa vasodilatación periférica e incrementa la pérdida de calor, llega a desarrollar una tolerancia limitada a su acción sobre el cerebro, pero la dependencia que crea implica comúnmente un grado de tolerancia a otros narcóticos alifáticos y anéستésicos.

Signos y Síntomas de Intoxicación Aguda

Coma, estupor, piel fría y pegajosa, hipotermia, respiración lenta y ruidosa, midriasis y taquicardia. Los casos de muerte son poco frecuentes, pero suelen presentarse

gastritis y pancreatitis.

2) Ansiolíticos

Los ansiolíticos son depresores del sistema Nervioso Central y su acción sobre éste resulta semejante a la que producen los barbitúricos. En dosis pequeñas disminuyen la intranquilidad, la tensión emocional y la ansiedad, sin afectar grandemente la percepción sensorial y el estado de alerta. Desde luego los efectos tranquilizantes más notorios, los ejercen en pacientes neuróticos y discretos o nulos en pacientes psicóticos. Una dosis elevada, produce depresión, sueño e incoordinación motora severa.

Signos y Síntomas de Intoxicación Aguda

Signos clínicos: Somnolencia, letargia, movimiento rápido involuntario del globo ocular, diplopía (visión doble), visión borrosa, pupilas puntiformes, debilidad, lascitud, relajamiento muscular, zumbido de oídos, confusión mental, alucinaciones, disminución de los reflejos, coordinación pobre, hiperactividad, convulsiones en algunos casos, hipotensión, shock, coma con cianosis y depresión respiratoria.

3) Analgésicos Narcóticos:

En esta descripción se toman como base los efectos que desarrolla la morfina, no solo por ser el principal alcaloide del opio, sino porque sirve de unidad comparativa en cuanto a estos estudios.

En el hombre esta sustancia provoca efectos fundamentales, como son la analgesia y la hipnosis, sobre todo suministrada en dosis pequeñas, así mismo que alivia el dolor en todos sus aspectos desagradables (miedo, ansiedad, apresión, fatiga, hambre, etc.) creando una situación de bienestar y euforia. También deprime la atención y la concentración del individuo, le produce sedación y apatía. En las mujeres genera un estado de excitación acompañado por ansiedad, miedo, delirio y frecuentemente náuseas y vómitos debido a la estimulación del bulbo. Con dosis más elevadas pasa del estado de euforia rápidamente al estado de sueño profundo, con respiración deprimida y miosis. Al despertar, la depresión en el individuo es evidente. Cuando se emplean dosis mayores, puede desencadenarse un estado de coma capaz de llevar a la muerte por paro respiratorio. La morfina tam-

bién produce constipación en el tracto gastrointestinal retardando la evacuación hasta 12 horas.

Signos y Síntomas de Intoxicación Aguda

Se presentan: miosis sin respuesta a la luz, náuseas, vómito y resequedad bucal, sudoración, hipotermia, temblor y flacidez muscular, depresión respiratoria intensa, pulso regular, lento y débil, espasmos en tracto gastrointestinal y biliar, presión sanguínea normal, excepto cuando hay una deficiencia de oxígeno, convulsiones en algunos casos (cuando se trata de codeína, demerol, apomorfina), inconciencia y coma.

Existe la posibilidad de complicaciones, comúnmente neumonía y edema pulmonar.

4) Inhalantes (grupo especial)

Todos estos productos causan en los seres humanos o animales, depresión del Sistema Nervioso Central (su acción más importante) y la exposición repetida a ellos deprime la médula ósea. Se ha descubierto en individuos muertos por una intoxicación por inhalantes, al efectuar la autopsia, hemorragias petequiales, sangre no coagulada y con

gestión de todos los órganos.

Signos y Síntomas de Intoxicación Aguda

Sobrevienen: vértigo, debilidad, euforia, cefalea náusea, vómito, opresión torácica e inestabilidad en la marcha. Si la exposición al inhalante es mayor, se producen: visión borrosa, temblores, respiración rápida y superficial, irregularidad en el latido ventricular, inconsistencia, convulsiones y coma. La excitación violenta o delirio pueden preceder a la inconciencia.

III. Otros Grupos

1. Antihistamínicos

La mayoría de los antihistamínicos producen depresión del Sistema Nervioso Central y en dosis elevadas, los efectos contrarios. Con respecto a su toxicidad, los efectos colaterales varían con la sensibilidad del paciente y el compuesto; el más común es la sedación que varía de ligera somnolencia a sueño profundo, incluyendo incapacidad para concentrarse, lasitud, desvanecimiento, debilidad muscular e incoordinación. El efecto sedante disminuye a medida que se adquiere tolerancia, pero las náuseas, diarreas, vómitos

cólicos y dolores epigástricos, así como los de cabeza, la visión borrosa, tinitus, etc, pueden aparecer como efectos colaterales. En los lactantes y niños, algunos histamínicos actúan como estimulantes del Sistema Nervioso Central y una sobredosis es capaz de provocar convulsiones e hiperquinesia.

Signos y Síntomas de una Intoxicación Aguda

Pupilas dilatadas (midriasis), resequedad bucal, cara sonrojada, mareos, ataxia, temblores, alucinaciones, convulsiones (tónico-clónicas intermitentes), hipertermia, estupor que pasa a coma y colapso cardiorespiratorio'

2) Anticolinérgicos o Parasimpaticolíticos

Se dividen en:

A) Alcaloides Naturales

B) Anticolinérgicos Sintéticos

a) Alcaloides Naturales

Los principales efectos farmacológicos que desarrollan los alcaloides de las solanáceas son fundamentalmente dos: a) una acción estimulante o depresora sobre el Sistema

Nervioso Central, y b) una acción parasimpaticolítica o anticolinérgica que bloquea los efectos muscarínicos de la acetilcolina, semejándose esto último al efecto que se produce cuando se seccionan las fibras colinérgicas parasimpáticas, posganglionares. La aplicación de dosis elevadas de atropina en la piel produce vasodilatación y enrojecimiento de la región, que además se calienta. Dosis terapéuticas de anticolinérgicos aumentan ligeramente la frecuencia y amplitud de la respiración; en cambio dosis elevadas de atropina provoca depresión del Centro Respiratorio, llegando incluso a ocasionar la muerte por parálisis respiratoria. Estas drogas actúan sobre el síndrome parkinsoniano inhibiendo sus síntomas fundamentales (rigidez y temblor), lo que redundará en una mejoría de la marcha, la palabra y la actividad muscular.

b) Anticolinérgicos Sintéticos

La mayoría de estos fármacos producen efectos antiespasmódicos sobre el músculo liso; además de su instalación en el ojo o administración general, provoca midriasis y apoplejía, aunque la potencia y duración de esta ac-

ción es mínima. En el tracto intestinal actúa mermando la secreción salival, aunque en menor grado que los alcaloides de origen natural, en cambio la secreción gástrica si disminuye más que con los alcaloides de origen natural.

Sobre el centro respiratorio, las dosis terapéuticas no causan ningún efecto, per sí una dosis mayor la cual produce depresión.

Sobre el Sistema Nervioso Central no desarrolla efectos importantes, sino una ligera estimulación central, similar a la que desarrollan las aminas terciarias.

Signos y Síntomas Clínicos de Intoxicación Aguda

Estos agentes suelen emplearse para aliviar ciertos efectos colaterales provocados por las fenotiazinas. Su cuadro sintomático comprende: midriasis con pérdida del reflejo a la luz y acomodación, incremento a la tensión intraocular, visión borrosa, sensibilidad a la luz, membranas y mucosa resacas, dificultad para respirar, sed, irregularidad en el pulso, palpitaciones, calor, piel seca (sin sudoración), hipertermia, confusión, desorientación, delirio, alucinaciones visuales, disturbios en el habla, excitabilidad,

elevación inicial de la presión sanguínea, dificultad para orinar, distensión abdominal, respiración rápida, luego lenta y superficial, convulsiones y en casos de intoxicación severa, hipotensión parálisis y coma.

3. Antiparkinsonianos

En general estas sustancias poseen una acción estimulante (trihexilénidil, levadopa), depresoras (etopropina) o ambos efectos sobre el Sistema Nervioso Central como la fenglutarimida. Aunque su principal acción es la de inhibir las manifestaciones del Síndrome de Parkinson (acinesia, rigidez, temblor).

No todos los compuestos tienen una acción similar, usándose generalmente combinados para lograr una mayor acción, así como la levadopa mejora a la acinesia en mayor grado que las otras sustancias, al usarse ésta junto con los medicamentos de acción atropínica que mejoran la rigidez y ayudan a controlar la hipersalivación y otras síntomas, el efecto general es superior.

Signos y Síntomas de Intoxicación Aguda

Pérdida de memoria, ideas delirantes, alucina-

ciones, alteración en la capacidad de abstección, agitación, desorientación, visión borrosa, sed, sequedad de mucosas, náuseas, vómitos, vértigos, psicosis.

Así como hemos revisado los usos de las drogas en la antigüedad y en la actualidad su concepción científica, indicaremos que existen también estudios recientes sobre el por qué del uso de los fármacos por los jóvenes.

CAPITULO II

Fundamentos Teóricos

Se han realizado varias investigaciones sobre farmacodependencia, la mayoría en población escolar, punto de gran interés para el presente estudio.

En México existe gran interés acerca de el fenómeno "farmacodependencia" y así:

Lafarga, J.; y cols en 1970 en una universidad de la Ciudad de México, realizaron una encuesta sobre las actitudes de los estudiantes hacia el uso de fármaco y el consumo de los mismos. La muestra estuvo formada por 642 alumnos que comprendían edades de 18 a 33 años, de los estratos socioeconómicos medio y alto.

Resultados:

1. El uso de marihuana por la población fue del 28% en el momento de realizar la investigación.
2. El uso de estimulantes, alucinógenos y narcóticos fue de 0.7% de la población estudiantil.

3. La variable que se encontró consistentemente asociada con la experimentación fue la curiosidad.

El 20% de la población reportó haber experimentado la marihuana y del 3 al 15% los demás fármacos estudiados.

La mayor parte de los experimentadores y consumidores fueron personas del sexo masculino que cursaron el primer año de la carrera. De estos resultados podemos generalizar:

"Incidencia de experimentación y uso guarda una proporción inversa a la potencialidad de los fármacos en la población estudiantil. La experimentación y el uso disminuye en la medida en que el estudiante avanza en su preparación académica.

Así el Dr. Gamiochipi en 1970-71, en una encuesta realizada por la Jefatura del Departamento de Psicología Médica y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM mostró que las cifras para consumidores ocasionales eran las siguientes: habían ingerido alcohol de manera ocasional 38% de los estudiantes; barbitúricos 5.3%; marihuana

solo el 3.8%; anfetaminas 4.2%; tñner 2.4% y LSD el 0.5% de la poblaci3n. Se concluy3 que:

1. La mayoría de los adolescentes consumidores llevaban a cabo sus prácticas de adicci3n en compańía de otros y casi nunca solos.

2. La mayoría de los adolescentes que se tornan dependientes de las drogas, presentan desajustes de la dinámica de su personalidad y también frecuentemente problemática familiar.

Posteriormente de la Fuente y cols.; llevaron a cabo una investigaci3n en la Unidad Psiquiátrica del Hospital Espańol.

Se tomaron 69 casos de jóvenes de los cuales 53 eran varones y 16 mujeres cuyas edades fluctuaban entre 13 y 22 años, fueron objeto de un examen clínic3 extenso, que incluy3, además de los exámenes médicos de rutina, un número variado de entrevistas directas, aplicaci3n de pruebas psicológicas y examen neurológico y electroencefalograma. Los objetivos eran:

1. Características Clínicas del Trastorno Psiquiátrico que motivó la hospitalización del enfermo.
2. Droga o drogas usadas, cantidad, frecuencia, duración y relación cronológica con la iniciación del trastorno.
3. Conducta y rasgos determinantes en el carácter del enfermo.

Se concluyó que 55 de los sujetos antes del abuso de la droga, presentaban tendencias neuróticas en forma pronunciada, distribuidos de la siguiente manera:

- a) Tendencias pasivo-dependientes 10 casos;
- b) tendencias a la rebeldía y a la obstinación 17 casos; c) propensión a la búsqueda de aventuras peligrosas y a correr riesgos innecesarios 14 casos y d) tendencias al autismo 14 casos.

Por otra parte 14 sujetos provenían de hogares desintegrados o pobremente integrados. En 22 casos fue notoria la debilidad del padre y su carencia de autoridad y en 28 casos su autoritarismo irracional; en 20 el rechazo de la madre fue aparente, en 30 la actitud de la madre fue sobreprotectora y con indulgencias excesivas.

El análisis de los datos nos hace concluir que 69

de los enfermos estudiados sufrían padecimientos psiquiátricos directa y específicamente con el consumo de drogas; en otros las drogas fueron sin duda un eslabón en la cadena de sucesos etipatagónicos, ya sea como agentes activadores de procesos patológicos latentes o bien, propulsores de procesos patológicos en marcha.

Siguiendo con la investigación de fármacos; de la Fuente y cols.; (1972) del departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM, realizaron estudios para determinar la prevalencia del consumo de fármacos en jóvenes estudiantes de la Escuela Nacional Preparatoria mediante la aplicación de un cuestionario cerrado de opción múltiple. Se seleccionó el 1% de los alumnos de acuerdo a las listas oficiales.

En su fase preliminar se aplicaron 233 cuestionarios, de los cuales: el 56% (132 casos) reportó consumir alcohol, el 10.4% (24 casos) marihuana, el 10.7% (25 casos) tñner; el 10.5% (23 casos) anfetaminas, el 9% (21 casos) barbitúricos, el 1.2% (3 casos) hongos alucinógenos y el 1.2% (3 casos) LSD.

En la segunda fase se aplicaron 393 cuestionarios de los cuales: el 63% (248 casos) reportó consumir alcohol, el 9.4% (37 casos) marihuana, el 6.3% (25 casos) tñner, el 12.2% (47 casos) anfetaminas, el 9.7% (38 casos) barbitúricos, el 1.2% (5 casos) hongos alucinógenos, el 0.2% (1 caso) LSD.

Generalizando hubo un aumento en el consumo de las diferentes sustancias estudiadas, pero debiendo tomar este incremento con sumo cuidado, ya que las muestras utilizadas en dichas investigaciones varían en el número de sujetos examinados.

Por otra parte, Cabildo M. H. y cols.; en 1974 investigaron sobre el uso de sustancias tóxicas entre jóvenes del Distrito Sanitario XVI, Tercera Muestra Seriada.

Se eligieron como representantes del universo de máxima prevalencia, grupos de estudiantes a nivel bachillerato, de jóvenes inscritos en la ENP de la UNAM y de la Vocacional IPN.

Se tomó una población de 497 jóvenes de ambos sexos, turno matutino y vespertino. Utilizando a un psicólogo como aplicador de los cuestionarios.

Conclusiones:

1. Aumento en la incidencia.
2. La marihuana es la sustancia de más consumo, aún cuando hay consumo de pastillas y de inhalantes y la prevalencia en el uso de drogas mayores como la cocaína.
3. Los usuarios presentaron más familias incompletas y numerosas e inconformidad hacia las mismas y hacia el medio ambiente.
4. Los principales motivos que incitan a los jóvenes hacia el uso de sustancias intoxicantes sigue siendo básicamente una expresión de la adolescencia y de la presión del grupo; también como factores de aprobación de grupo, autoafirmación y satisfacción de sus necesidades de nuevas vivencias y poder expresar su protesta y su rebeldía hacia el adulto.

Otra investigación realizada por Cabildo M.H. y cols.; en 1974, fue un estudio en donde se postula las motivaciones del uso de drogas en una población joven. Las respuestas que dieron los jóvenes encuestados respecto al motivo por el cual usaban sustancias intoxicantes fueron: "para tener nuevas sensaciones, por gusto, para huir de los problemas, para con-

descender con los amigos, para descansar, por no poderse negar, para ser aceptado por el grupo, como protesta y por imitación".

Los principales aspectos sociales que parecen influir para favorecer el consumo en cualquier parte del mundo pueden ser los siguientes:

1. La transformación acelerada de la sociedad con alteración de los valores y modos de vida establecidos y debilitamiento del núcleo familiar.

2. La inconformidad con la sociedad, particularmente expresada por los jóvenes, respecto de una organización social injusta, tensional, deshumanizada, frustrante y destructiva.

3. Los enormes intereses económicos que representan la producción y tráfico de sustancias intoxicantes.

La dinámica que se lleva a cabo en esta epidemia es la siguiente:

Agente-huesped se encuentra con mayor frecuencia en sujetos de 11 a 24 años de edad, aumentando la suceptibilidad al padecimiento si son varones, estudiantes de nivel bachillerato

con problemática emocional, frecuentemente derivada de una inadecuada organización familiar.

Recientemente en México en 1976, Chao de Joyce Z. y Castro M. E. del CEMEF realizaron una investigación de actitudes en una población de 12 a 18 años de edad en la ciudad de Mérida, Querétaro, Cuernavaca y Saltillo, que comprendían la escolaridad de 6o. año de Primaria a nivel de preparatoria.

Utilizando cuestionarios aplicados en las escuelas seleccionadas por el proceso de muestreo, el cual fue bietápico, estratificado por el tipo de escuela y conglomerados, tomando como unidad de muestreo el grupo escolar.

Los resultados del estudio concluyen que los estudiantes no consideran que haya relación entre el uso de drogas y los problemas familiares.

En lo que se refiere a las investigaciones realizadas en otros países, se señalarán algunas de ellas que se realizaron en población escolar.

En el año de 1969, Holmbe & Janson, investigaron un grupo de jóvenes adictos y corroboraron la hipótesis de que el "típico adicto" es una persona joven y prefiere esti-

mulantes inyectados, la edad promedio para iniciar el uso son los 18 años y se encontró que la mayoría tiene un ajuste social muy pobre, con antecedentes criminales y con influencia de la pandilla.

Smart en el año de 1970, efectuó una investigación en la que encontró que entre los estudiantes de High School, el alcohol y el tabaco eran las drogas más populares, aunque el LSD y las drogas psicoactivas eran consumidas por un número importante de estudiantes. Encontró que el uso de drogas se relaciona con sexo, edad escolar y el uso del alcohol en los padres, así como disturbios psicológicos en los usuarios y el contacto social con otros usuarios, lo que constituye explicaciones parciales en el uso de drogas en los estudiantes.

Scherer, Shumh E. y cols. en 1972 investigaron la necesidad de aprobación social y el uso de drogas y administraron en un grupo de graduados, la Escala de Necesidad de Aprobación Social de Marlowe-Crowne, a un grupo de usuarios de drogas mayores y drogas menores. Los resultados indican diferencias significativas entre los tres grupos, con un grado

de significación estadística de 0.01, es decir, se tendría un 99.9% de confiabilidad en los resultados encontrados. Los usuarios de drogas mayores mostraron la más alta motivación de aprobación, mientras que los otros tipos de usuarios mostraron un puntaje menor.

Las presiones sociales actúan en individuos con un alto grado de necesidad de aprobación social.

En 1973, Hartnoll R. estudió las actitudes de la gente joven hacia las drogas y encontró entre los más jóvenes una actitud más positiva hacia las anfetaminas, que fue la droga más comúnmente usada; de cualquier manera el LSD y los opiáceos son considerados como peligrosos por los jóvenes escolares. Los usuarios se perciben a sí mismos como gente "interesante" y consideran el uso de drogas como enriquecedor adicional. Los usuarios son más precoces en su desarrollo conductual. En general la cultura de las drogas favorece el uso de estimulantes, LSD y cannabis; las drogas son parte de la vida moderna y una educación apropiada por parte de las autoridades competentes con ayuda de la orientación en las escuelas, tenderá a reducir el abuso de las drogas.

