

11226 46
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20

PREVALENCIA DE FARMACODEPENDENCIA EN
ADOLESCENTES ESTUDIANTES DE SECUNDARIA
DE DIFERENTE ESTRATO SOCIOECONOMICO



U.N.F. No. 20
DEPTO. DE
ENSEÑANZA E
INVEST.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

DRA.

SOCORRO FACUNDA NICTEHA GUZMAN MAYEN

GENERACION

1984 - 1986

MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1992



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 está 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.

I N D I C E

OBJETIVOS.	1
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	56
HIPOTESIS.	57
MATERIAL Y METODOS:	
a) Caracterización del trabajo.	58
b) Procedimientos de recolección.	60
c) Procedimiento de elaboración	61
PRESENTACION DE RESULTADOS	63
CUADROS Y GRAFICOS	71
ANALISIS COMPARATIVO	105
ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.	109
CONCLUSIONES	117
COMENTARIOS.	119
RESUMEN.	120
BIBLIOGRAFIA	124
ANEXO No.1	126

O B J E T I V O S

GENERAL. - Determinar si el medio socioeconómico influye en la prevalencia de la farmacodependencia en adolescentes estudiantes de secundaria.

ESPECIFICOS. - Detectar la droga más usada en adolescentes estudiantes de secundaria de nivel socioeconómico alto, medio y bajo.

- Determinar la frecuencia en el consumo de esas drogas.
- Determinar la preferencia de compañía para el consumo de esas drogas.
- Determinar el ó los sitios de preferencia pa ra el consumo de esas drogas.
- Determinar en que medida influye la farmacodependencia en el rendimiento escolar.
- Detectar el grado de información sobre los efectos y las consecuencias nocivas a la salud producidas por esas drogas.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

A lo largo de la Historia de la humanidad siempre ha existido el consumo de drogas, preferentemente con el objeto de conquistar nuevas vivencias y estimular el pensamiento o desterrar sufrimientos o dolores; pero su uso se ha incrementado de tal forma que actualmente se la considera un problema de salud pública en casi todo el mundo, lo que ha obligado a su continua investigación. (3)

El hombre siempre ha desarrollado medios para obtener tranquilidad y combatir el pesimismo. Así ocurrió en la Grecia de los siglos III y II A.C., cuando proliferaron los que Bertrand Russell llamó las "filosofías de la retirada" tales como las del Cinismo*, Escepticismo**, Epicureismo***. La melancolía alcanzó proporciones epidémicas en la Inglaterra de los siglos XVI y XVII. La era de la ansiedad, descrita por Anden y Combs, a fines de los cuarentas, está cediendo el paso a una era de depresión, la cual, a diferencia de aquella, afecta no ya al adulto maduro, abrumado por frustraciones, pérdidas y fracasos, sino típicamente al joven. La ética protestante, inspiradora del capitalismo y fuente fundamental de la ideología occidental por más de 300 años, está siendo

* Cinismo: Doctrina filosófica oriunda de la que perteneció -- Diógenes. Imprudencia, obscenidad descarada.

** Escepticismo: Doctrina filosófica que niega la existencia de la verdad.

*** Epicureismo: Refinedo egoísmo que solo busca el placer.

objeto de un rechazo cada vez mayor. Esta ética fue creada--
 ra de triunfos monumentales pero también de dilemas emanados
 del crecimiento y del avance implecable de la ciencia. La ju
 ventud actual está bien consciente de que la ciencia por sí
 misma cree progreso, pero también desequilibrios y contamina
 ciones y de que la tecnología actual es ciega, sin filosofía
 ni valores y sin ninguna fuerza que la dirija y la guíe. Mu
 chos jóvenes no ven ningún paraíso en el mundo que han hereda
 do. Hay muchos inconformes que luchan, pero también muchos
 otros deprimidos, apáticos o escapistas que recurren a las -
 drogas para defenderse de la depresión. Los sujetos que aspi
 ran a crear un mundo mejor son los más susceptibles. (16)

La adicción a las drogas es uno de los problemas que -
 se han agigantado, en algunas de las naciones desarrolladas
 y que tiene origen en varios factores que se encuentran tanto
 en el seno familiar como en las organizaciones sociales, -
 las guerras y otros trastornos sociales y filosofías contem
 poráneas que tienden a colocar al individuo en la posición -
 hedonista* a cualquier costo de los estimulantes naturales o
 artificiales. (16)

Hasta hace relativamente poco tiempo, el consumo de --
 drogas era una práctica más bien exclusiva de un pequeño gru
 po bohemio, de soldados resos o de fascinerosos marginados -

* Hedonista: Sistema que considera la consecución del placer
 como único fin de la vida.

de la sociedad. Esa situación ha cambiado radicalmente. (16)

En la actualidad se le ha dado gran importancia a la farmacodependencia en nuestro país por el gran número de jóvenes que están propensos a convertirse en verdaderos farmacodependientes, pues se estima que en muchos casos son consumidores ocasionales o simplemente "probadores". Se ha observado que la drogadicción está ligada, en estas edades a varios factores: la situación personal y familiar, la crisis de la cultura y las luchas ideológicas y socio-políticas. (2)

La población joven es la más afectada por la farmacodependencia con un franco predominio en el sexo masculino. La preferencia por determinado fármaco varía con la edad, el sexo, el nivel socioeconómico y la ocupación. La personalidad es factor determinante en el inicio de la autoadministración de drogas. (14)

Si recordamos el inicio del movimiento de las drogas en Estados Unidos, vemos que el efecto misticorreligioso era el que más llevaba a los jóvenes a usarlas, (LSD; marihuana, psilocibina y marihuana); incluso han surgido grupos pseudoreligiosos con el uso de estas drogas. Claro, éstos son las mismas drogas cuyo uso produce trastornos mentales. Es evidente que bioquímicamente, afectan áreas cerebrales que tienen que ver con el sentimiento religioso de la gente, pero que a la vez producen trastornos conductuales graves. (14)

Así como se trató de justificar en Perú y Bolivia el -

uso de la cocaína, asimismo muchos grupos de mazatecos en -- Oaxaca y huicholes en Jalisco, utilizan los psicodélicos con motivos exclusivamente religiosos. No es abuso de drogas el uso de peyote o de hongos alucinantes en ceremonias que -- se efectúan sólo una vez al año por esos grupos particulares. Incluso está estipulado en los convenios internacionales, que el uso religioso de drogas alucinantes entre los varios grupos indígenas existentes no puede ser considerado farmacodependencia realmente. (14)

Los estudiosos de las más antiguas culturas han encontrado evidencia del uso de bebidas alcohólicas desde la edad de piedra, en un período cercano a los 4,000 años antes de -- Cristo. Tal vez el más viejo producto vegetal que se hizo -- fermentar fue la miel, e igualmente existen datos que indu-- cen a creer que el equiamiel de algunas plantas sirvió para -- hacer los primeros destilados. Si bien los irlandeses reclaman para sí el conocimiento inicial de la destilación, los -- árabes se consideran los inventores, aún 200 años antes de -- aquellos. El ingenioso proceso fue también conocido por los griegos y los chinos de la antigüedad. (17)

Desde un principio hubo la tendencia a relacionar las bebidas alcohólicas con el sentimiento religioso. Así fue -- como los Egipcios dieron crédito a Osiris por haberles permiti-- do conocer el vino, los hebreos a Noé y los griegos a Baco o Dionisos, y todos creyeron que las acciones de sus dioses,

en este sentido, fueran buenas y contribuyeron a enriquecer - sus tradiciones. (17)

Durante el último decenio, ha aumentado en forma intensa la farmacodependencia, especialmente entre los adolescentes y los adultos jóvenes del mundo, por lo que podemos decir que este problema nos lleva a una enfermedad psicosocial que a todos nos concierne, y que el médico, en los diferentes roles que toma, debe ser un elemento activo de gran valía en las acciones que se tomen para resolver este importante problema de salud pública. (5,7)

El comité de expertos de la OMS en Drogas Toxicomanías recomendó, en su XIII Informe, la sustitución de los términos "toxicomanía" y "hábito" por el de "dependencia", seguida de la indicación del tipo de droga de que se trate. A partir de 1969, dicha organización internacional adoptó el término "Farmacodependencia", que se ha usado desde su XVI Informe hasta la fecha, entendiéndose por tal:

"El estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprímible a 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". (6)