Sheder F. en 1974, encontró que la estructura psíquica de los drogadictos y de los alcohólicos fue similar en dos aspectos: a) masoquismo y el volcar la agresión hacia sí mismo; b) una necesidad de aceptación arriba del promedio y baja tolerancia a la frustración. Difieren en que los drogadictos revelan una notable inflación narcisista, mientras que los alcohólicos sufren una represión más obvia y una necesidad de autodestrucción.

Por su parte Corder, en Arizona, en el año de 1974 realizó un análisis de las tendencias hacia el uso de las drogas en 5 universidades americanas por medio de un estudio de seguimiento, empleando un cuestionario que nos muestra las tendencias hacia la conducta del uso de drogas en 762 estudiantes.

Los tópicos a discusión fueron los siguientes: Uso de marihuana y actitudes sociales, marihuana y atletismo, uso de alcohol, uso discontinuo de marihuana, alucinógenos, anfetaminas, barbitúricos, uso de narcóticos y cocaína.

Otro investigador Frisdman en 1974 en su estudio de actitud hacia las drogas en la adolescencia, indica que el factor que describe el uso de las drogas y experimentación libre sin la censura paterna, es el que distingue significativamente a los

no usuarios.

Las investigaciones realizadas con la escala de Aprobación Social de Marlowe-Crowne, en relación con el uso de drogas son pocas y la mayoría coinciden en caracterizar a los usuarios con un alto grado de necesidad de aprobación social.

En conclusión de todos los trabajos anteriormente expuestos podemos señalar que los sujetos que se ven envueltos en el consumo de fármacos presentan las siguientes características.

La mayoría de los sujetos que se han encontrado como consumidores de fármacos en población tanto de sexo femenino como de sexo masculino, han sido en su mayoría sujetos de sexo masculino los que reportan el consumo.

Los factores que han sido determinantes para el consumo son la curiosidad, la influencia del grupo, problemas de desintegración en las relaciones familiares, inconformidad hacia la familia, problemas con los padres, la necesidad de autoafirmación, la necesidad de ser aceptado dentro de un grupo específico, como protesta hacia el adulto, evasión ante las rea-

lidades externas, con motivos de relajamiento, por imitación presenta también el consumidor un desajuste social muy grande.

Los factores medio-ambientales que propician el inicio del consumo pueden ser:

- a) Desacuerdo ante el sistema político y social.
- b) Grandes tensiones por la vida agitada que ocasionan las metrópolis.
- c) Enormes intereses económicos que representa la producción y tráfico de sustancias intoxicantes.

Es evidente la necesidad imperiosa de continuar investigando sobre el uso de las drogas en la población escolar debido a que es en esta etapa de los 14 a 18 años, donde se ha encontrado que existe la iniciación del consumo de fármacos, por lo mismo trataremos de realizar una investigación con el fin de esclarecer interrogantes como:

- a) ¿Existe diferencia en el grado de necesidad de aceptación social entre los usuarios de drogas y los no usuarios?
- b) ¿Encontraremos diferencia del uso de drogas entre los estudiantes de sexo femenino y los de sexo masculino?

no?

c) ¿Cuál droga de las investigadas será la más usada?

Para encontrar una respuesta a todas estas interrogantes será necesario plantear un método adecuado de investigación, por medio del cual dar con la verdad del uso de las drogas por la población estudiantil en nuestro país, comparando dos regiones.

En el siguiente capítulo expondremos nuestro método de trabajo.

CAPITULO III

Metodología

En ésta investigación se estudió una población estudiantil de 14 a 18 años de edad, la cual asiste a los diferentes tipos de escuelas de Educación Media y Media Superior (secundarias, escuelas preparatorias, vocacionales, escuelas de educación técnica industrial).

Con el fin de conocer el uso de drogas en dicha población se muestreó a la República Mexicana.

3.1 Esquema de muestreo

Para la selección de la muestra de la investigación nacional, realizada en el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (2) actualmente Instituto Mexicano de Psiquiatría, se tomó la regionalización de la República Mexicana, de acuerdo a la elaboración por el Geógrafo Angel Bassols Battalla. Toda la República Mexicana fue dividida en 13 regiones, formadas por dos ciudades, en la mayoría de los casos coincidiendo ser éstas la Capital del Estado, ya que se tomó el criterio para la selección, de que las ciudades tuvieran una población mayor a 100 000 habitantes.

Una vez obtenidas las ciudades, se procedió al muestreo bietápico estratificado y por conglomerados.

La primera etapa de este muestreo bietápico, comprendió la selección de las escuelas de cada ciudad a donde se elegiría a la población de estudiantes a los que se les aplicaría el cuestionario, para lo que se estratificó a las escuelas, quedando cinco estratos debido a los diferentes tipos de escuelas:

1. Preparatorias de la UNAM.
2. Colegios de Ciencias y Humanidades de la UNAM.
3. Preparatorias incorporadas a la UNAM.
4. Vocacionales del IPN.
5. Secundarias del Sistema Federal y Escuelas de Educación Tecnológica e Industrial.

La segunda etapa de selección, comprendió la selección de los grupos (una vez dentro de las escuelas previamente seleccionadas), a las cuales se les aplicaría el cuestionario. Para la selección de los grupos se hizo un listado con el número de grupos de alumnos de cada una de las escuelas

seleccionadas con el requisito de que fuesen de edades comprendidas entre 14 y 18 años.

Al obtener los listados se procedió a la selección de los grupos de la siguiente manera:

1. Recabar la información siguiente de cada escuela:
 - a) N_1 = número total de alumnos.
 - b) N_2 = número total de alumnos entre 14 y 18 años.
 - c) Lista de todos los grupos, con identificación, ordenados del mayor al menor grado escolar, procediendo a enumerarlos del primero al último (si es posible con el número de alumnos por grupo).
2. Asignando la letra "g" al número de grupos, se procederá a encontrar un número aleatorio en la tabla de números aleatorios, entre 1 y "g". El número aleatorio seleccionado "k" corresponderá al grupo que posea el número "k", en la lista de grupos. De este

grupo seleccionado, se procedió a entrevistar a todos aquellos alumnos entre 14 y 18 años. Se contó a todos los alumnos que se estaban entrevistando y si el número total de ellos fuese menor a "Z", (número de casos que debieran ser entrevistados), se elegía a otro grupo por el mismo procedimiento de la tabla aleatoria para reunir así "Z".

Para la investigación que aquí realizamos, se tomó a dos de las regiones de las trece seleccionadas en la investigación Nacional realizada en el CEMEF, actualmente Instituto Mexicano de Psiquiatría, las cuales son: región A: Veracruz y Jalapa; región B: Acapulco y Cuautla, dadas las características similares de la ubicación geográfica, ya que son puertos con gran afluencia turística y de gran inmigración de los diferentes puntos del país.

3.1.1 Tamaño de la Muestra

Región A: Veracruz y Jalapa, teniendo una población estudiantil de 8 527 alumnos. De dicha población estudiantil, se tomó

una muestra representativa de 362 alumnos. Veracruz 174 alumnos y de Jalapa 188 alumnos.

Región B: Acapulco y Cuautla, teniendo una población estudiantil de 8 532 alumnos. De dicha población estudiantil, se tomó una muestra representativa de 403 alumnos. Acapulco 250 alumnos y de Cuautla 153 alumnos.

3.1.2 Tamaño del subgrupo

Para el subgrupo se consideraron tres categorías de acuerdo al uso de drogas, siendo éstas:

1. Estudiantes que reportaron el uso de varias drogas que para el presente estudio denominaremos poliusuarios.
2. Estudiantes que reportaron el uso de drogas médicas.
3. Estudiantes que no reportaron el uso de ninguna droga.

Este subgrupo se obtuvo igualando las tres categorías al número menor de casos de cada categoría, por medio de métodos aleatorios de cómputo, en cada una de las regiones, quedando:

Región A: N-216 casos.

Poliusuarios - 72 casos. Hombres - 37
mujeres - 35

Usuarios de drogas médicas - 72 casos
Hombres - 37, Mujeres - 35

No usuarios - 72 casos Hombres - 37
Mujeres - 35

Región B: N-129 casos

Poliusuarios - 43 casos Hombres - 32
Mujeres - 11

Usuarios de drogas médicas - 43 casos
Hombres - 32, Mujeres - 11

No usuarios - 43 casos Hombres - 32
Mujeres - 11

3.2 Instrumento

El instrumento de esta investigación fue un cuestionario autoaplicable y anónimo, el cual fue elaborado en el CEMEF, actualmente Instituto Mexicano de Psiquiatría, para la investigación nacional sobre el consumo de fármacos y las actitudes hacia la farmacodependencia en población escolar de 14 - 18 años (2)

Dicho cuestionario consta de cinco partes que mencionaremos brevemente:

- a) Ficha de Identificación: Año escolar, sexo, edad, preguntas socioeconómicas y promedio escolar, así como la fecha de nacimiento.
- b) Escala de Responsabilidad Intelectual Académica.
- c) Escala de Aceptación Social.
- d) Escala de Actitud hacia la Farmacodependencia.
- e) Sección que Investiga Consumo.

A continuación daremos a conocer las tres partes del cuestionario anterior que fueron tomadas para su aplicación en las dos regiones estudiadas (ver apéndice A).

1. Ficha de Identificación: edad, escolaridad, sexo,

y la fecha de nacimiento.

2. Escala de Aceptación Social.

3. Sección que Investiga Consumo.

Profundizaremos en la descripción de las partes que fueron utilizadas .

Escala de Aceptación Social de Marloune y Croune. (3)

El concepto de aceptación social, ha sido comúnmente usado para referirse a las características de los reactivos en las pruebas que miden rasgos de personalidad para determinar su posición en la escala dentro de un continuum de aceptación social.

Debido a la utilización de Tests que miden la aceptación social, involucrando la patología, fue necesario diseñar un cuestionario que no involucrara dicha patología, para lo cual se desarrolló una escala con un modelo de aceptación social específico.

Desarrollo de la Escala

Los autores realizaron un buen número de inventarios de personalidad para formar un nuevo juego de reactivos que

dieran una nueva escala de aceptación social (M-C. S. D. S) para ser incluido en esta escala un reactivo, debe tener el criterio de ser descrito como aprobado socialmente y que contenga mínimas implicaciones de anormalidad o patología, para que sea respondido en una dirección de aceptación o no aceptación social. Un juego de 50 reactivos con este criterio fueron sometidos a 10 jueces (Psicólogos y Maestros) y en 47 reactivos estuvieron de acuerdo en el sentido de que eran reactivos de medición social, los cuales fueron de nuevo analizados respecto a su grado de discriminación, resultando así los 33 reactivos que forman la escala, los cuales son de elección forzada (cierto o falso), (ver apéndice A preg. 5-38).

El coeficiente de consistencia interna para la forma final de la escala usando la fórmula de Kuder-Richardsons, fue de 0.88, esto fue computado en una encuesta de 39 sujetos, 10 hombres y 29 mujeres, los cuales eran estudiantes de psicología en Ohio; el promedio de edad de esta muestra fue de 24.4 años, con un rango de 19 a 46 años; a 37 sujetos de esta muestra se les aplicó 2 veces la escala con un intervalo de un mes; la correlación test-retes fue de 0.89.

Para la población mexicana, se realizó un análisis de reactivos (2), tomando cada uno de los reactivos en relación a la calificación total del test, con el objeto de determinar el poder discriminativo de cada uno de ellos.

Este análisis se realizó por medio del coeficiente de correlación biserial y se encontró, que de los 33 reactivos que forman la escala sólo uno obtuvo una correlación no significativa, es decir, que no tiene poder discriminativo, este reactivo fue el número 24.

3.3 Planteamiento del problema

En nuestro país se han realizado diversas investigaciones tanto de tipo epidemiológico, como descriptivo, en torno al problema del uso de drogas. No obstante, el campo de los estudios realizados en nuestro medio, adolece de investigaciones a nivel Nacional y Regional en población escolar y particularmente de investigaciones que establezcan comparaciones entre diversas regiones, que pudieran servir para el establecimiento de directrices a nivel de la prevención.

La presente investigación pretende una aportación en ese sentido. Las interrogantes al problema de investigación

son las siguientes:

¿Existen diferencias entre los estudiantes usuarios de drogas de las dos regiones investigadas?

¿En cada una de las regiones, los estudiantes que reportan el uso de las drogas tienen menor necesidad de ser aceptadas socialmente, que las que no reportan el uso de drogas?

¿Existirán diferencias en el grado de ser aceptadas socialmente entre los estudiantes que reportan el uso de drogas, entre una región y otra?

3.4 Planteamiento de hipótesis de trabajo

I. Ho. No existen diferencias significativas entre los porcentajes de usuarios de drogas médicas de la región A y los de la región B.

H1- Sí existen diferencias significativas entre los porcentajes de usuarios de drogas médicas de la región A y los de la región B.

II. Ho. No existen diferencias significativas entre los porcentajes de usuarios de drogas no médicas de la región A

y los de la región B.

HI. Sí existen diferencias significativas entre los porcentajes de usuarios de drogas no médicas de la región A y las de la región B.

III. Ho. No existen diferencias significativas entre los usuarios de alcohol de la región A y los de la región B.

HI. Sí existen diferencias significativas entre los usuarios de alcohol de la región A y los de la región B.

IV. Ho. No existen diferencias significativas entre los usuarios que reportan el poliuso de drogas de la región A y la región B.

HI. Sí existen diferencias significativas entre los usuarios que reportan el poliuso de drogas de la región A y la región B.

V. Ho. No existen diferencias significativas entre los no usuarios de la región A y los de la región B.

HI. Sí existen diferencias significativas entre los no usuarios de la región A y los de la región B.

VI. Ho. No existen diferencias significativas entre las medias del puntaje obtenido en las respuestas afirmati-

vas dadas en la Escala de Aceptación Social por los estudiantes de la región A y los de la región B.

HI. Sí existen diferencias significativas entre las medias del puntaje obtenido en las respuestas afirmativas dadas en la Escala de Aceptación Social por los estudiantes de la Región A y los de la región B.

VII. Ho. No existen diferencias significativas entre las medias del puntaje obtenido en las respuestas afirmativas dadas en la Escala de Aceptación Social por los estudiantes de sexo masculino en la región A y los de la región B.

HI. Sí existen diferencias significativas entre las medias del puntaje obtenido en las respuestas afirmativas dadas en la Escala de Aceptación Social, por los estudiantes de sexo masculino en la región A y en la región B.

VIII. Ho. No existen diferencias significativas entre las medias del puntaje obtenido en las respuestas afirmativas dadas en la Escala de Aceptación Social por los estudiantes de sexo femenino en la región A y en la región B.

HI. Sí existen diferencias significativas entre las medias del puntaje obtenido en las respuestas afirmativas da-

das en la Escala de Aceptación Social por los estudiantes de sexo femenino en la región A y en la región B.

IX. Ho. No existen diferencias significativas entre las medias del puntaje obtenido en la Escala de Aceptación Social por los estudiantes que reportan poliuso de drogas en la región A y en la región B.

HI. Sí existen diferencias significativas entre las medias del puntaje obtenido en la Escala de Aceptación Social por los estudiantes que reportan poliuso de drogas en la región A y en la región B.

X. Ho. No existen diferencias significativas entre las medias del puntaje obtenido en la Escala de Aceptación Social de los estudiantes de sexo masculino que reportan el poliuso de drogas de la región A y de la región B.

HI. Sí existen diferencias significativas entre las medias del puntaje obtenido en la Escala de Aceptación Social de los estudiantes de sexo masculino que reportan el poliuso de drogas de la región A y de la región B.

XI. Ho. No existen diferencias significativas entre las medias del puntaje obtenido en la Escala de Aceptación Social

de los estudiantes de sexo femenino que reportan el poliuso de drogas de la región A y de la región B.

HI. Sí existen diferencias significativas entre las medias del puntaje obtenido en la Escala de Aceptación Social de los estudiantes de sexo femenino que reportan poliuso de drogas de la región A y de la región B.

XII. Ho. No existen diferencias significativas entre las medias del puntaje obtenido en la Escala de Aceptación Social por los estudiantes que reportan el uso de drogas médicas de la región A y de la región B.

HI. Sí existen diferencias significativas entre las medias del puntaje obtenido en la Escala de Aceptación Social por los estudiantes que reportan el uso de drogas médicas de la región A y de la región B.

XIII. Ho. No existen diferencias significativas entre las medias del puntaje obtenido en la Escala de Aceptación Social por los estudiantes de sexo masculino que reportan el uso de drogas médicas de la región A y de la región B.

HI. Sí existen diferencias significativas entre las medias del puntaje obtenido en la Escala de Aceptación Social

por los estudiantes de sexo masculino que reportan el uso de drogas médicas de la región A y de la región B.

XIV. Ho. No existen diferencias significativas entre las medias del puntaje obtenido en la Escala de Aceptación Social por los estudiantes de sexo femenino que reportan el uso de drogas médicas de la región A y de la región B.

HI. Sí existen diferencias significativas entre las medias del puntaje obtenido en la Escala de Aceptación Social por los estudiantes de sexo femenino que reportan el uso de drogas médicas en la región A y los de la región B.

XV. Ho. No existen diferencias significativas entre las medias de los puntajes obtenidos en la Escala de Aceptación Social por los estudiantes que no reportan el uso de drogas en la región A y en la región B.

HI. Sí existen diferencias significativas entre las medias del puntaje obtenido en la Escala de Aceptación Social por los estudiantes que no reportan el uso de drogas en la Región A y en la región B.

XVI. Ho. No existen diferencias significativas entre las medias del puntaje obtenido en la Escala de Aceptación Social por los estudiantes de sexo masculino que no reportan el uso de

drogas en la región A y en la región B.

HI. Sí existen diferencias significativas entre las medias del puntaje obtenido en la Escala de Aceptación Social por los estudiantes de sexo masculino que no reportan el uso de drogas en la región A y en la región B.

XVII. Ho. No existen diferencias significativas entre las medias del puntaje obtenido en la Escala de Aceptación Social por los estudiantes de sexo femenino que no reportan el uso de drogas en la región A y en la región B.

HI. Sí existen diferencias significativas entre las medias del puntaje obtenido en la Escala de Aceptación Social por los estudiantes de sexo femenino que no reportan el uso de drogas en la región A y en la región B.

Para el análisis interno de cada una de las regiones se plantearán a continuación las siguientes hipótesis:

HIPOTESIS DE LA REGION A

I_A . Ho. No existen diferencias significativas entre las medias de la Escala de Aceptación Social del grupo de poliusuarios, usuarios de drogas médicas y los no usuarios.

H_I . Sí existen diferencias significativas entre las medias de la Escala de Aceptación Social del grupo de poliusuarios, usuarios de drogas médicas y los no usuarios de drogas.

II_A . H_o . No existen diferencias significativas entre las medias de la Escala de Aceptación Social de los grupos de hombres poliusuarios, hombres usuarios de drogas médicas, hombres no usuarios y mujeres poliusuarias, mujeres usuarias de drogas médicas, mujeres no usuarias.

H_I . Sí existen diferencias significativas entre las medias de la Escala de Aceptación Social de los grupos de hombres poliusuarios, hombres usuarios de drogas médicas, hombres no usuarios y mujeres poliusuarias, mujeres usuarias de drogas médicas, mujeres no usuarias.

HIPOTESIS DE LA REGION B

I_B . H_o . No existen diferencias significativas entre las medias de la Escala de Aceptación Social entre el grupo de poliusuarios, usuarios de drogas médicas y los no usuarios de drogas.



H_{I} . Sí existen diferencias significativas entre las medias de la Escala de Aceptación Social entre el grupo de poli-usuarios, usuarios de drogas médicas y los no usuarios de drogas.

II_{B} . H_0 . No existen diferencias significativas entre las medias de la Escala de Aceptación Social de los grupos de hombres poliusuarios, hombres usuarios de drogas médicas y hombres no usuarios de drogas.