La dependencia puede ir o no acompañada de tolerancia

entendida esta como la adaptación del organismo a los efectos de la droga, lo que implica la necesidad de aumentar -- las dosis para seguir obteniendo resultados de igual magnitud. (6)

Una misma persona puede ser dependiente de uno o más fármacos y su dependencia puede ser física o psíquica a una gran variedad de sustancias químicas que actúan sobre el -- sistema nervioso central, produciendo excitación, depresión u otra alteración de las funciones psíquicas y trastornos -- de la conducta. (6)

En un sentido estrictamente farmacológico, dependencia 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. Este es el llamado "Síndrome de Abstinencia". (6)

Dependencia psíquica: es equivalente al término tradicional de habituación y se utiliza para referirse al uso compulsivo de la droga sin desarrollo de dependencia física, pero que implica también un serio peligro para el individuo. (6)

Droga o fármaco: es toda sustancia, que introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más de sus funciones. Este concepto es más amplio que el de medicamento, pues estos se utilizan siempre buscando el beneficio del individuo. (6)

Finalmente, se considera como Abuso, el consumo de una droga en forma excesiva, persistente o esporádica, incompati

ble o sin relación con la terapéutica médica habitual. (6)

Grado y prevalencia del abuso de las drogas. La palabra grado, se refiere sólo al número de individuos que en alguna ocasión han usado una droga ilícita; por lo tanto la cifra - así denominada incluye a todas las personas que alguna vez usaron una droga (aunque no necesariamente la sigan usando), y también a los individuos que regularmente consumen una o más drogas. Por el contrario, la palabra Prevalencia, define el número de personas que habitualmente usan drogas ilícitas en un momento dado. Es evidente que los niveles de utilización varían mucho. (8)

Actualmente se está presentando la farmacodependencia - en forma epidémica, problema que está afectando de modo especial a los adolescentes. (6)

El término adolescencia, que quiere decir época de crecimiento acelerado, se refiere a la época de la vida comprendida entre los 10 y los 20 años. La pubertad es el período -- comprendido entre los 10 y los 14 años, el término hace alusión a la aparición de vello en el pubis, un aspecto del desarrollo de los caracteres sexuales secundarios. En la pubertad fase inicial de la adolescencia, se producen cambios estructurales y funcionales profundos en el sujeto y simultáneamente con ellos, cambios significativos en los requerimientos y p^{re}siones de su ambiente familiar y social. La consecuencia de estos cambios bioquímicos y culturales es una alteración pro-

funda de la individualidad. (5)

Algunos encuentran en esta fase de la vida grandes dificultades para funcionar íntegramente ante situaciones que exigen una creciente responsabilidad sexual, moral y social. (5)

Sus crecientes necesidades de autonomía y poder se expresan por actos de rebelión contra la autoridad, que normalmente tienen como consecuencia la ruptura de vínculos protectores que hasta entonces lo ha mantenido unido a su medio familiar, en la medida en que simultáneamente con el debilitamiento de esas ligas familiares, el adolescente no ha sido capaz de establecer nuevos vínculos en una esfera más amplia, - su sentimiento de soledad se agudiza, de ahí que habitualmente esté deseoso de encontrar alguien con quien relacionarse íntimamente. (5)

Los conflictos del adolescente con sus padres y con las personas que representan autoridad, son en cierto modo inevitables, pero se ven considerablemente aumentados cuando los padres pretenden conservar al hijo en una situación de dependencia infantil o por lo menos de control exagerado. (5)

El adolescente se caracteriza por su inestabilidad emocional, la sensación de ser incomprendido, tendencia a la introversión, su idealismo y su avidez de conocimientos. Al intentar reafirmar su personalidad, manifiesta rebeldía, maneja en forma pueril su independencia, hace evidente su afán de notoriedad y su tendencia a la formación y convivencia en gru--

pos. (6)

La exacerbación incontrolada de algunos de los aspectos anteriormente señalados lo llevan a extremos psicopatológicos, como la farmacodependencia y aún a otras desviaciones conductuales como la delincuencia juvenil, la homosexualidad, etc.-

(6)

Múltiples son las circunstancias ambientales que pueden favorecer la farmacodependencia, siendo erróneo pensar que es una sola la causa que lleva a una persona a usar drogas. El problema en sí es sumamente complejo, de índole socio-cultural y mucho más difícil de comprender en su totalidad de lo que a primera vista suele pensarse. (6)

Las causas que se han considerado como las más importantes son:

1.- La falta de correspondencia entre lo que se predica y lo que se hace en la sociedad en que vivimos, (6)

La nuestra es, en buena parte, una sociedad de bebedores. El tomar bebidas alcohólicas de diversos tipos constituye un comportamiento social aceptable, que afecta y abarca virtualmente todos los aspectos de nuestra cultura. Se ha dicho que muchos de los jóvenes que beben en abundancia, tienen padres que decididamente desaprobaban su comportamiento, aunque no predicaban con el ejemplo. (11) Aunque se sabe del daño físico que pueden producir el cigarro y el alcohol, sigue siendo socialmente aceptable que los adultos y personas mayores lo usen.

(6)

Es posible reconocer a un buen número de consumidores - entre los jóvenes actuales, que usen marihuana como un símbolo de rebeldía y de reto hacia las costumbres y los valores - establecidos por una sociedad que aparece ante sus ojos como burguesa, conformista e hipócrita. La crítica y la prohibición de los adultos con respecto al uso de las drogas frecuentemente es vista como una nueva expresión de su hipocresía. (16)

2.- Los cambios tan marcados que se han producido como consecuencia de los múltiples adelantos técnicos. La sociedad está en constante cambio tecnológico, imponiendo demandas cotidianas para responder a los cambios. (6,11)

A medida que los países se vuelven más tecnológicos, las demandas sobre la unidad familiar se hacen abrumadoras, exigiendo ajustes en todo su funcionamiento. Específicamente ha habido una delegación de las responsabilidades familiares en instituciones, sobre todo las escuelas. (11)

3.- El hacinamiento de las grandes ciudades. Parece ser que hay más farmacodependencia en las grandes ciudades y sobre todo en aquellas en donde no hay campos deportivos y sitios donde los jóvenes se dediquen a actividades sanas. Los grupos de jóvenes que no tienen nada que hacer son fácil presa de los traficantes de drogas. (6,14)

4.- La pérdida cada vez mayor de la cohesión familiar. La disolución familiar promueve la farmacodependencia: el índice de farmacodependencia entre hijos de divorciados es me-

yor que cuando existe una estructura familiar bien organizada. (6,14)

Las familias se encaran a muchas fuerzas que están causando cambios, entre ellas figuren: a) La necesidad que tiene tanto el padre como la madre de trabajar a fin de generar suficiente dinero para poder tener aunque sea un modesto estilo de vida. b) La inflación está obligando a los padres a trabajar más intensamente y durante más horas, para mantener el statu quo. c) Como consecuencia de lo anterior el tiempo que los padres tienen para interactuar con sus hijos se reduce significativamente. (11)

Muchos adolescentes se ven obligados a desarrollar sus propias familias, porque sus núcleos familiares se desintegran, ocupando el lugar de éstos las pandillas, cofradías y clubes sociales y los valores y actitudes de ellos son aprendidos de tales grupos. (11)

5.- La transformación y pérdida de los valores morales. La búsqueda de una experiencia que combine un alivio de tensiones e inhibiciones con sentimientos de euforia. Una experiencia que propicia mayor agilidad de pensamiento e intimidad con los demás, que amplifique las sensaciones placenteras y constituya un medio de escape ante conflictos y realidades desagradables. (16)

6.- La información errónea o confusa en relación con el tema. Hay un bombardeo de información confusa que hace -

que los padres estén inseguros de su propio conocimiento, como resultado se sienten incompetentes como educadores y como proveedores de información. (6,11)

No podemos dejar a un lado el impacto de los medios de comunicación, no sólo sobre la población en general sino también sobre la vida familiar y por lo tanto sobre los adolescentes. La televisión en particular, se ha convertido en el centro crítico de las actividades y del entretenimiento familiares. Con familias sometidas a presiones, la televisión y las engañosas estaciones de radio que atraen a los adolescentes por medio de la música, han asumido la nueva responsabilidad de determinar lo que es importante y lo que no lo es. Las industrias vinícolas y cervecera gastan millones de dólares seduciendo a los que observan sus anuncios a consumir sus productos; la industria de los licores gasta cantidades semejantes anunciando sus artículos en los periódicos y revistas, en murales y cosas por el estilo. (11)