H_{I} . Sí existen diferencias significativas entre las medias de la Escala de Aceptación Social de los grupos de hombres poliusuarios, hombres usuarios de drogas médicas y hombres no usuarios de drogas.

III_{B} . H_0 . No existen diferencias significativas entre las medias de la Escala de Aceptación Social de los grupos de mujeres poliusuarias, mujeres usuarias de drogas médicas y mujeres no usuarias de drogas.

H_{I} . Sí existen diferencias significativas entre las medias de la Escala de Aceptación Social de los grupos de mujeres poliusuarias, mujeres usuarias de drogas médicas y mujeres no usuarias de drogas.

3.5 Procedimiento

Una vez seleccionadas las muestras en cada una de las regiones (región A: Veracruz y Jalapa; región B: Aca-pulco y Cuautla), se procedió a seleccionar a los alumnos cuyas edades estuviesen comprendidas entre 14 y 18 años, que asistieran a las Escuelas Secundarias, Preparatorias, Vocacionales o Equivalentes. Realizándose posteriormente la aplicación del cuestionario a los grupos seleccionados al azar en dichas escuelas.

Posteriormente se codificaron las respuestas obtenidas, con códigos pre-establecidos, utilizando también el libro de Especialidades Farmacéuticas, (15) para la correcta clasificación de los fármacos, dentro de los grupos de analgésicos no narcóticos, hipnóticos sedantes no barbitúricos, ansiolíticos, antipsicóticos, tranquilizantes, depresores no clasificados, antidepresores, anfetaminas, estimulantes, analgésicos narcóticos, hipnóticos sedantes barbitúricos, considerando únicamente el reporte del uso independientemente del patrón de consumo.

1. Usuarios de Drogas Médicas. Que está constituido por los estudiantes que reportaban el consumo de hipnóti-

cos sedantes no barbitúricos, ansiolíticos, antipsicóticos, tranquilizantes, depresores no clasificados, antidepresores, anfetaminas, estimulantes, analgésicos narcóticos y los hipnóticos sedantes barbitúricos.

2. Poliusuarios. Que está constituido por los estudiantes que reportaron el uso de dos o más sustancias de uso médico y de uso no médico como lo son la marihuana, alucinógenos, solventes e inhalantes, cocaína, heroína y morfina.

3. No usuarios. Que está constituido por los estudiantes que reportaron el no consumir sustancias de uso médico y de uso no médico.

3.6 Análisis estadístico

Para la aceptación o rechazo de las hipótesis que se han planteado en esta investigación, utilizamos pruebas estadísticas no paramétricas.

Para la comparación de los porcentajes de los usuarios de drogas médicas, usuarios de drogas no médicas, poliusuarios, usuarios de alcohol y los no usuarios de la región A con respecto a la región B, se utilizó la prueba de χ^2 (Chi-Cua-

drada), (Hipótesis I a Hipótesis V).

Para la comparación de las medias obtenidas en las respuestas afirmativas dadas por los estudiantes de la región A y en la región B, en la Escala de Aceptación Social, se utilizó la Prueba "Z". (Hipótesis VI a la Hipótesis VIII).

Para la comparación de las medias obtenidas en la Escala de Aceptación Social entre los estudiantes poliusuarios, usuarios de drogas médicas, no usuarios de la región A y de la región B se utilizó la prueba "Z". (Hipótesis IX a la Hipótesis XVII).

En el análisis interno de cada una de las regiones, se utilizó para la comparación de las medias obtenidas por los poliusuarios, usuarios de drogas médicas y los no usuarios, en la Escala de Aceptación Social en la región A, la prueba de Análisis de Varianza en un solo Sentido (Hipótesis I_A).

Para la comparación de las medias obtenidas en la Escala de Aceptación Social entre los grupos de hombres poliusuarios, hombres usuarios de drogas médicas, hombres no usuarios y mujeres no usuarias en la región A, se utilizó la prueba de Análisis de Varianza en un Solo Sentido. (Hipótesis II_A).

Para la comparación de las medias de la Escala de Aceptación Social, entre el grupo de poliusuarios, usuarios de drogas médicas y los no usuarios de drogas en la región B, se utilizó la prueba de Análisis de Varianza en un Solo Sentido. (Hipótesis I_B).

Para la comparación de las medias de la Escala de Aceptación Social, entre el grupo de hombres poliusuarios, hombres usuarios de drogas médicas y los hombres no usuarios en la región B, se utilizó la prueba de Análisis de Varianza en un Solo Sentido (Hipótesis II_B).

Para la comparación de las medias de la Escala de Aceptación Social entre los grupos de mujeres poliusuarias, mujeres usuarias de drogas médicas y las mujeres no usuarias de drogas en la región B, se utilizó la prueba de Análisis de Varianza en un Solo Sentido (Hipótesis III_B).

Se procederá a dar una breve descripción de las fórmulas estadísticas utilizadas.

1. Prueba de Chi-Cuadrada χ^2 (13) consiste en encontrar discrepancia entre los porcentajes de un evento en función de los valores esperados y los valores observados, cuya

fórmula es la siguiente:

$$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

En donde:

O = al porcentaje observado

E = al porcentaje esperado

2. Prueba "Z" (13) es una prueba para encontrar diferencias entre las medias de dos grupos, cuya fórmula es la siguiente:

$$Z = \frac{\bar{X}_A - \bar{X}_B}{\sqrt{\frac{S_A^2}{N_A} - \frac{S_B^2}{N_B}}}$$

en donde:

\bar{X}_A es igual a la media del grupo A.

\bar{X}_B es igual a la media del grupo B.

S_A^2 es igual a la desviación estándar de A².

S_B^2 es igual a la desviación estándar de B².

N_A es igual a la muestra total del grupo A.

N_B es igual a la muestra total del grupo B.

3. Análisis de Varianza en un Solo Sentido (7).

Es un método para dividir la variación observada en datos experimentales, entre diferentes partes, cada parte asignable a una causa o factor conocido. Es usada para probar la significación de las diferencias entre las medias de un número diferente de población. Proceso:

1. La suma de cuadrados se parte en dos componentes que son entregrupos e intragrupos.

2. Se dividen la suma de cuadrados entre los grados de libertad, para obtener las varianzas entre grupos S_w^2 e intragrupos S_b^2 .

3. Se calcula la F dividiendo las varianzas entre grupos e intragrupos.

$$F = \frac{S_w^2}{S_b^2}$$

Fórmulas para muestras desiguales.

Entregrupos

Intragrupos

$$\text{Suma de cuadrados} \quad \left\{ \left(\frac{t^2}{n} \right) - \frac{T^2}{N} \right.$$

$$\left. \left\{ \sum X_{ij} - \left(\frac{t^2}{n} \right) \right\} \right.$$

$$\text{Grados de Libertad} \quad K-1$$

$$N-K$$

$$\text{Varianzas} \quad \frac{\left\{ \left(\frac{t^2}{n} \right) - \frac{T^2}{N} \right\}}{K-1}$$

$$\frac{\left\{ \sum X_{ij}^2 - \sum \left(\frac{t^2}{n} \right) \right\}}{N-K}$$

Fórmulas para muestras iguales.

Entregrupos

Intragrupos

$$\text{Suma de cuadrados} \quad \frac{t^2}{n} - \frac{T^2}{N}$$

$$X_{ij}^2 - \frac{t^2}{n}$$

$$\text{Grados de Libertad} \quad K-1$$

$$N-K$$

$$\text{Varianzas} \quad \frac{\frac{t^2}{n} - \frac{T^2}{N}}{K-1}$$

$$\frac{X_{ij}^2 - \frac{t^2}{n}}{N-K}$$

En donde:

t = al total de puntaje de cada grupo

n = al número de sujetos de cada grupo.

T = al total de puntaje de los tres grupos.

N = al total de sujetos en los tres grupos.

X_{ij} = a cada uno de los puntajes.

K = a el número de grupos.

CAPITULO IV

Resultados

En esta investigación obtuvimos resultados de tipo directo, ya que el alumno entrevistado, daba información personal y confidencial, lo cual permitió el que se resolviera el cuestionario sin temor.

Como anteriormente mencionamos, la población entrevistada fue de 14 a 18 años, con escolaridad de secundaria como mínimo y como máxima escolaridad, preparatoria o equivalente, siendo los alumnos entrevistados de ambos sexos.

En la región A (cuadro I) la mayoría fueron alumnos de 14 a 15 años, siendo un 61.6% de la población total; y un 37.5% alumnos de 16 a 18 años.

El 93.10% fueron alumnos de secundaria o pre-vocacional y 6.9% de alumnos de preparatoria o equivalente.

En cuanto al sexo, fueron 48.62% de alumnos entrevistados de sexo masculino y 51.38% de alumnos de sexo femenino del total de la población en la región A.

En la región B (cuadro II), la población estudiantil de 14 a 15 fué de 51.11% y 48.64% de 16 a 18 años.

El 99.26% de población estudiantil entrevistada, correspondió a alumnos de secundaria o prevocacional y 0.74% a alumnos de preparatoria o equivalente.

En cuanto al sexo, fueron el 56.33% de alumnos entrevistados de sexo masculino, y el 43.67% de alumnos de sexo femenino, del total de la población en la región B.

Se realizaron dos tipos de análisis comparativos. Uno de ellos entre las dos regiones estudiadas y el otro a nivel interno, es decir en cada una de las regiones.

Se pretendió encontrar mayor consumo de fármacos en la región constituida por las ciudades de Acapulco y Cuautla (región B) y una menor necesidad de aceptación social por los usuarios de drogas en dicha región; debido a que son dichas ciudades zonas de gran afluencia turística y por ende con mayor probabilidad de contaminación de diferentes "estilos de vida" o "modas" importadas, que afectan tanto a la población estudiantil y joven de nuestro país.

A continuación daremos a conocer los resultados obtenidos por métodos estadísticos muy adecuados para la población utilizada y las comparaciones que se realizaron.

De acuerdo a las hipótesis planteadas, encontra-

mos:

I. H_0 . No existen diferencias significativas entre los porcentajes de usuarios de drogas médicas de la región A y los de la región B.

H_1 . Sí existen diferencias significativas entre los porcentajes de usuarios de drogas médicas de la región A y los de la región B.

REGLA DE DECISIONES:

Si el valor que se obtenga de Chi-Cuadrada, es mayor que 6.63, con un nivel de significancia de 0.01, la prueba será significativa con una probabilidad de 99% y por lo tanto rechazamos H_0 . $\chi^2 = 7.9$; $\chi^2_{.99} = 6.63$ con un nivel de significación de 0.01 ($\alpha = 0.01$); $7.9 > 6.63$, por lo tanto rechazamos H_0 y se acepta H_1 . Sí hay diferencias significativas, es decir, existe mayor porcentaje de uso de drogas médicas en la región B que en la región A (cuadro III, gráfica III).

II. Se encontró mayor porcentaje de uso de drogas no médicas en la región B que en la región A, con una probabilidad de 99% (cuadro III; gráfica III).

III. No se encontraron diferencias significativas entre los porcentajes del uso de alcohol entre la región A y la región B, con una probabilidad de 99% (cuadro III; gráfica III).

IV. Se encontró mayor porcentaje de poliuso de drogas en la región A que en la región B, con una probabilidad de 99% (cuadro III; gráfica III).

V. No se encontraron diferencias significativas entre los porcentajes de los estudiantes que reportan el no uso de drogas entre la región A y la región B (cuadro III; gráfica III).

VI. Se encontró que no existen diferencias significativas entre las medias del puntaje obtenido en las respuestas afirmativas dadas en la Escala de Aceptación Social de los estudiantes de la región A y de la región B (cuadro IV; gráfica IV).

VII. Se encontró que hay diferencias significativas entre las medias del puntaje de las respuestas afirmativas a la Escala de Aceptación Social, dadas por los estudiantes del sexo masculino, observándose que los estudiantes de la región B, presentan mayor necesidad de ser aceptados socialmente

(cuadro IV; gráfica IV_m).

VIII. No hubo diferencia significativa entre las medias del puntaje obtenido de respuestas afirmativas, en la Escala de Aceptación Social, dadas por las mujeres de ambas regiones (cuadro IV; gráfica IV_f).

IX. No se encontraron diferencias significativas entre las medias del puntaje obtenido en la Escala de Aceptación Social, dadas por los estudiantes que reportan el poliuso de drogas en la región A y en la región B (cuadro V; gráfica V_p).

X. No se encontraron diferencias significativas entre las medias del puntaje obtenido en la Escala de Aceptación Social por los estudiantes del sexo masculino, que reportan el poliuso de drogas en la región A y en la región B (cuadro V; gráfica V_{pm}).

XI. No se encontraron diferencias significativas entre las medias del puntaje obtenido en la Escala de Aceptación Social, dadas por los estudiantes del sexo femenino que reportan el poliuso de drogas en la región A y en la región B (cuadro V; gráfica V_{pf}).

XII. No se encontraron diferencias significativas entre las medias del puntaje obtenido en la Escala de Aceptación Social, dadas por los estudiantes que reportan el uso de drogas médicas en la región A y en la región B (cuadro V; gráfica V_{dm}).

XIII. No hay diferencias significativas entre las medias del puntaje obtenido en la Escala de Aceptación Social, dadas por los estudiantes de sexo masculino, que reportan el uso de drogas médicas en la región A y en la región B (cuadro V; gráfica V_{dmm}).

XIV. No se encontraron diferencias significativas entre las medias del puntaje obtenido en la Escala de Aceptación Social, por los estudiantes del sexo femenino, que reportan el uso de drogas médicas en la región A y en la región B (cuadro V; gráfica V_{dmf}).

XV. Sí se encontró diferencia significativa entre las medias del puntaje obtenido en la Escala de Aceptación Social, siendo ésta mayor en la región B que en la región A, por los estudiantes que no reportan el uso de drogas (cuadro V; gráfica V_{nu}).

XVI. No hay diferencia significativa en las medias del puntaje obtenido en la Escala de Aceptación Social, por los estudiantes del sexo masculino que no reportan el uso de drogas en la región A y en la región B (cuadro V; gráfica V_{num}).

XVII. No se encontraron diferencias significativas entre las medias del puntaje obtenido en la Escala de Aceptación Social, dadas por los estudiantes del sexo femenino, que no reportan el uso de drogas en la región A y en la región B (cuadro V; gráfica V_{nuf}).

Resultados de las hipótesis planteadas para el análisis interno en la región A:

I-A. No se encontraron diferencias significativas entre las medias del puntaje obtenido en la Escala de Aceptación Social, dadas por los estudiantes que reportan el poliuso de drogas, usuarios de drogas médicas y los no usuarios de drogas en la región A. Con una probabilidad del 95% (cuadro VI; gráfica VI).

II-A. No se encontraron diferencias significativas entre las medias del puntaje obtenido en la Escala de Aceptación Social, dadas por los estudiantes del sexo masculino

y femenino que reportaron el poliuso de drogas, uso de drogas médicas y los no usuarios en la región A (cuadro VII; gráficas VII_a y VII_b).

Resultados de las hipótesis planteados para el análisis interno de la región B.

I_B. No se encontraron diferencias significativas entre las medias de la Escala de Aceptación Social, dadas por los estudiantes del sexo masculino que reportan el poliuso de drogas, usuarios de drogas médicas y los no usuarios en la región B (cuadro IX; gráfica IX).

III_B. No se encontraron diferencias significativas entre las medias de la Escala de Aceptación Social, dadas por los estudiantes del sexo femenino que reportaron el poliuso de drogas, usuarias de drogas médicas y las no usuarias, de la región B (cuadro X; gráfica X).

CAPITULO V

Discusión de los Resultados.

A nivel comparativo entre las regiones estudiadas, región A (Veracruz y Jalapa) y la región B (Acapulco y Cuautla), encontramos:

1. Mayor uso de drogas médicas, tales como: analgésicos narcóticos, estimulantes anfetaminas, barbitúricos, tranquilizantes, en la región de Acapulco y Cuautla (región B).
2. El uso de drogas no médicas tales como: marihuana, cocaína, alucinógenos, LSD y heroína, fue encontrado con mayor prevalencia en la región de Acapulco y Cuautla (región B).
3. Sin embargo el poliuso de drogas (uso de drogas médicas y no médicas) fue encontrado en mayor cantidad en los estudiantes de la región de Veracruz y Jalapa (región B).
4. En cuanto al uso de alcohol, se encontró igual uso en ambas regiones.
5. De acuerdo a la Necesidad de Aceptación So-

cial, se encontró que los estudiantes de sexo masculino, de la región de Acapulco y Cuautla (región B), presentan una mayor necesidad de aceptación Social, independientemente del uso de drogas, esto nos indica que la hipótesis que planteamos en un principio resultase cierta, ya que los jóvenes que usan los fármacos no les interesa la aceptación social del mundo que los rodea. Esto fue parcialmente encontrado.

6. Los estudiantes que reportan el poliuso de drogas tanto en la región A como en la región B, no presentan diferencias significativas en cuanto al grado de Necesidad de Aceptación Social, ni diferencias en cuanto a sexo.

7. No se encontraron diferencias significativas en cuanto al grado de Aceptación Social por los estudiantes que reportaron el uso de drogas médicas en ambas regiones ni en cuanto al sexo.

8. Los estudiantes de la región de Acapulco y Cuautla (región B) que reportaron el no usar drogas, presentaron mayor Necesidad de Aceptación Social, que los no usuarios de drogas en la región de Veracruz y Jalapa (región A).

De acuerdo al Análisis Interno, en cada una de las regiones se encontró:

Región A

No se encontraron diferencias significativas en cuanto al grado de Necesidad de Aceptación Social, entre los poliusuarios, usuarios de drogas médicas y los no usuarios. Tampoco hubo diferencias significativas en cuanto al sexo.

Región B

No se encontraron diferencias significativas en el grado de Necesidad de Aceptación Social, entre los poliusuarios, usuarios de drogas médicas y los no usuarios. Tampoco se encontraron diferencias significativas de acuerdo al sexo.

En esta investigación, diferimos con lo encontrado por Lafarga (1970) y cols. en cuanto a que los consumidores de drogas en su mayoría son de sexo masculino, ya que encontramos que no existen diferencias significativas entre los usuarios de sexo masculino y de sexo femenino.

Encontramos también como el Dr. de la Fuente en su investigación de 1972, que el consumo del alcohol es más

comúnmente usado, que las sustancias tóxicas. La necesidad de Aceptación Social es mayor, entre los estudiantes que reportan el no usar drogas, que entre los estudiantes que reportan el uso de las mismas, estando de acuerdo con los resultados de la investigación de Holmbe y Janson (1969), ya que ellos refieren haber encontrado un muy pobre ajuste social del usuario de drogas, así como también Smart (1970) menciona los mismos resultados encontrados en su investigación.

Se difiere con el punto de vista mencionado por Schere, Shumh (1872) en cuanto a la alta necesidad de Aceptación Social de los usuarios de drogas ya que en esta investigación se encontró lo contrario.

Concluimos con lo siguiente:

1. No se encontraron diferencias significativas en cuanto al sexo de los usuarios de drogas.
2. No existe un alto grado de necesidad de aceptación social por los usuarios de drogas. Sin embargo existe alto grado de necesidad de aceptación social por los usuarios de drogas.

3. El usuario de drogas presenta muy pobre ajuste social, básicamente por la gran incidencia de la desintegración familiar que sufre un chico usuario de drogas.

APENDICE CUESTIONARIO

INTRODUCCION

ESTE CUESTIONARIO ESTA DANDOSE A LOS ESTUDIANTES DE LA REPUBLICA MEXICANA? PORQUE QUEREMOS OBTENER ALGUNA INFORMACION SOBRE SUS OPINIONES E INTERESES.

TODA LA INFORMACION QUE NOS DES ES CONFIDENCIAL; NO ES NECESARIO QUE PONGAS TU NOM BRE EN NINGUNA PARTE DEL CUESTIONARIO.

UNA VEZ QUE HAYAS TERMINADO DE HACERLO, VE DIRECTAMENTE CON EL GRUPO DE INVESTIGADORES QUE ESTA HACIENDO EL ESTUDIO.

ESTA ES LA OPORTUNIDAD PARA DAR TU OPI NION, YA QUE LOS JOVENES TIENEN UN PAPEL MUY IMPORTANTE DENTRO DEL DESARROLLO DEL PAIS. ESTO NO ES UN EXAMEN, NO HAY RESPUESTAS CORRECTAS NI INCORRECTAS.

CREEMOS QUE DISFRUTARAS ESTA ENCUESTA. GRACIAS POR TU COOPERACION.

INSTRUCCIONES

Lee con cuidado cada una de las siguientes preguntas y marca con una X la respuesta que elijas.

1. ¿En qué años estás actualmente?
 1. Primero de Secundaria o Vocacional.
 2. Segundo de Secundaria o Vocacional.
 3. Tercero de Secundaria o Vocacional.
 4. Primero de Preparatoria o Equivalente.
 5. Segundo de Preparatoria o Equivalente.
 6. Tercero de Preparatoria o Equivalente.

2. ¿Cuál es tu sexo? (marca solo uno).
 1. Masculino
 2. Femenino

3. ¿Cuál es tu estado civil? (marca solo uno)
 1. Soltero (a)
 2. Casado (a)
 3. Separado (a)
 4. Divorciado (a)

5. Viudo (a)
6. Unión Libre.
4. ¿Cuál es tu edad?
1. Menos de 14 años.
 2. 14 años.
 3. 15 años.
 4. 16 años.
 5. 17 años.
 6. 18 años
 7. Más de 18 años.

5. ¿En qué mes y año naciste? _____

A continuación se enlistarán una serie de afirmaciones de tendencias y actitudes personales. Decide en cada una si es cierto o falso de acuerdo a tu forma de pensar o de ser. Por favor da tus respuestas marcando con X la letra C o F según tu caso.

6. Antes de votar por mi representante de grupo, o por las planillas de las sociedades de alumnos, me aseguro de investigar las cualidades de los candidatos.

C

F

7. Nunca dudo en ayudar a alguien si veo que está en problemas.

C F

8. Algunas veces me es difícil continuar mi trabajo, si no estoy muy animado.

C F

9. Nunca me ha desagradado nadie intensamente.

C F

10. En ocasiones he tenido dudas acerca de mi habilidad para tener éxito en la vida.

C F

11. Algunas veces me siento resentido cuando no encuentro mi camino.

C F

12. Siempre soy cuidadoso en mi forma de vestir.

C F

13. Mis modales al comer en mi casa son tan bueno como cuando estoy en un restaurant.

C F

14. Si puede entrar a un cine sin pagar y estar seguro de que nadie me va a ver probablemente lo haría.

C F

15. En algunas ocasiones me he dado por vencido al hacer algo porque pienso que mis capacidades son pocas.

C F

16. Me gusta chismear algunas veces.

C F

17. Ha habido algunas veces que siento deseos de revelarme contra las personas que representan la Autoridad, aunque yo sepa que tienen la razón.

C F

18. No importa con quien hable, siempre lo escucho.

C F

19. Nunca puedo recordar (un buen pretexto) para salir de algún problema.

C F

20. Ha habido algunas ocasiones en que me he aprovechado de alguien.

C F

21. Siempre acepto mis errores cuando los cometo.

C F

22. Siempre trato de practicar cuando estoy por dar un discurso.

C F

23. No siento ninguna dificultad en particular cuando tengo que declamar en voz alta, ante un público agresivo.

C F

24. Algunas veces ofrezco cosas y se me olvida que las he ofrecido.

C F

25. Cuando no se algo, no me gusta del todo admitirlo.

C F

26. Siempre soy cortés, aún con gente que es desagradable.

C F

27. Algunas veces he insistido en obtener las cosas a mi manera.

C F

28. Ha habido algunas ocasiones en que me siento deshecho.

C F

29. Nunca he dejado que castiguen a alguien más por mis propios errores.

C F

30. Nunca me ha molestado el que me pidan devolver un favor.

C F

31. Nunca me he sentido molesto cuando la gente expresa ideas diferentes a las mías.

C F

32. Nunca hago un viaje largo, sin asegurarme del buen estado de mi automóvil.

C F

33. Ha habido algunas veces que me siento celoso de la buena suerte de otros.

C F

34. Casi nunca he sentido necesidad de ofender a alguien.

C F

35. Algunas veces me irrita cuando la gente me pide favores.

C F

36. Nunca me he sentido castigado sin una causa que lo justifique.

C F

37. A veces pienso que cuando a la gente le sucede una desgracia, solo tienen lo que ellos mismos han sembrado.

C F

38. Nunca he dicho a propósito algo para herir los sentimientos de los demás.

C F

| | | | | |
|----|-----|-----|-----|-----|
| 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
| 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |
| 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| 29 | 30 | 31 | 32 | 33 |
| 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
| 39 | 40 | 41 | 42 | 43 |
| 44 | 45 | 46 | 47 | 48 |
| 49 | 50 | 51 | 52 | 53 |
| 54 | 55 | 56 | 57 | 58 |
| 59 | 60 | 61 | 62 | 63 |
| 64 | 65 | 66 | 67 | 68 |
| 69 | 70 | 71 | 72 | 73 |
| 74 | 75 | 76 | 77 | 78 |
| 79 | 80 | 81 | 82 | 83 |
| 84 | 85 | 86 | 87 | 88 |
| 89 | 90 | 91 | 92 | 93 |
| 94 | 95 | 96 | 97 | 98 |
| 99 | 100 | 101 | 102 | 103 |

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | |
|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | SI | No |
| 103. contra el dolor (de cabeza, muelas, otra enfermedad). | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| 104. (no barbitúricos) para el insomnio, falta de sueño) | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| 105. para estar tranquilo) | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| 106. (para tratamiento de alguna enfermedad psiquiátrica | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| 107. para calmar los nervios | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| 108. (para los motivos anteriores, pero no recuerde el nombre. | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| 109. (para no estar deprimido o quitarse lo triste) | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| 110. Píldoras para la dieta (para Bajar o subir de peso) | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| 111. (para nutrirse cansancio o estar alegre, proporcionar energías para seguir trabajando) | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| 112. Pastillas y Jarabes para la tos (para calmar la tos, | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| 113. para calmar dolores muy fuertes o en operaciones | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| 114. Marihuana | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| 115. Otros alucinógenos | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| 116. Solventes o Inhalantes | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| 117. Heroína | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |

¿Ha usado alguna vez? ¿Ha usado en los últimos 6 meses? ¿En qué frecuencia en el último mes? ¿En qué frecuencia 3-5 veces a la semana o más veces a la semana o diario? ¿Qué edad tenías cuando empezaste a usar la sustancia? ¿Iniciaste el consumo en el último mes? ¿Cuántas veces la has consumido en la vida? ¿Ha consumido alguna vez diario por un período de una semana en los últimos 6 meses? ¿Ha usado alguna vez para perder o ganar cantidad? ¿Ha usado alguna vez para no ir a la escuela? ¿Ha usado alguna vez para no ir a trabajar? ¿Ha usado alguna vez para no ir a la universidad? ¿Ha usado alguna vez para no ir a la escuela? ¿Ha usado alguna vez para no ir a trabajar? ¿Ha usado alguna vez para no ir a la universidad?

A P E N D I C E B

GLOSARIO DE TERMINOS

Adicción a Drogas:

Es un estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una sustancia (natural o sintética).

Adolescencia:

Etapa intermedia entre la niñez y la edad adulta, durante la cual, concomitantemente a un proceso de madurez física y fisiológica, tiene lugar el de interacción de la identidad distinta de los demás y ante el mundo en el cual se va a insertar. La adolescencia no solo implica la madurez personal, -física y fisiológica- sino también la definición social.

Dependencia Física

En un sentido estrictamente farmacológico, dependencia física y adicción son sinónimos y consisten en un estado de adaptación biológica que se manifiesta por trastornos fisiológicos más o menos intensos cuando se suspende bruscamente la droga (síndrome de abstinencia).

Dependencia Psíquica

Equivalente al término habituación. Uso compulsivo de la droga sin desarrollo de dependencia física, pero que implica también un grave peligro para el individuo.

Depresores

Disminuyen las reacciones del Sistema Nervioso Central (barbitúricos o alcohol)

Droga

Desde el punto de vista legal en México; son todas las sustancias que nuestra legislación comprende bajo los términos "estupefacientes y psicotrópicos".

Fármaco

Se entiende por "fármaco" o "droga" toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más de sus funciones.

Farmacodependencia

Es el estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, ca-

racterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar el fármaco en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces, para evitar el malestar producido por la privación.

Hábito (Dependencia)

Similar a la adicción, si bien con síntomas menos graves.

Narcóticos

Este término se aplica a las llamadas drogas fuertes que producen un estado de euforia, tranquilidad, modorra, inconsciencia o sueño (morfina, codeína, heroína).

Síndrome de Abstinencia (o de carencia)

Es el cuadro de signos y síntomas que aparecen cuando la administración de la droga ha sido suspendida, dependiendo de la intensidad del uso del fármaco y la toxicidad del mismo.

I.- DESCRIPCION DEMOGRAFICA DE LA MUESTRA TOTAL (N=362).

REGION " A " .

| SEXO | N | % |
|----------------------------|-----|--------|
| HOMBRES | 176 | 48.62 |
| MUJERES | 186 | 51.38 |
| SIN INFORMACION | - | - |
| TOTAL | 362 | 100.00 |
| EDAD | N | % |
| MENOS DE 14 AÑOS A 15 AÑOS | 223 | 61.60 |
| 16 AÑOS A MAS DE 18 AÑOS | 136 | 37.57 |
| SIN INFORMACION | 3 | 0.83 |
| TOTAL | 362 | 100.00 |
| ESCOLARIDAD | N | % |
| SECUNDARIA O PREVOCACIONAL | 337 | 93.10 |
| PREPA O EQUIVALENTE | 25 | 6.90 |
| SIN INFORMACION | - | - |
| TOTAL | 362 | 100.00 |

REGION " B " .

| SEXO | N | % |
|------------------------------|-----|--------|
| HOMBRES | 227 | 56.33 |
| MUJERES | 176 | 43.67 |
| SIN INFORMACION | - | - |
| TOTAL | 403 | 100.00 |
| EDAD | N | % |
| MENORES DE 14 AÑOS A 15 AÑOS | 206 | 51.11 |
| 16 A MAS DE 18 AÑOS | 196 | 48.64 |
| SIN INFORMACION | 1 | 0.25 |
| TOTAL | 403 | 100.00 |
| ESCOLARIDAD | N | % |
| SECUNDARIA O PROVOCACIONAL | 400 | 99.25 |
| PREPA O EQUIVALENTE | -- | - |
| SIN INFORMACION | 3 | 0.74 |
| TOTAL | 403 | 100.00 |

III.-PORCENTAJES DE USO DE DROGAS MEDICAS, DROGAS NO MEDICAS,
POLIUSUARIOS, ALCOHOL Y NO USUARIOS DE DROGAS.

| | REGION A | | REGION B | | RESULTADOS | NIVEL DE SIGNIF. | | |
|-------------------|----------|-------|----------|-------|-------------------|--------------------------------|----------|---|
| | N | % | N | % | | χ^2 | α | P |
| DROGAS MEDICAS | 204 | 56.35 | 265 | 65.76 | 7.9 Rechazo Ho. | 0.01 | 0.99 | |
| DROGAS NO MEDICAS | - | - | 2 | 0.50 | - | No se realizó -- comparaciones | | |
| POLIUSUARIOS | 80 | 22.10 | 43 | 10.67 | 11.13 Rechazo Ho. | 0.01 | 0.99 | |
| ALCOHOL | 6 | 1.66 | 4 | 0.99 | 0.4 Acepto Ho. | 0.01 | 0.99 | |
| NO USUARIOS | 72 | 19.85 | 89 | 22.08 | 1.79 Acepto Ho. | 0.01 | 0.99 | |

IV.- RESPUESTAS AFIRMATIVAS AL S.D.S. EN LAS REGIONES A Y B.

| | REGION A | | | REGION B | | | Prueb. " z " | Nivel de Confianza |
|---------------------------|----------|-----------|-------|----------|-----------|-------|-----------------|-----------------------|
| | N | \bar{X} | S | N | \bar{X} | S | | |
| RESPUESTAS AFIRMATIVAS | 33 | 234.19 | 54.18 | 33 | 262.65 | 65.57 | -1.94 | Acepto Ho. |
| Resp. AFIRM. HOMBRES | 33 | 111.45 | 24.63 | 33 | 143.34 | 35.85 | -4.21 | Rechazo Ho. |
| Resp. AFIRM. MUJERES | 33 | 117.91 | 29.30 | 33 | 116.68 | 28.43 | 0.17 | Acepto Ho. |

V.- MEDIDAS DEL PUNTAJE OBTENIDO EN LA ESCALA DE ACEPTACION SOCIAL.

| | REGION A | | | REGION B | | | RESULTADOS | NIVEL DE SIGNIFICAN- CIA. |
|------------------------------------|----------|-----------|-----|----------|-----------|------|----------------------|---|
| | N | \bar{X} | S | N | \bar{X} | S | CALIF. " Z " | |
| POLIUSUARIOS | 72 | 17.0 | 6 | 43 | 18.2 | 4.55 | -1.25 Acepta Ho. | $\alpha = 0.05$ p= 95 % -1.96 a + 1.96 |
| HOMBRES POLIUSUARIOS | 37 | 16.6 | 5.5 | 32 | 18.0 | 4.31 | -1.15 Acepta Ho. | $\alpha = 0.05$ p= 95 % -1.96 a + 1.96 |
| MUJERES POLIUSUARIOS | 35 | 17.7 | 4.4 | 11 | 18.9 | 5.0 | -0.67 Acepta Ho. | $\alpha = 0.05$ p= 95 % -1.96 a + 1.96 |
| USUARIOS DE DRO GAS MEDICAS | 72 | 18.7 | 5.1 | 43 | 17.6 | 4.45 | 1.2 Acepta Ho. | $\alpha = 0.05$ p= 95 % -1.96 a + 1.96 |
| HOMBRES USUARIOS DROGAS MEDICAS | 37 | 17.7 | 5.1 | 32 | 17.4 | 4.36 | 0.29 Acepta Ho. | $\alpha = 0.05$ p= 95 % -1.96 a + 1.96 |
| MUJERES USUARIAS DROGAS MEDICAS | 35 | 18.2 | 3.9 | 11 | 16.2 | 4.08 | 1.46 Acepta Ho. | $\alpha = 0.05$ p= 95 % -1.96 a + 1.96 |
| NO USUARIOS | 72 | 18.5 | 4.5 | 43 | 20.5 | 4.77 | -2.16 Rechaza Ho. | $\alpha = 0.05$ p= 95 % -1.96 a + 1.96 |
| HOMBRES NO USUARIOS | 37 | 18.5 | 4.4 | 32 | 19.9 | 4.6 | -1.08 Acepto Ho. | $\alpha = 0.07$ p= 93 % |
| MUJERES NO USUARIAS | 35 | 18.1 | 4.6 | 11 | 19.7 | 2.6 | -1.45 Acepta Ho. | $\alpha = 0.03$ p= 97 % |

VI.- RESULTADOS DEL ANALISIS DE VARIANZA EN UN SOLO SENTIDO DE LOS POLIUSUARIOS, USUARIOS DE DROGAS MEDICAS, NO USUARIOS, CON RESPECTO A LA ESCALA DE ACEPTACION SOCIAL EN LA REGION "A".

| FUENTE DE VARIACION | SUMA DE CUADRADOS | GRADOS DE LIBERTAD | VARIANZA ESTIMADA | F |
|---------------------|-------------------|--------------------|-------------------|------|
| ENTRE GRU POS | 160.29 | 2 | 80.14 | 0.32 |
| INTRA GRU POS | 52654.8 | 213 | 247.20 | |

Sin diferencia significativas
a un nivel de 0.05

VII.- RESULTADOS DEL ANALISIS DE VARIANZA EN UN SOLO SENTIDO DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN LA ESCALA DE ACEPTACION SOCIAL DE HOMBRES Y MUJERES POLIUSUARIOS, USUARIOS DE DROGAS MEDICAS Y NO USUARIOS DE LA REGION "A".

| FUENTE DE VARIACION | SUMA DE CUADRADOS | GRADOS DE LIBERTAD | VARIANZA ESTIMADA | F |
|---------------------|-------------------|--------------------|-------------------|-----|
| ENTRE GRUPOS | 69 | 5 | 13.8 | .65 |
| INTER GRUPOS | 4769.84 | 210 | 22.71 | |

Sin diferencias significativas a un nivel de 0.05.