Ha habido controversia acerca de los diferentes enfoques que deberían adoptar los medios de comunicación colectiva al tratar temas relacionados con las drogas. En 1973, bajo el patrocinio de la UNESCO, se llevó a cabo una reunión de especialistas en metodologías para la evaluación de programas de medios de comunicación colectiva relacionados con farmacodependencia, llegando a la conclusión de que había tres formas de abordar el problema: una ética, una científica y otra

efectiva (o emocional). El enfoque ético se considero exitoso únicamente en las culturas en las que la influencia de la religión y el hogar eran fuertes. El enfoque científico tuvo éxito con algunos grupos específicos a los que iba destinado pero, por lo general resultó inadecuado en las naciones desarrolladas. El peligro más grande del enfoque científico fue que, empleado él solo, podría tender a inspirar interés en las drogas entre algunos jóvenes y los llevaría a experimentar con ellas. El enfoque afectivo, al intentar dar un golpe a las causas de la experimentación le restaba importancia a la información real sobre drogas específicas y hacía énfasis en el reforzamiento de actitudes y valores individuales. No aislaba el problema de la farmacodependencia de otros factores sociales. (10)

7.- La presión moral que en algunas ocasiones recibe el joven por parte del grupo con el que convive y que puede llegar a la amenaza y aún a la violencia. Como resultado de un deseo de lograr la aceptación de sus compañeros, el ser aceptado por el grupo o la pandilla es de máxima importancia para la mayoría de los adolescentes y una forma de lograrlo es aceptar tomar licor, fumar, consumir drogas, si el grupo así lo exige. La gente joven busca la aceptación y el respeto de los amigos por sobre todas las cosas. (5,11,16)

8.- La imitación que se hace de las actitudes y farmacodependencia de los jóvenes de los jóvenes de otros países

y el proselitismo entre ellos. Se sabe que la introducción de un joven a una comunidad de drogas suele realizarse por intermedio de un adolescente mayor que goza de gran popularidad -- dentro de esa área y a quien se percibe como bien dotado y hábil; generalmente ese adolescente goza de una jerarquía superior, ya sea física o económica. Este adolescente, selecciona cuidadosamente a los jóvenes a quienes va a facilitar la droga y que son generalmente amigos íntimos con la característica de tener la necesidad de asociarse con figuras fuertes o de buscar efusivamente un individuo que ellos consideren triunfante. (6,11)

9.- La disponibilidad creciente de las drogas debido a la producción y tráfico de las mismas, lo que ha originado una poderosa industria al margen de la ley. (6)

Las drogas y su acción farmacológica.

Tratando de conciliar aspectos farmacológicos, jurídicos, clínicos y sociales, los fármacos capaces de producir dependencia, pueden clasificarse en tres grandes grupos:

1.- Estupefacientes: Abarcan fundamentalmente los derivados naturales del opio (morfina, codeína, etc.), los derivados sintéticos de los opiáceos (dehidromorfina o dilaudio, diacetil-morfina o heroína) y los medicamentos sintéticos de tipo opiáceos (meperidina o Demerol, pentazocina).

A diferencia de otros países, el nuestro no tiene un problema tan significativo con estas drogas, sin embargo de-

ben prescribirse con mucha cautela por el médico y sólo en -
casos en que no pueda encontrarse sustituto farmacológico pa-
ra resolver el problema terapéutico, serán utilizados. Los de-
rivados de la coca también son considerados como estupefacien-
tes. (6)

2.- Las drogas Psicotrópicas, término introducido por -
Gerard, se han clasificado de manera siguiente:

A.- Psicolépticos: sustancias que producen relajación y
depresión de la actividad mental e incluyen:

- Hipnóticos: son utilizados como sedantes y facili-
tadores del sueño. (Barbitúricos, metacualona)
- Ansiolíticos: reducen la tensión y la ansiedad. -
(benzodiazepinas, meprobamato)
- Neurolépticos o Antipsicóticos: tienen actividad
terapéutica en las psicosis severas como la esqui-
zofrenia. (fenotiazínicos y butirofenonas)

B.- Psicoanalépticos: Estimulan la actividad mental. (-
psicoestimulantes y antidepresivos).