VIII.- RESULTADOS DEL ANALISIS DE VARIANZA EN UN SOLO SENTIDO DE
 LOS POLIUSUARIOS, USUARIOS DE DROGAS MEDICAS, NO USUARIOS,
 CON RESPECTO A LA ESCALA DE ACEPTACION SOCIAL EN LA - -
 REGION "B".

| FUENTE DE VARIACION | SUMA DE CUADROS | GRADOS DE LIBERTAD | VARIANZA ESTIMADA | F |
|---------------------|-----------------|--------------------|-------------------|------|
| ENTRE GRUPOS | 110.28 | 2 | 55.14 | 0.20 |
| INTRA GRUPOS | 33191.11 | 123 | 269.84 | |

Sin diferencias significativas
 a un nivel de 0.05

IX.- RESULTADOS DEL ANALISIS DE VARIANZA EN UN SOLO SENTIDO DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN LA ESCALA DE ACEPTACION SOCIAL DE HOM--BRES POLIUSUARIOS, HOMBRES USUARIOS DE DROGAS MEDICAS Y HOM--BRES NO USUARIOS DE LA REGION "B".

| FUENTE DE VARIACION | SUMA DE CUADROS | GRADOS DE LIBERTAD | VARIANZA ESTIMADA | F |
|---------------------|-----------------|--------------------|-------------------|------|
| ENTRE GRUPOS | 103 | 2 | 51.5 | 2.38 |
| INTRA GRUPOS | 2005 | 93 | 21.55 | |

Sin diferencias significativas a un nivel de 0.05

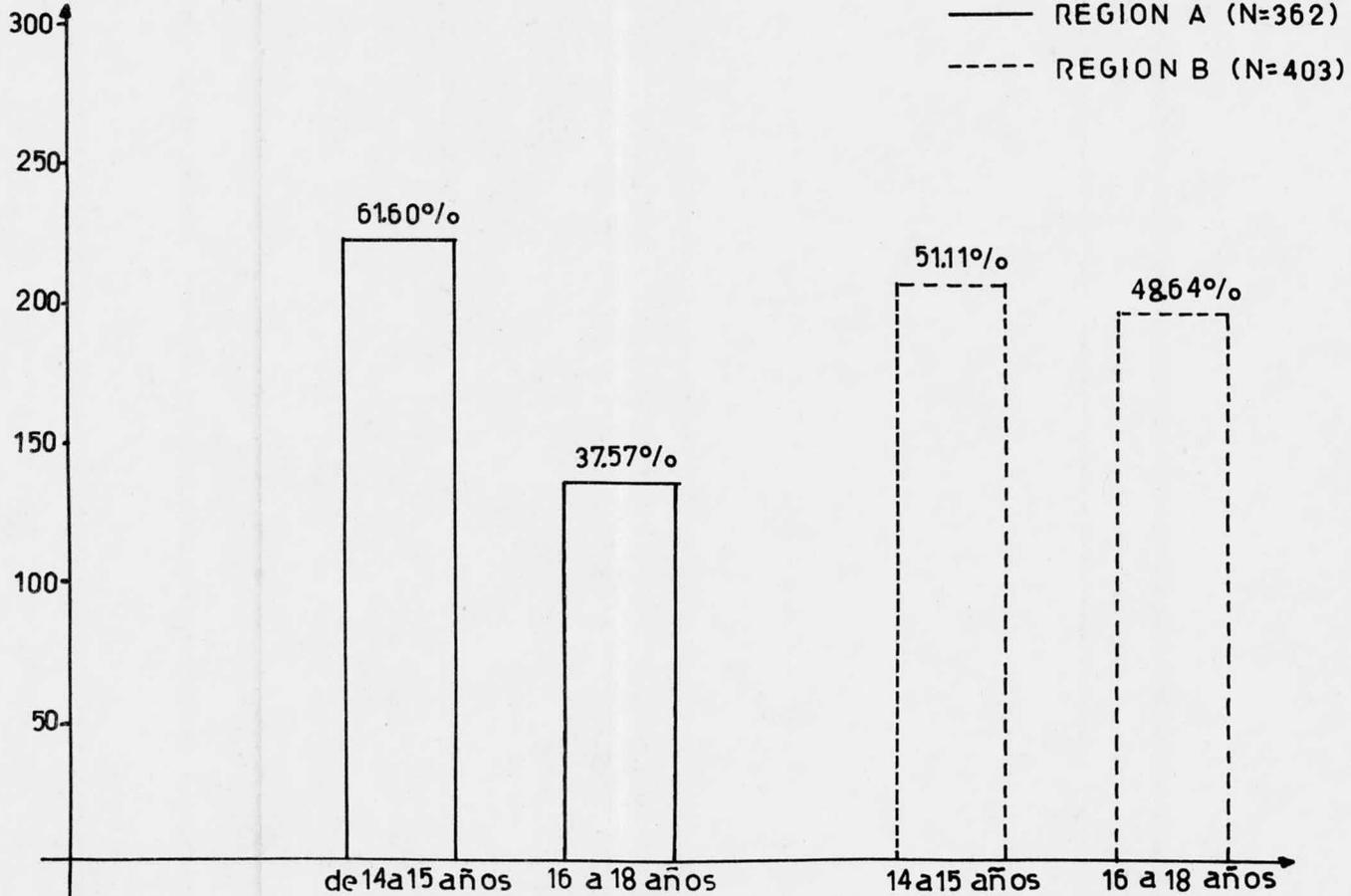
X.- RESULTADOS DEL ANALISIS DE VARIANZA EN UN SOLO SENTIDO DE PORCENTAJES OBTENIDOS EN LA ESCALA DE ACEPTACION SOCIAL DE LAS - MUJERES POLIUSUARIAS, MUJERES USUARIAS DE DROGAS MEDICAS Y MUJERES NO USUARIAS DE LA REGION "B"

| FUENTE DE VARIACION | SUMA DE CUADROS | GRADOS DE LIBERTAD | VARIANZA ESTIMADA | F |
|---------------------|-----------------|--------------------|-------------------|------|
| ENTRE GRUPOS | 77.15 | 2 | 38.57 | 2.14 |
| INTRA GRUPOS | 539.82 | 30 | 17.99 | |

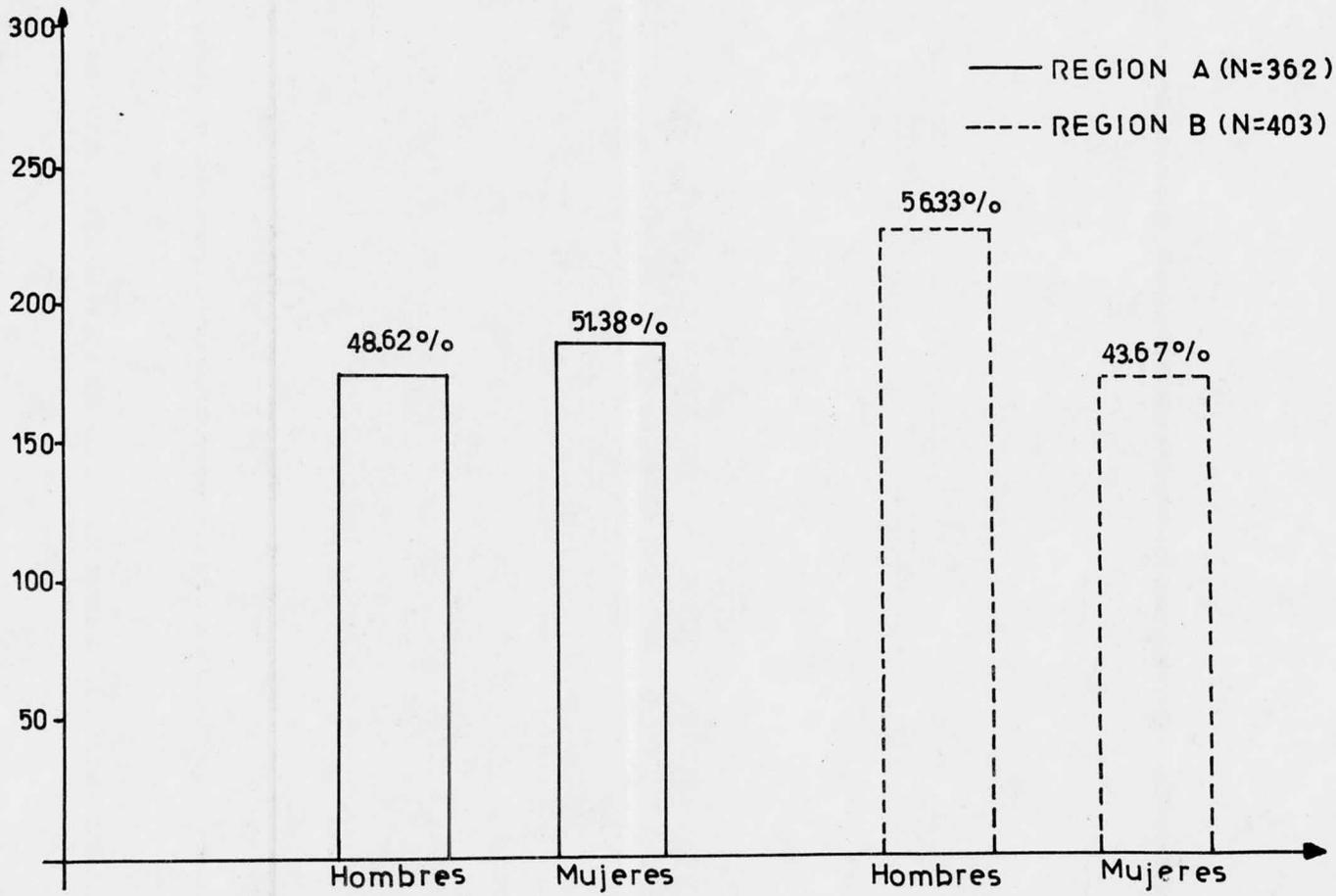
Sin diferencias significativas a un nivel de 0.05.

I.- EDAD EN LAS REGIONES A Y B

Sujetos

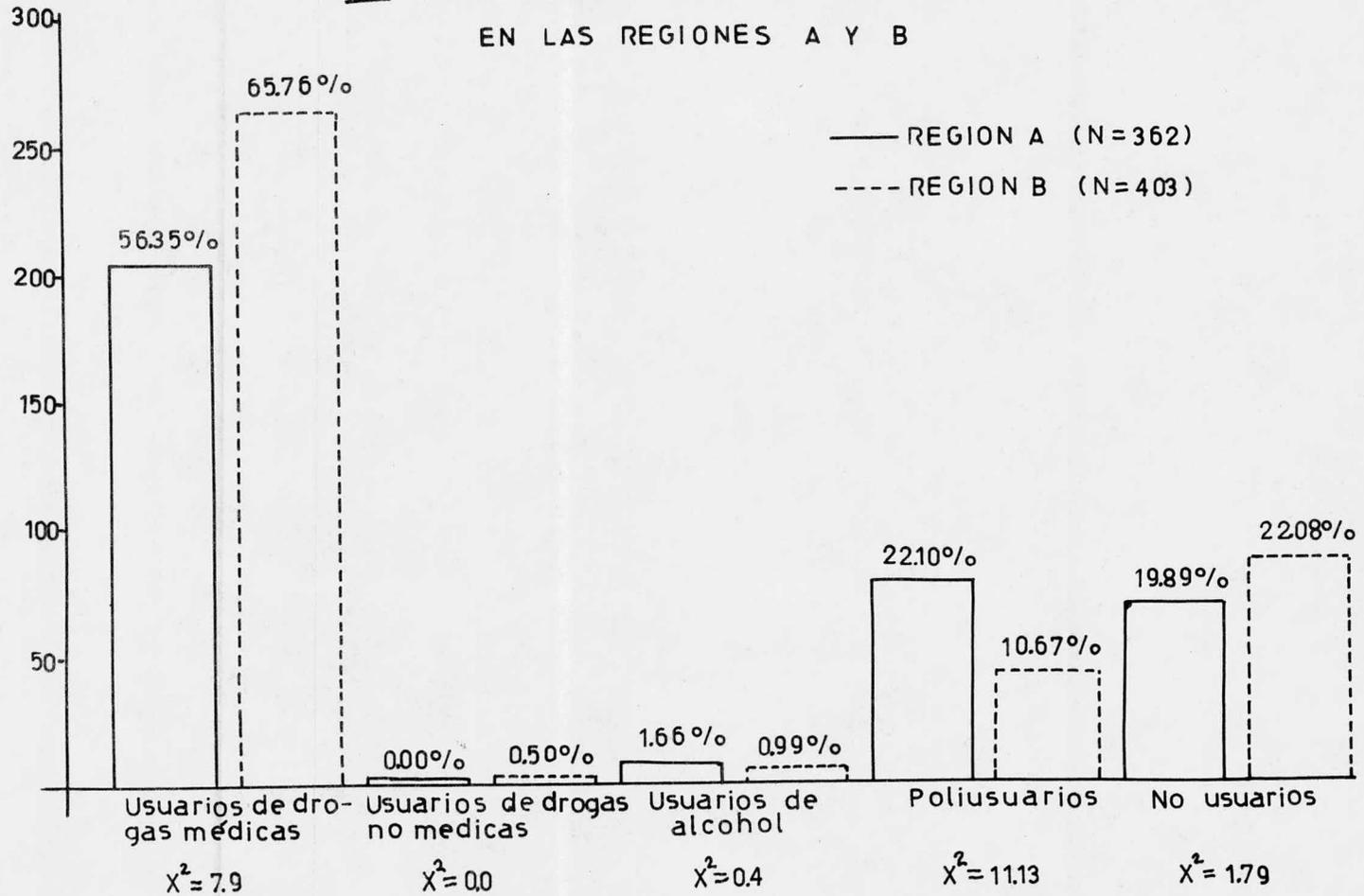


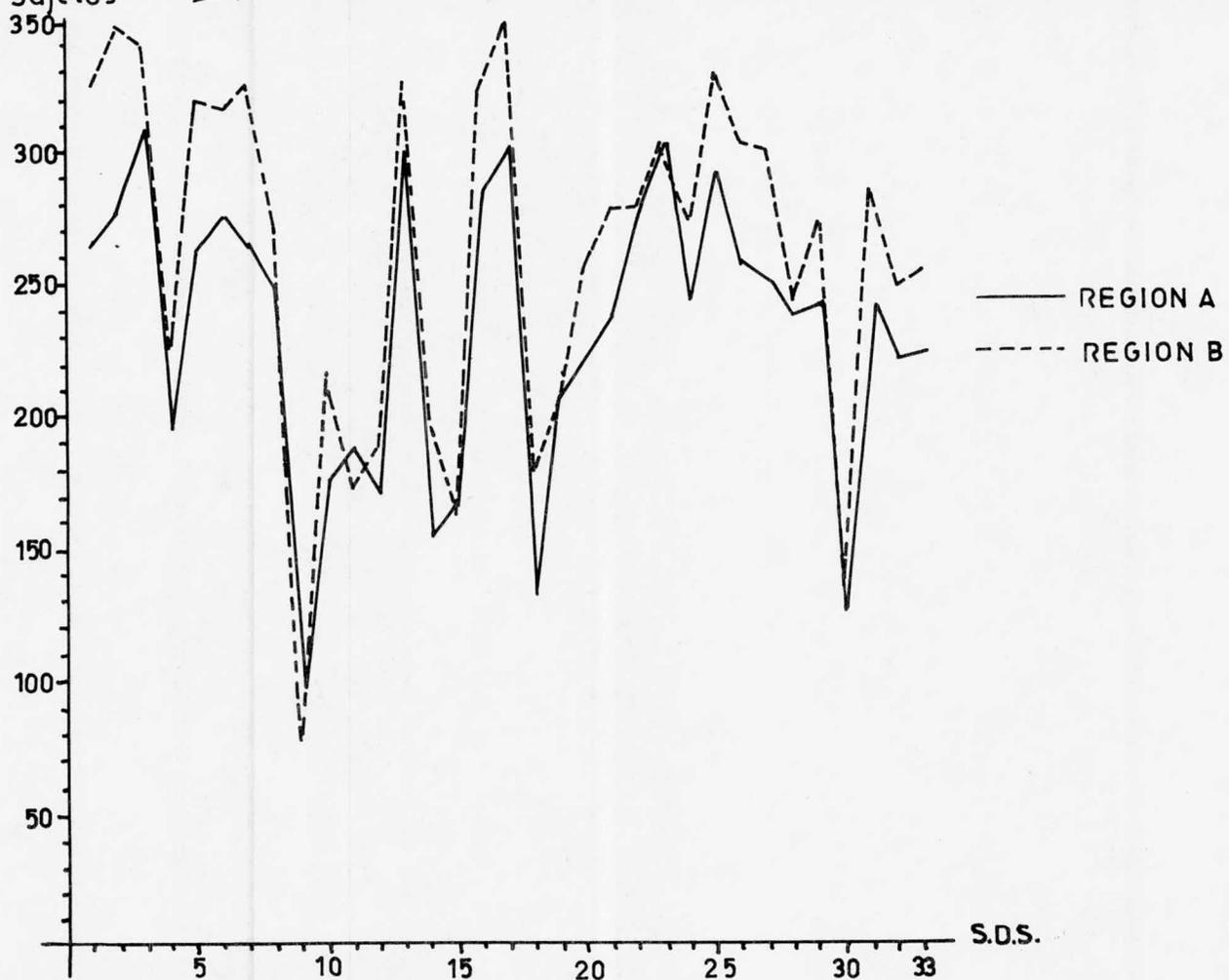
II.- SEXO EN LAS REGIONES A Y B



III.- NO USUARIOS Y USUARIOS DE DROGAS 1

EN LAS REGIONES A Y B





IV_m RESPUESTAS AFIRMATIVAS EN LAS REGIONES A Y B

(HOMBRES)

Sujetos

300

250

200

150

100

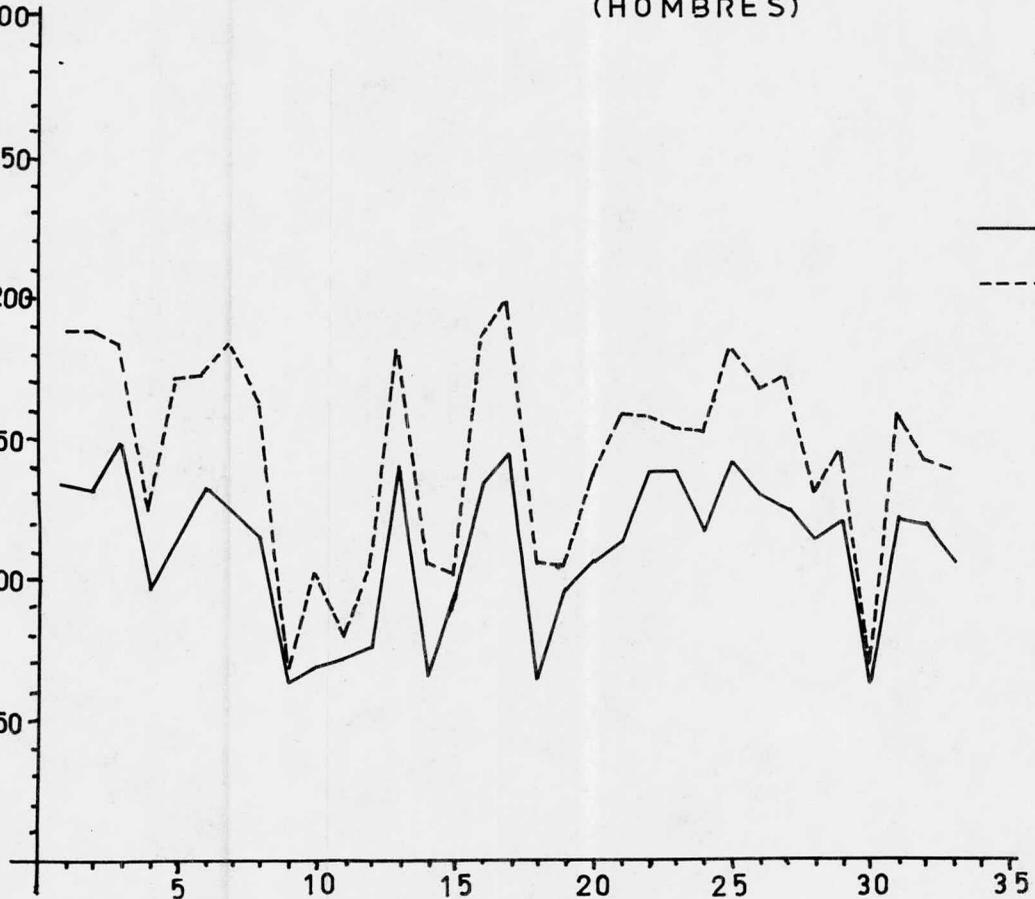
50

— REGION A

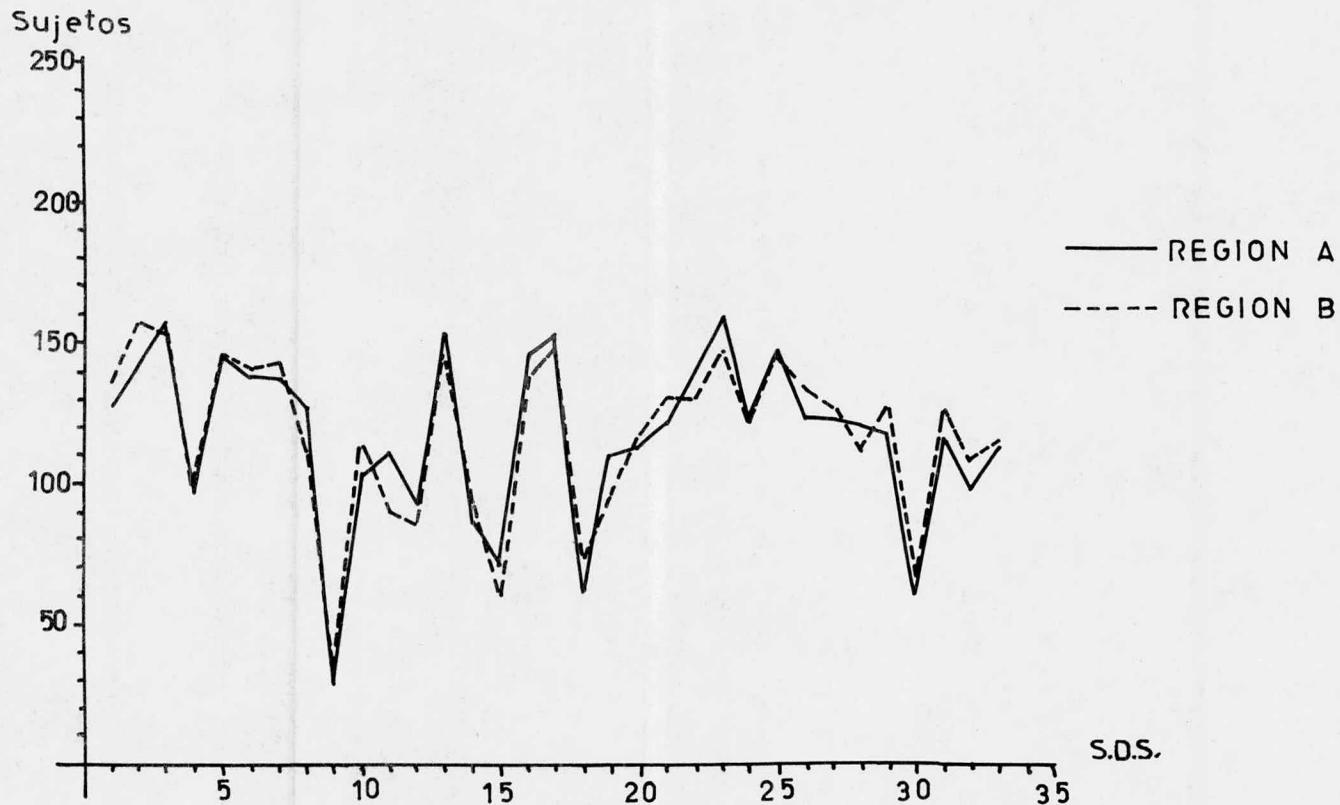
- - - REGION B

5 10 15 20 25 30 35

S.D.S.