- Psicoestimulantes: Generalmente disminuyen el a-
petito, aumentan la actividad y a dosis altas pro-
ducen insomnio marcado.
- Antidepresivos: En pacientes severamente depri-
midos se utilizan como normalizadores de la afec-
tividad. (imipramina, amitriptilina, etc.)

C.- Psicodislépticos: sustancias químicas que producen fenómenos mentales anormales como alucinaciones, - ilusiones, distorsión de la concepción del tiempo, alteraciones del estado de ánimo y del nivel de -- conciencia. (LSD, cannabis, mescalina y la psilocibina). (6)

3.- Inhalantes Volátiles. Las sustancias químicas que se desprenden de estos productos y que son inhalados por las personas que los usan, son principalmente solventes orgánicos: tetracloruro de carbono y otros hidrocarburos halogenados, cetonas y ésteres. Estas sustancias desencadenan usualmente estados parecidos al de ebriedad y cierto grado de euforia que se acompaña con mucha frecuencia de temblores, somnolencia, cefalea, vómito, convulsiones, pudiendo producir incluso la muerte. (6)

Se ha dicho que las drogas que preferentemente consumen los adolescentes son: Marihuana, cemento, thinner, alcohol y tabaco, por lo que se analizará cada una de éstas con mayor detenimiento.

CANNABIS (MARIHUANA)

El Cannabis, sumidades floridas del cáñamo indico, es una droga muy antigua. Otros nombres del cannabis, o sus productos son Hashish, charas, bhang, ganja, dagga y marihuana. El cáñamo común es la planta herbácea anual de la especie --

Cannabis sativa, de la que son variedades Cannabis indica y Cannabis americana. (7)

La marihuana es una preparación no refinada de la planta entera, incluyendo las flores, las hojas, las semillas y los tallos; mientras que el hashish se prepara raspando la resina de las puntas de la planta de cáñamo. La marihuana es de cinco a diez veces menos potente que el hashish y es, con mucho, la preparación de Cannabis que más comunmente se usa. El Tetrahidro cannabínicol (THC) es el ingrediente activo que estas drogas contienen. (8)

Cuando la droga se toma por inhalación de su humo, los efectos aparecen en algunos minutos y duran poco, No hay efectos nocivos que duren con el uso agudo de la marihuana y no se han registrado defunciones. Ingerida o fumada, la droga produce taquicardia y congestión vascular conjuntival. También se observa sequedad de boca y de garganta, vértigos, náuseas y en ocasiones vómitos. Aumenta notablemente el apetito (especialmente para los dulces), pero no se han encontrado alteraciones de glucemia ni de otros parámetros bioquímicos.(7)

Los efectos subjetivos de la droga dependen no sólo de la personalidad del individuo, sino también de la dosis, de la vía de administración y las circunstancias en que se usa la droga. La reacción más frecuente es un estado onírico de conciencia alterada en el cual las ideas aparecen deshilvanadas, incontrolables y en libre fluir, en series fragmentadas.

Los hechos olvidados por largo tiempo se recuerdan y los hechos bien conocidos no pueden evocarse. La percepción se altera, los minutos parecen horas y los segundos minutos; el espacio se amplía y los objetos cercanos parecen muy distantes. - Cuando se usan grandes dosis, se experimentan alucinaciones - extremadamente vívidas, a menudo placenteras y su contenido, - sexual o de otra índole se debe a la personalidad del individuo más que a los efectos específicos de la droga. Con frecuencia se experimentan cambios en el estado de ánimo; sensación de extremo bienestar, exaltación, excitación y regocijo. - Con estímulos mínimos la persona se deshace en risa incontrolable, seguida con frecuencia por un embelesamiento fantástico. A veces la reacción inicial y predominante es depresión - del humor (7)