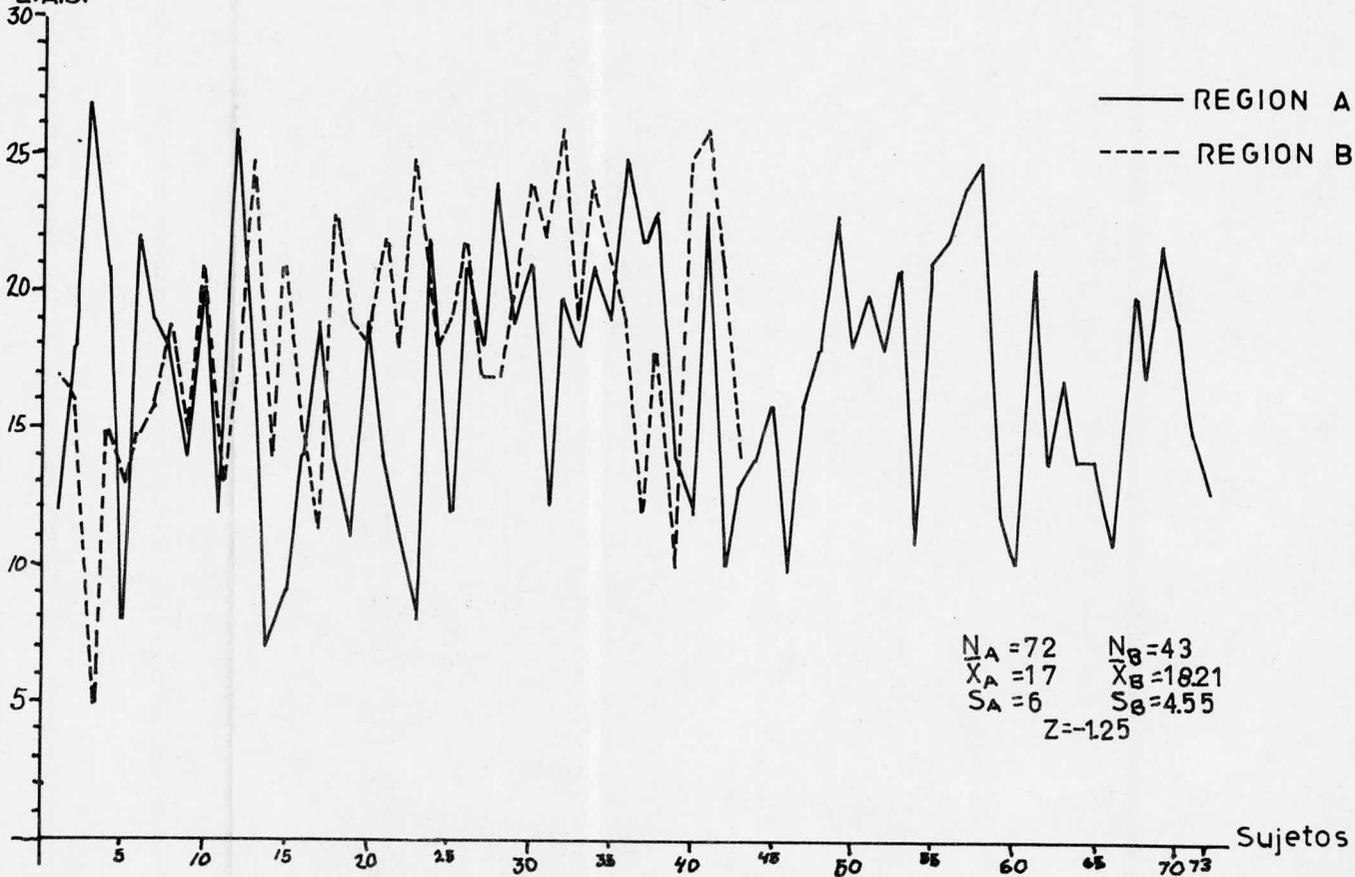


IV RESPUESTAS AFIRMATIVAS EN LAS REGIONES A Y B
(MUJERES)



\bar{V}_p POLIUSUARIOS

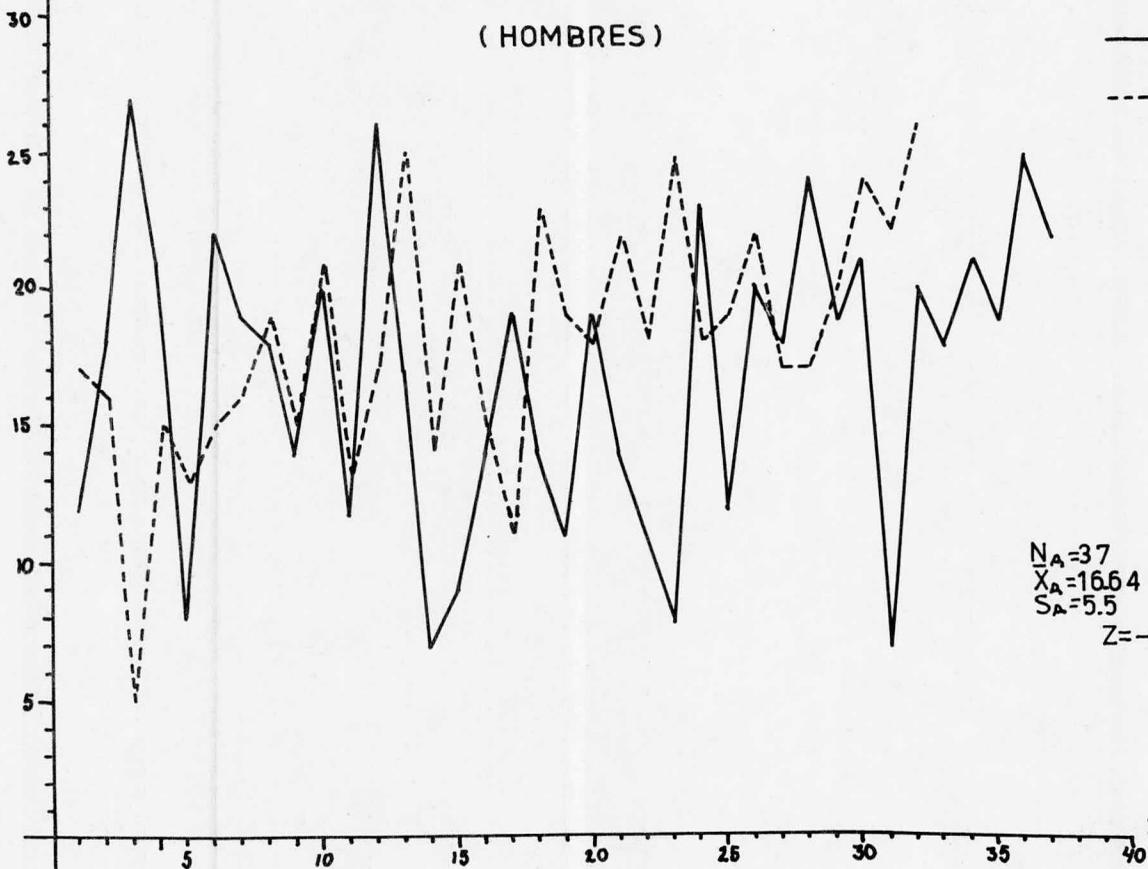
E.A.S.



E.A.S.

\bar{V}_{pm} POLIUSUARIOS
(HOMBRES)

— REGION A
- - - REGION B



$N_A=37$ $N_B=32$
 $\bar{X}_A=16.64$ $\bar{X}_B=10$
 $S_A=5.5$ $S_B=4.31$
 $Z=-1.15$

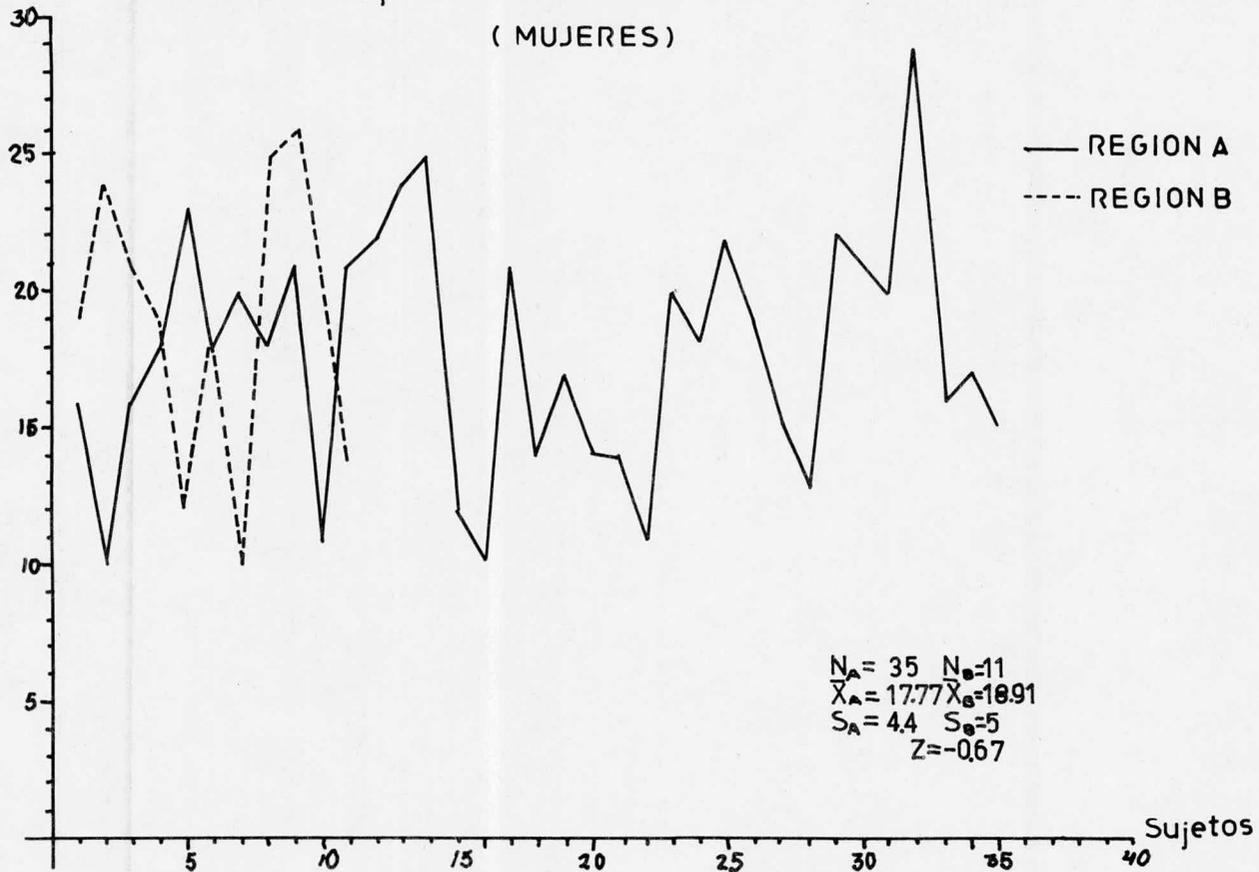
Sujetos

E.A.S.

\bar{V}_{pf}

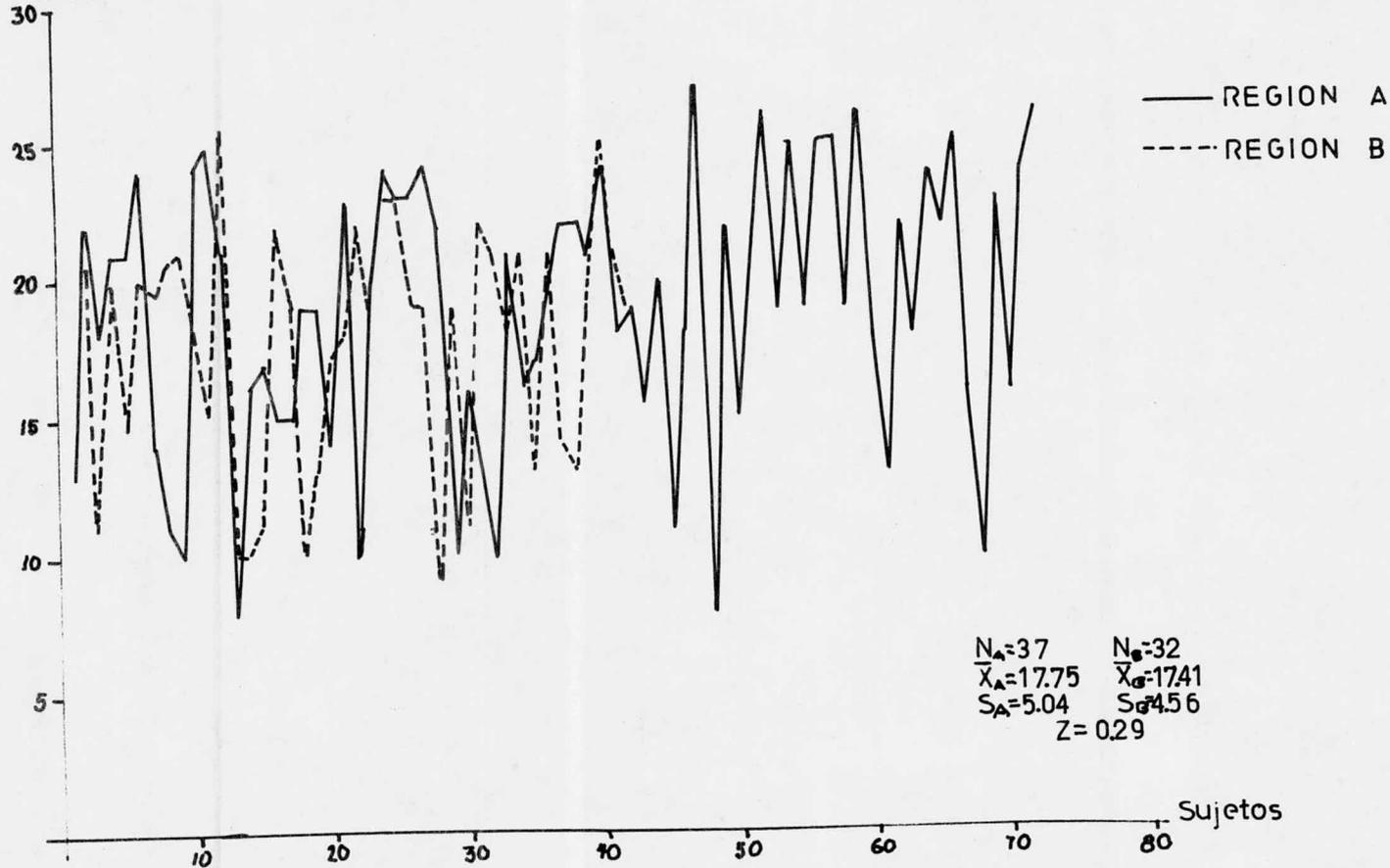
POLIUSUARIOS

(MUJERES)



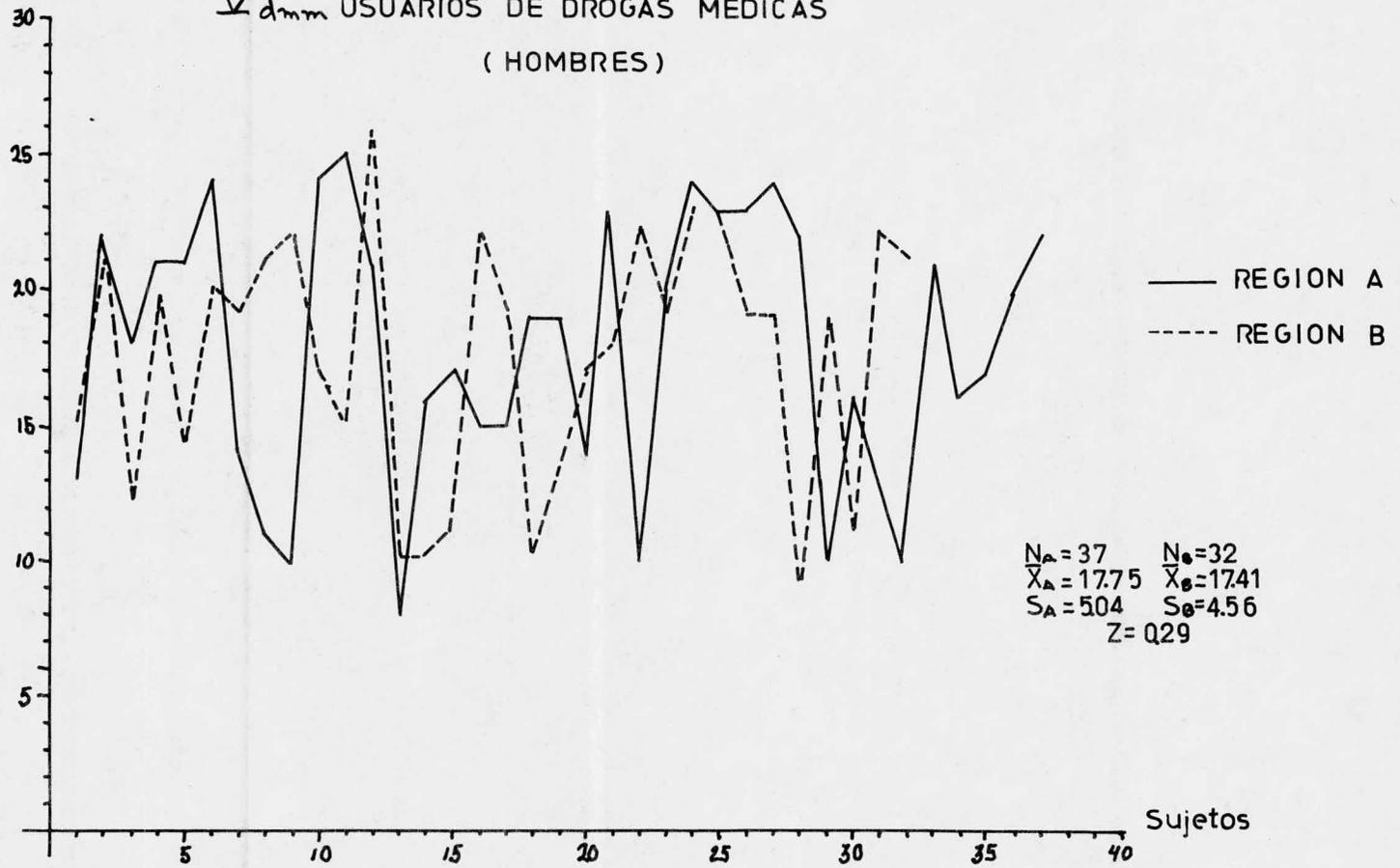
$\bar{V}_{dm.}$ USUARIOS DE DROGAS MEDICAS

E.A.S.



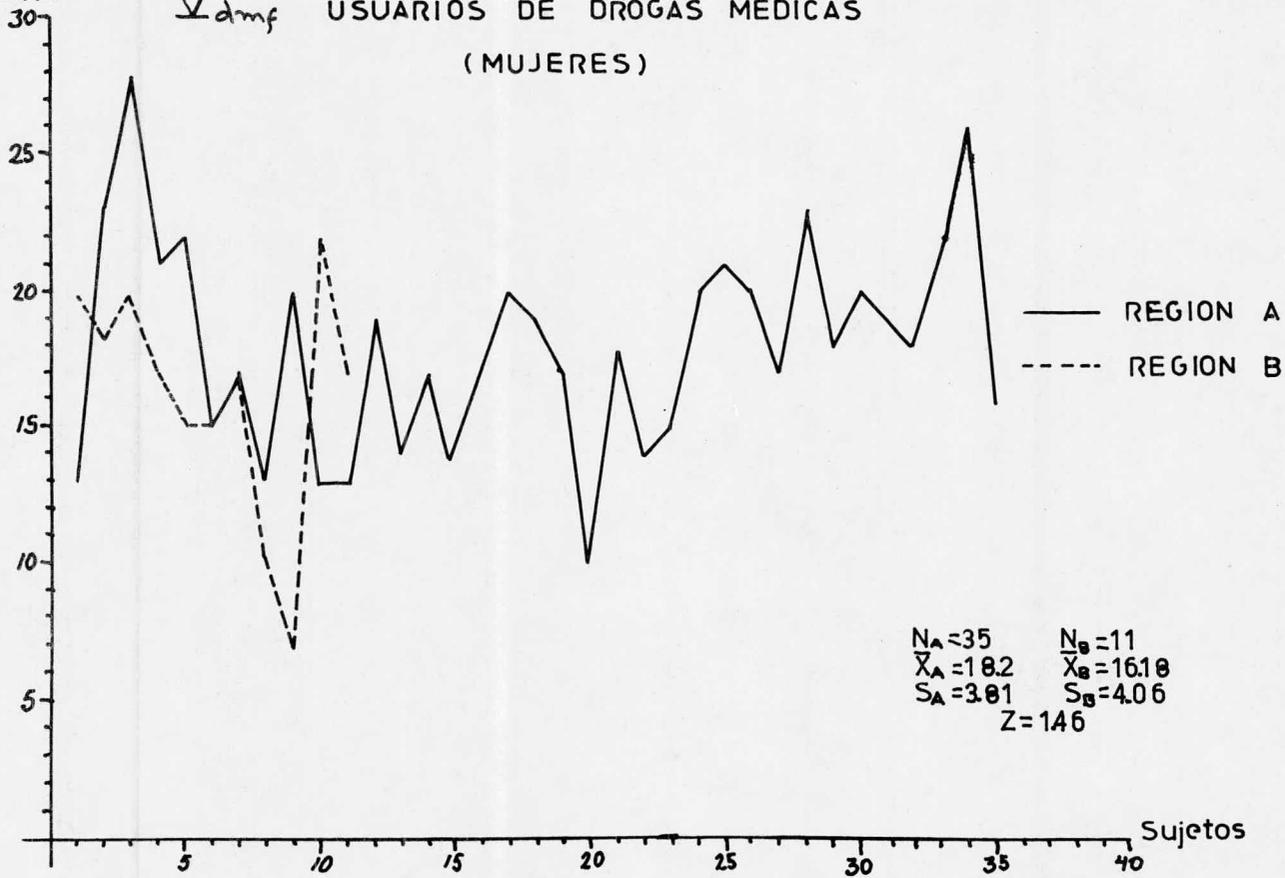
E.A.S.

\bar{V}_{dmm} USUARIOS DE DROGAS MEDICAS
(HOMBRES)



E.A.S.

\bar{V}_{dmf} USUARIOS DE DROGAS MEDICAS
(MUJERES)

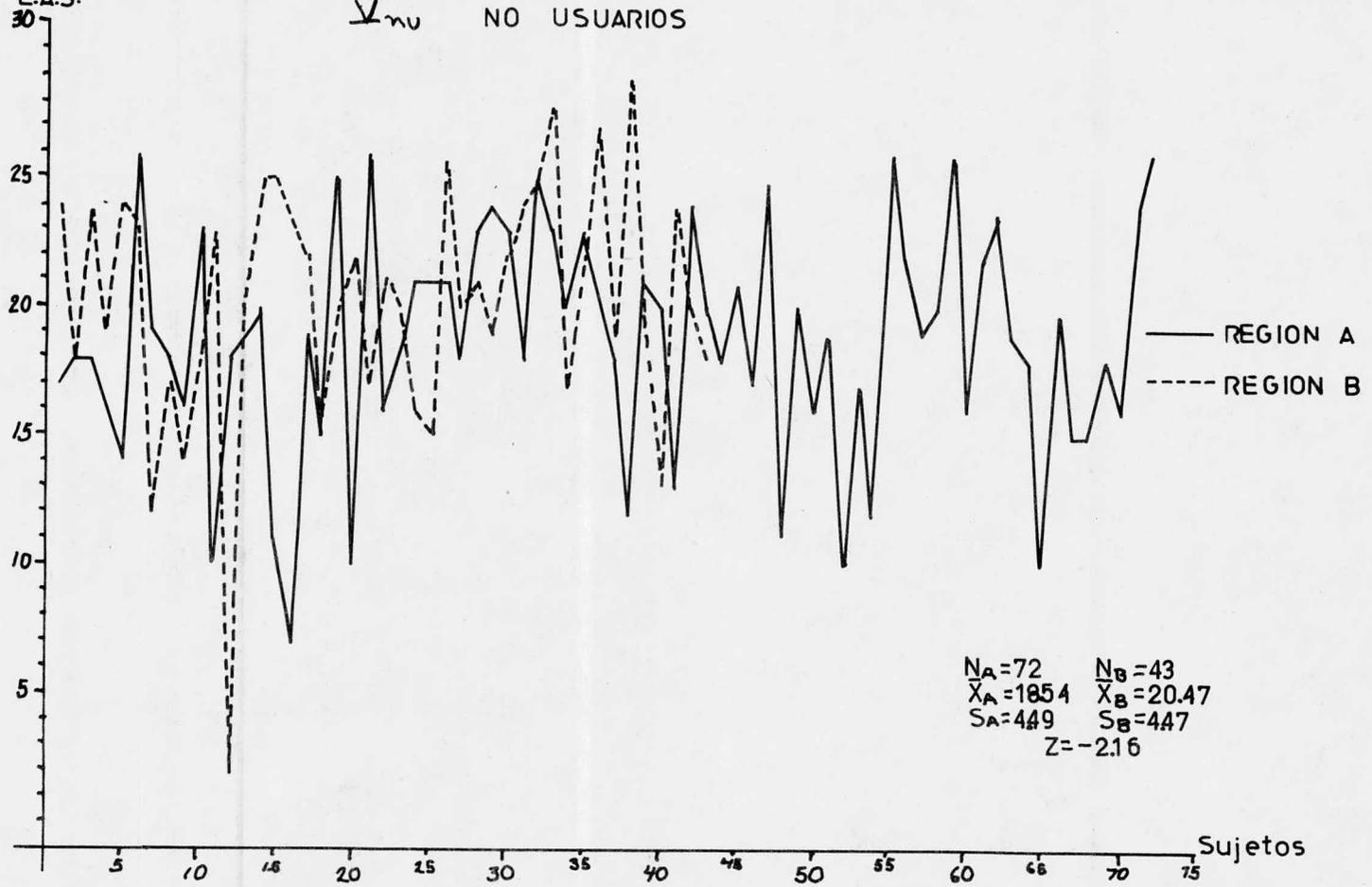


$N_A = 35$ $N_B = 11$
 $\bar{X}_A = 18.2$ $\bar{X}_B = 16.18$
 $S_A = 3.01$ $S_B = 4.06$
 $Z = 146$

Sujetos

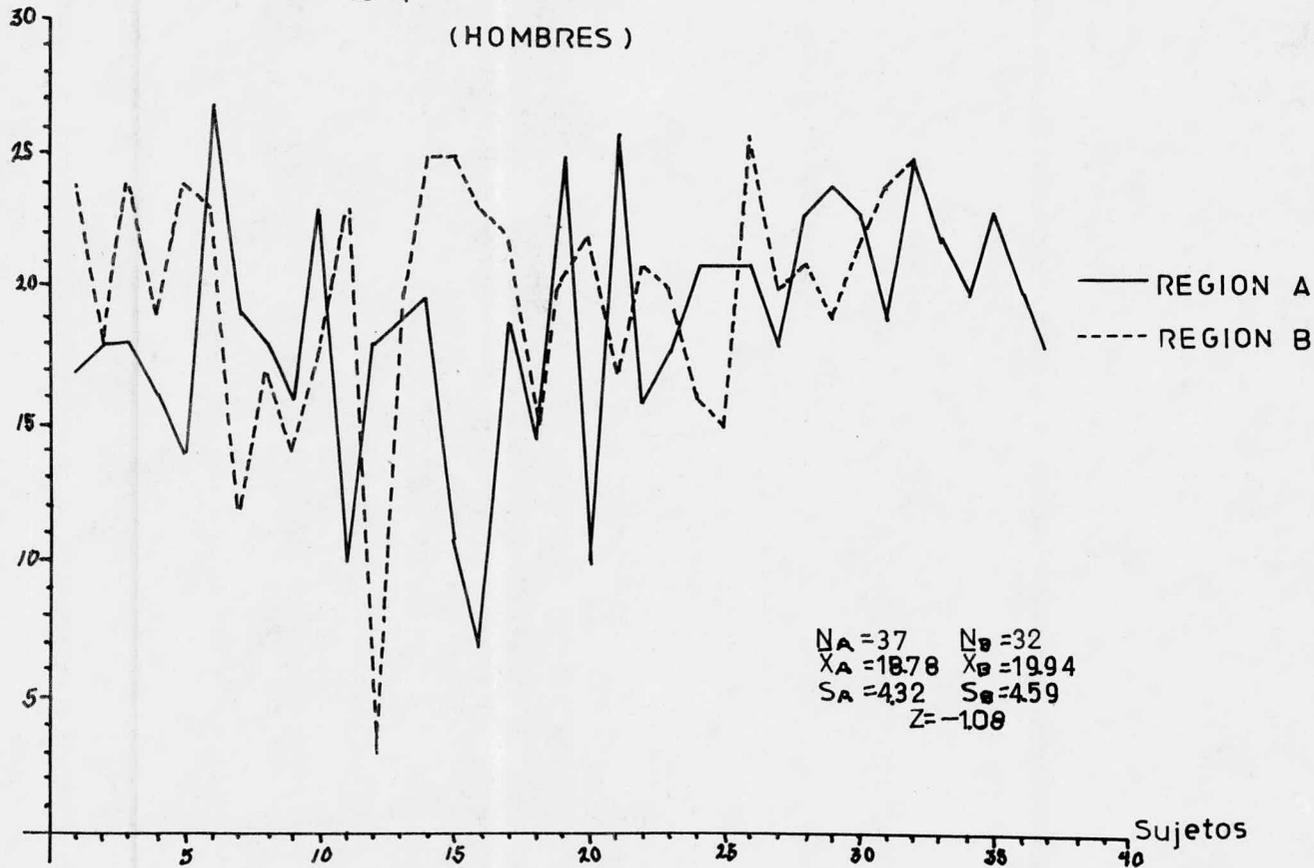
E.A.S.

\bar{V}_{nu} NO USUARIOS



E.A.S.

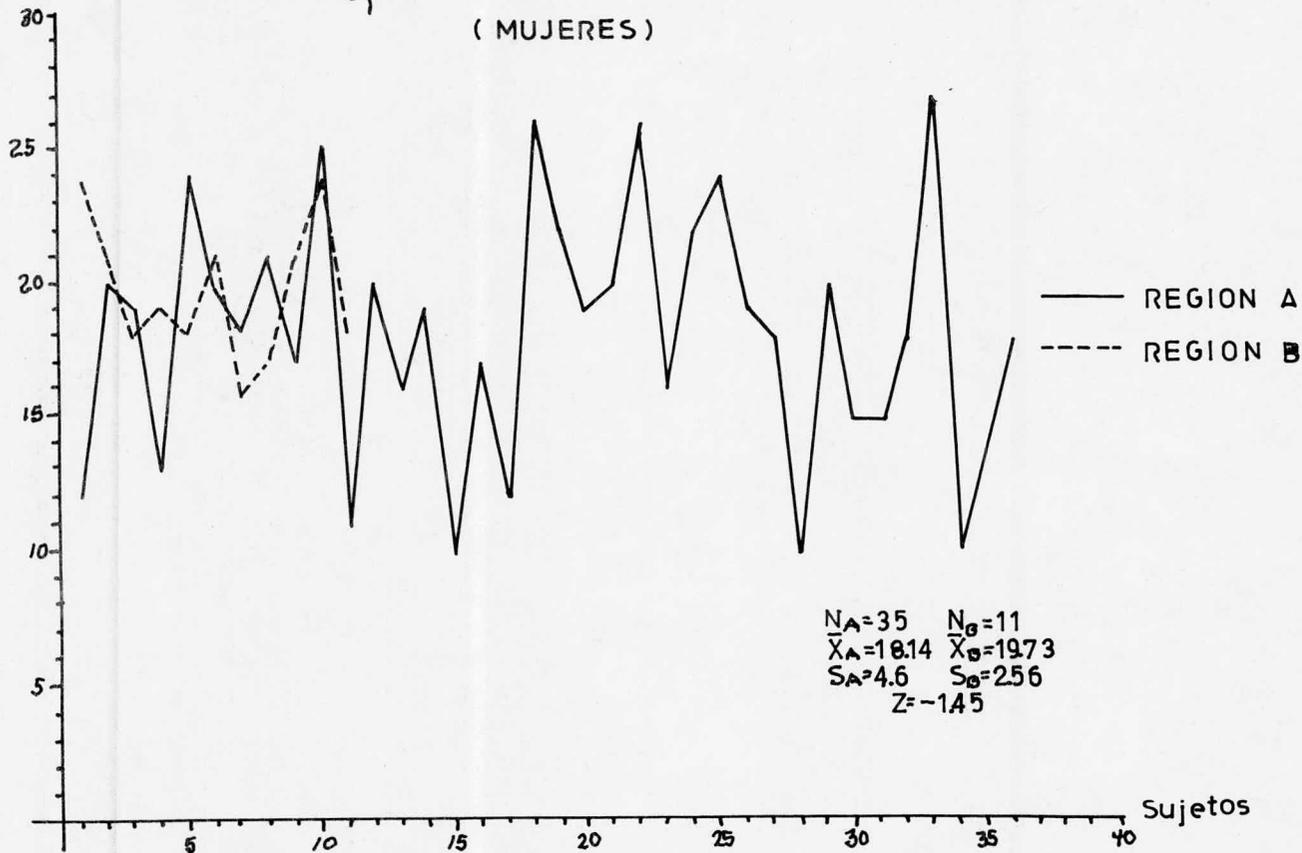
V_{num} NO USUARIOS
(HOMBRES)



E.A.S.

\bar{V}_{nuf}

NO USUARIOS
(MUJERES)



VI PUNTAJE EN LA ESCALA DE ACEPTACION SOCIAL
Región A (ambos sexos)
(N=72)

E.A.S.

30

25
20
15
10
5

- POLIUSUARIOS
- - - USUARIOS DE DROGAS MED.
- - - NO USUARIOS

Sujetos

80

10

20

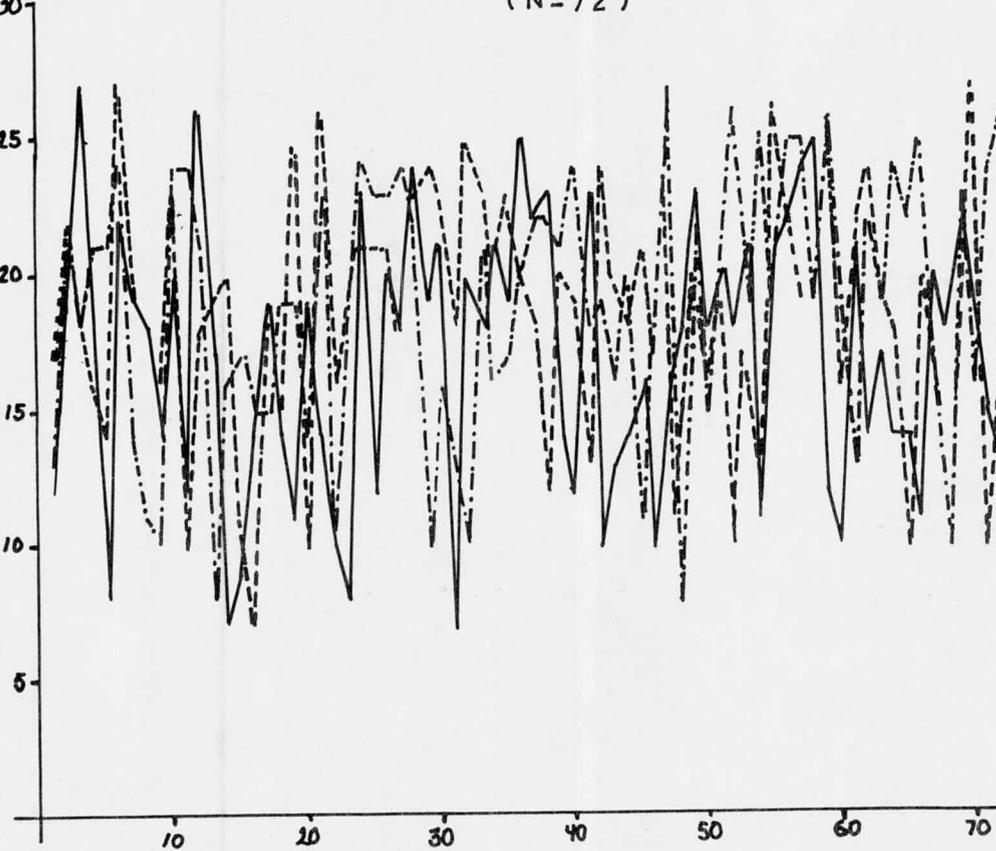
30

40

50

60

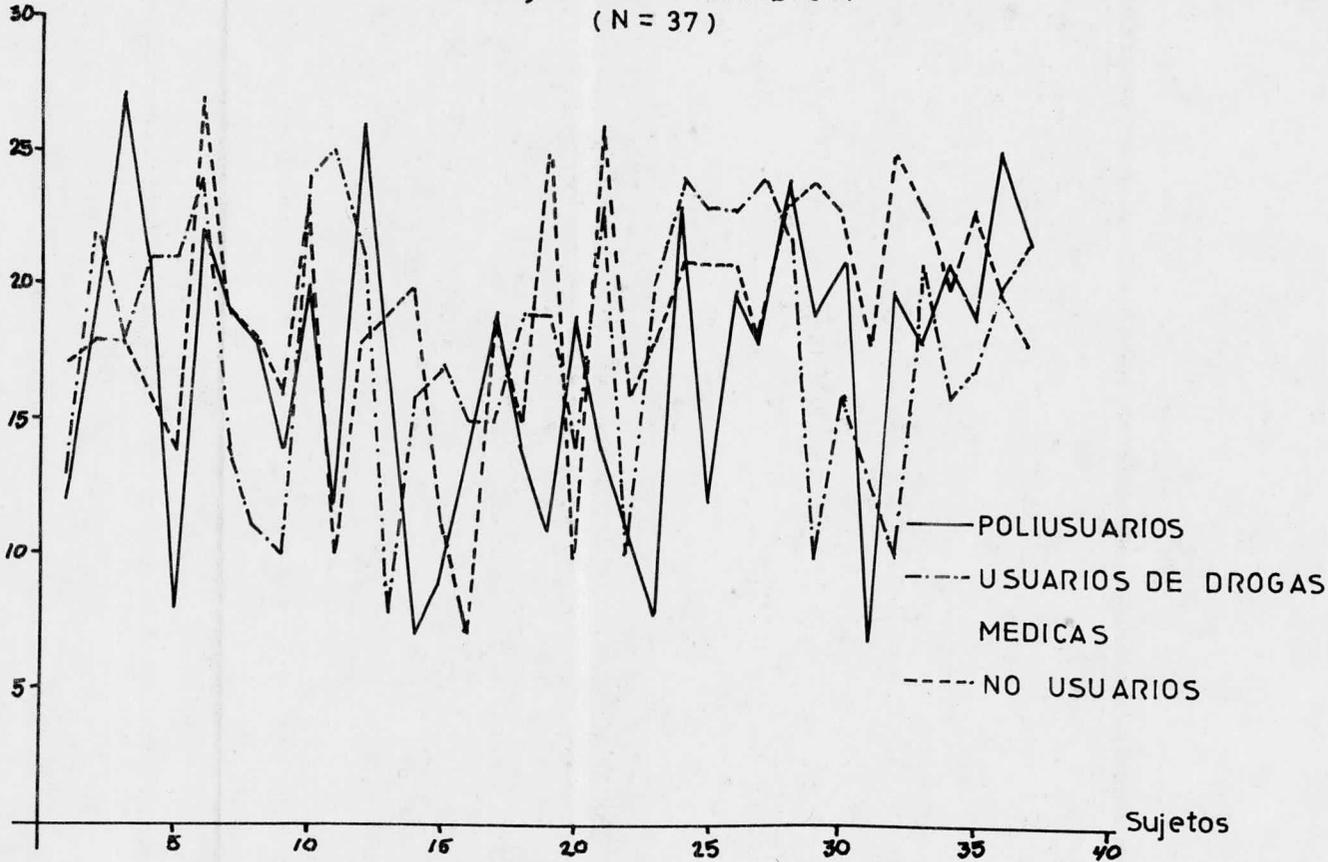
70



VII_a

PUNTAJE EN LA ESCALA DE ACEPTACIÓN SOCIAL Región A (hombres) (N = 37)

E.A.S.



VII_b PUNTAJE EN LA ESCALA DE ACEPTACION SOCIAL
Región A (mujeres)
(N = 35)

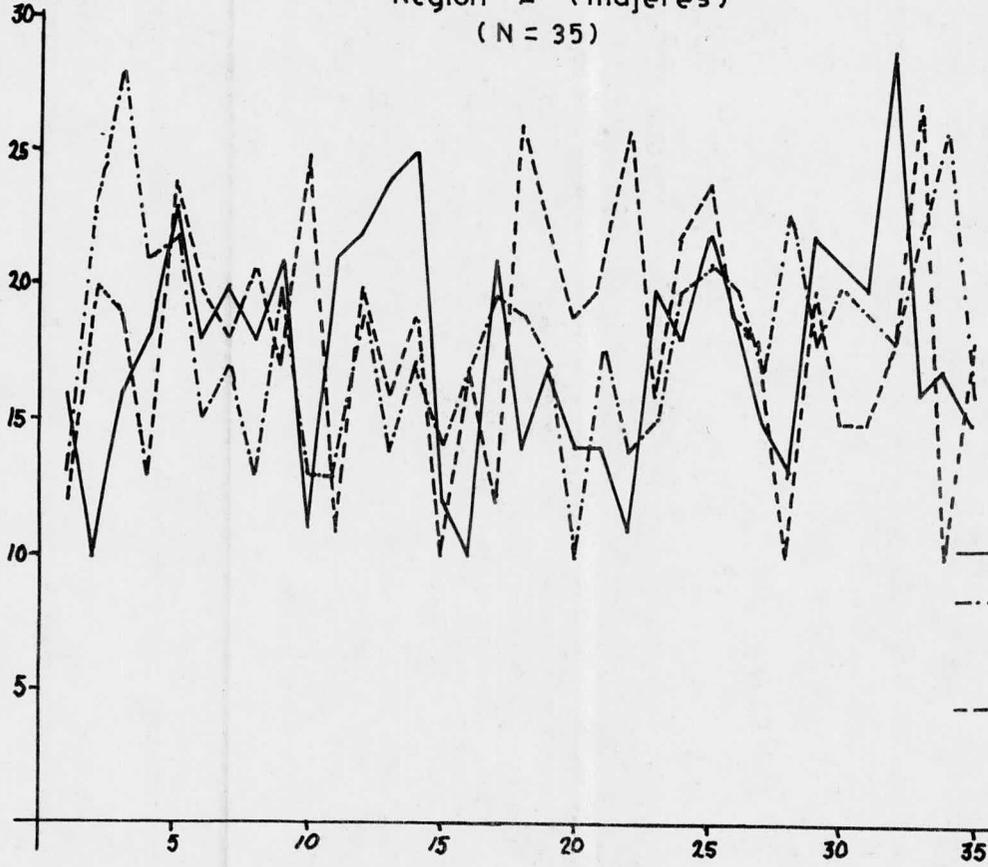
E.A.S.
30

25
20
15
10
5

5 10 15 20 25 30 35 40

Sujetos

- POLIUSUARIOS
- · - · USUARIOS DE DROGAS
MEDICAS
- - - NO USUARIOS

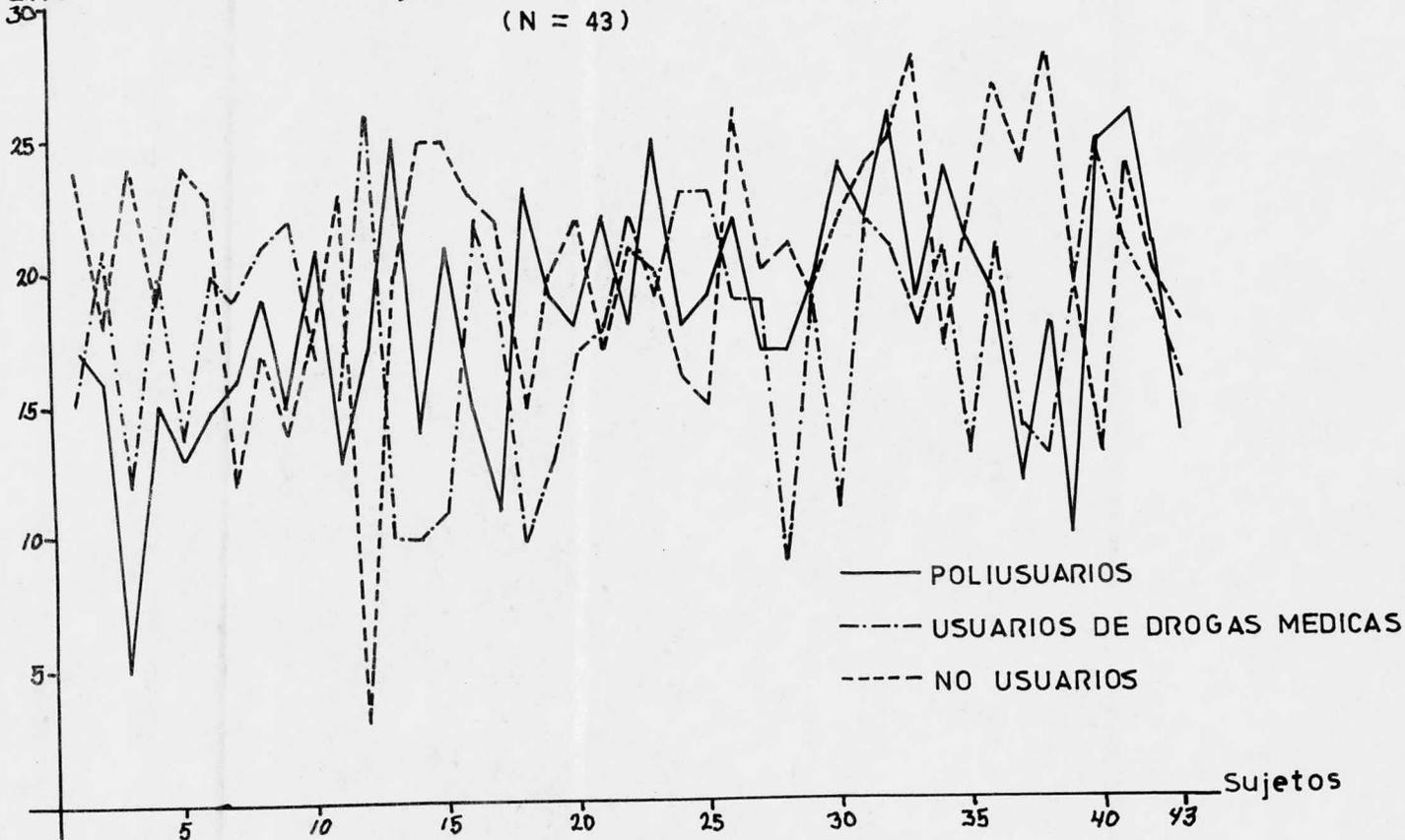


VIII PUNTAJE EN LA ESCALA DE ACEPTACION SOCIAL

Región B (ambos sexos)

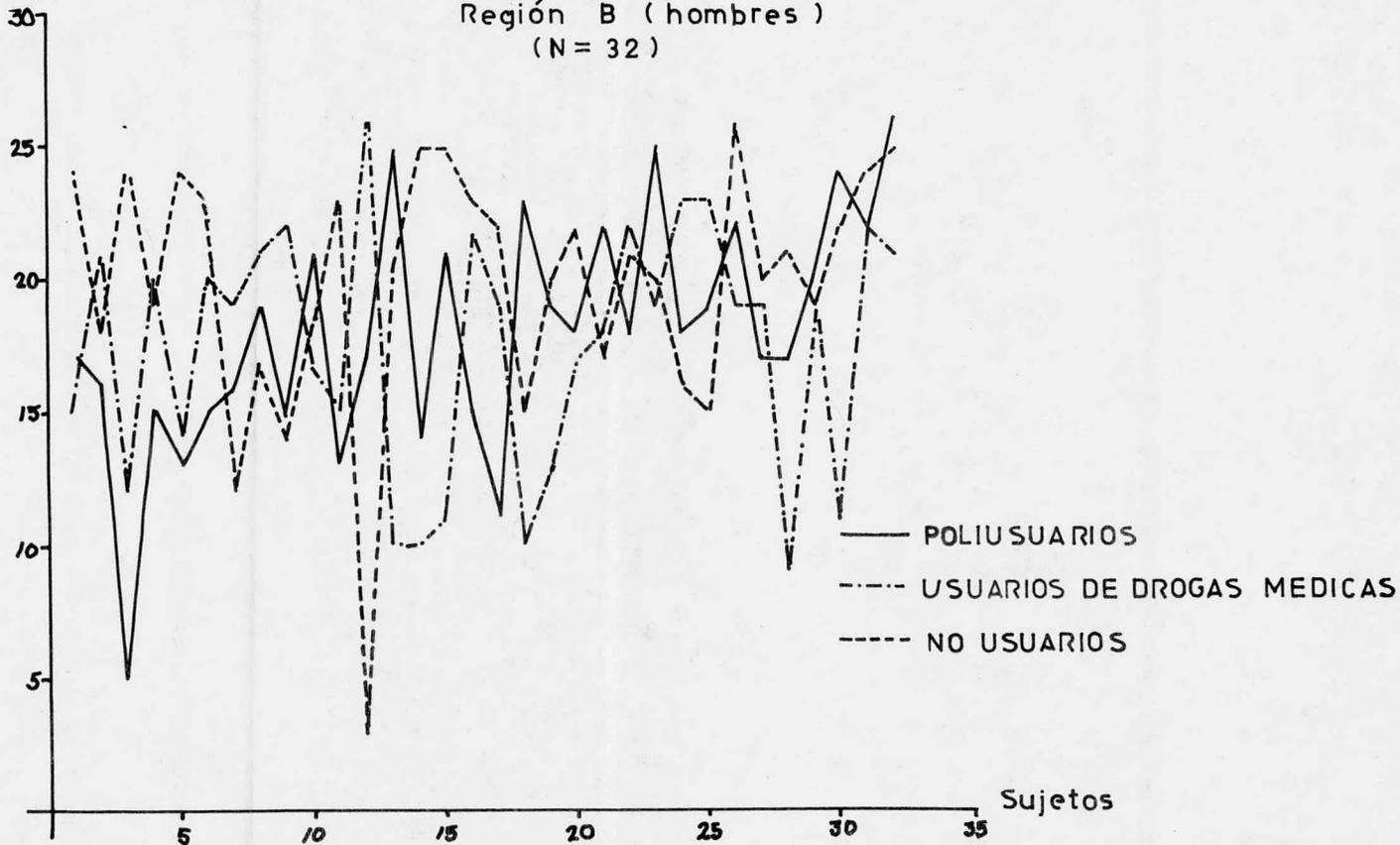
(N = 43)

E.A.S.
30



E.A.S.

IX, PUNTAJE EN LA ESCALA DE ACEPTACION SOCIAL
Región B (hombres)
(N = 32)





PUNTAJE EN LA ESCALA DE ACEPTACION SOCIAL
Región B (mujeres)
(N = 11)

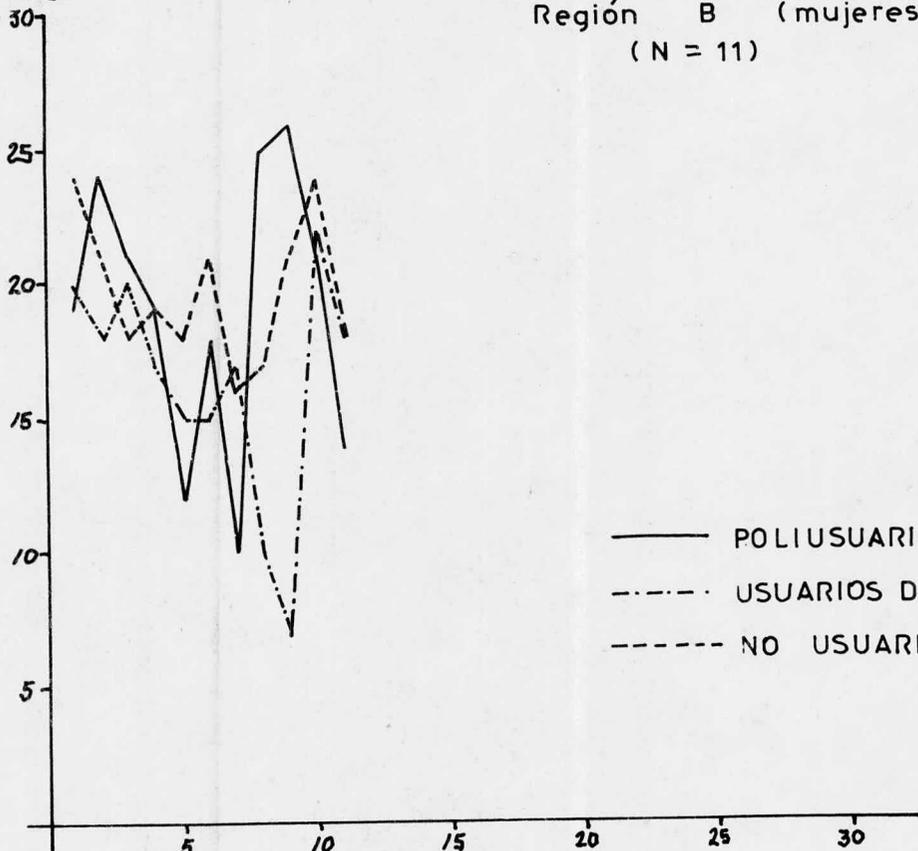
EAS.

30
25
20
15
10
5

- POLIUSUARIOS
- · - · - · USUARIOS DE DROGAS MEDICAS
- - - - NO USUARIOS

Sujetos

5 10 15 20 25 30

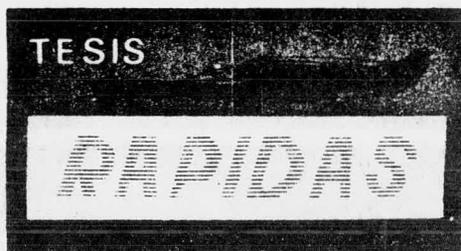


BIBLIOGRAFIA

1. Barruecos, B.L.: Antecedentes Históricos de las Drogas; impartido en: Curso para Capacitación de Médicos CEMEF, 1974.
2. Castro, M.E.: "Análisis Interno de la Investigación Nacional sobre el Consumo de Fármacos y las Actitudes hacia la Farmacodependencia en la Población Escolar de 14-18 años". Cuadernos Científicos CEMEF, 1976; 28-36.
3. Crowne, D.P.; Marlowne, D.: "A New Scale of Social Desearbility Indepent of Psychopathology". Journal of Consulting Psychology, 1960-70; 349-354.
4. Chao, J.Z.; Castro, M.E. : "Aplicación y Análisis de una Escala de Actitud hacia la Farmacodependencia en una Población Escolar". Cuadernos Científicos CEMEF No. 7, México, 1976, 123-150.
5. Chao, J.Z.; Castro, M.E.: Investigación Nacional de Fármacos y Actitudes hacia la Farmacodependencia en Población Escolar de 14-18 años, CEMEF 1976.
6. Efrén, C.P.: Fuentes Históricas de las Drogas Vegetales Mexicanas. Cuadernos Científicos, 4, CEMEF 1976.
7. Ferguson, A.G.: Statistical Analysis in Psychology & Education 3th. Edition XV; USA 1971, 208-222.
8. Hernández, F.: Historia de las Plantas de Nueva España, UNAM, México, 1965.
9. John, E.B.: Las Convulvaceas Psicotrópicas; Sus usos Aborígenes, Efectos Clínicos y Análisis Recientes. Cuaderno Científico, 4, CEMEF 1976.

10. Louis, J. B.: Historia de las Drogas. Ed. Burguera. España, 1973, 11-40.
11. Lozoya, L. X.: Estado Actual del Conocimiento de Plantas Medicinales Mexicanas. Ed. IMEPLAM, México 1976.
12. Martínez, M.: Plantas Utiles de la Flora Mexicana, Ed. Botas. México, 1959.
13. Murray; Spiegel: Estadística, Mc. Graw-Hill, México, 1970; 169-216.
14. Ximénez, F.: Cuatro Libros de la Naturaleza y Virtudes de las Plantas Medicinales. México, 1615.
15. Libro de Especialidades Farmacéuticas PLM. Edición No. XXII, 1972.
16. Fármacos de Abuso, Prevención, Información Farmacológica y Manejo de Intoxicaciones. CEMEF, México, 1976, 23-73.

**Tesis por computadora
único sistema en el país**



Paseo de las Facultades Núm. 34 Locales C-D

Tels. 550-86-32 y 550-87-43

UNAM