Según el contenido de THC, bastan uno o dos cigarrillos para alcanzar lo "boyante", con la marihuana, una sutil alteración del ánimo no perceptible fácilmente por el novato. Con la experiencia y ayuda de los iniciados, los principiantes se hacen más aptos para percibir el estado alterado, pareciendo a veces que hubiera una mayor sensibilidad al efecto de la -- droga. Cuando la persona está sola, tiende a permanecer tranquila y somnoliente; cuando está acompañada, cae en un estado típico de hilaridad y locuecidad. Con dosis mayores ingeridas o fumadas surge un estado de pánico y miedo a la muerte, el sujeto ve su imagen corporal deformada, siente la cabeza hin-

chada y las extremidades pesadas. No es raro que ocurran ilusiones y a veces se siente una doble personalidad. Aún con dosis pequeñas el comportamiento es impulsivo y las ideas al azar se traducen en verborrea; la conducta violenta o agresiva es poco frecuente. Con dosis suficientemente alta, el cuadro clínico es de psicosis tóxica con despersonalización, alucinaciones auditivas y visuales y pérdida de la introspección. (7)

En estudios de casos de uso duradero, las personas se vuelven indolentes y no productivas y descuidan su higiene personal, pierden rápidamente interés en las tareas asignadas o vocacionales y en las actividades de recreo. El menoscabo de las funciones intelectuales es variable según la dosis y la complejidad de la tarea. (7)

La droga se absorbe por vía bucal, subcutánea y pulmonar, pero es tres veces más potente cuando se inhala. No se ha estudiado en detalle el destino metabólico del cannabis, pero en la orina se descubre un glucorónido después de la administración por la boca. (7)

Se ha publicado, que entre los que usan hashish en forma considerable, el edema uvular es un signo diagnóstico. Los fumadores de hashish parecen estar sujetos a diversos trastornos respiratorios, incluyendo bronquitis, asma y laringofaringitis. Parece que la diarrea, los trastornos tóxicos del hígado

y el acné también se asocia con el uso del hashish. (8)

En Estados Unidos de Norteamérica la marihuana también se conoce con los nombres de "tea", "Mary Jane", "grass", -- "pot", "weed" y en México: "juanita", "mota", "yerba", "la verde". (los cigarrillos "reefer" y en México "carrujos"). - Se consume por lo regular en cigarrillos e inhalando el humo. Por el rápido comienzo de su acción cuando se inhala la droga, la mayoría de los consumidores al aspirarla lentamente - puedan controlar la dosis y evitar los efectos alucinatorios desagradables de las dosis altas. (?)

Suele convenirse en que el fumar marihuana produce algo de tolerancia, pero esta no se acompaña de dependencia física, síntomas de abstinencia o euforia. Los fumadores dicen "puedo tomarle o dejarle a voluntad" y es muy rara una gran preocupación por la droga. Queda por determinar si esto vale para los sintéticos o para los preparados de cannabis más con centrados que se usan en otras partes del mundo. (?)

Actualmente parece ser que el consumo de marihuana está distribuido en todas las clases sociales, anteriormente era la droga de la gente humilde, pero en la actualidad se fuma en todos los niveles socio-económicos, desde los más altos hasta los más bajos. (14)

INHALANTES VOLATILES.

El problema de la inhalación de sustancias, ya como --

una forma de farmacodependencia, se denuncia en la literatura científica mundial a partir de la posguerra. Los primeros informes científicos sobre inhalantes a fines de los años cuarenta sólo describían la conducta aberrante de los inhaladores. En la década de los cincuenta el problema empezó a alarmar a diversos profesionales e investigadores quienes, al advertir el peligro psicofisiológico y los efectos conductuales hicieron un llamamiento acerca de esta epidemia. (13)

En años recientes, sabemos que la promulgación y aplicación de leyes no significa el control del problema, que la introducción de sustancias repelentes debe estudiarse y que el impacto económico sobre los productos es bajo en comparación con el altísimo costo social y económico derivado de muertes, daños físicos y psicológicos irreversibles, conflictos con la ley, etc., de los usuarios y sus dependientes. (10)

Los inhalantes constituyen un grupo muy heterogéneo de sustancias químicas empleadas en la composición de productos industriales y de uso doméstico; frecuentemente, los constituyentes químicos son poco conocidos para el usuario o el médico que tiene que enfrentar emergencias de intoxicación. Además, las sustancias o sus preparados son de fácil obtención y algunas de ellas, sumamente baratas, factores que propician de modo directo la extensión de su empleo. (13)

El daño que ocasionen está fuera de duda. Ahora bien, -

no hay evidencia absoluta de que el uso infantil, que es el más frecuente, conduzca al abuso de otras drogas; se ha informado, eso sí, de una correlación bastante notoria con la delincuencia juvenil y con un bajo rendimiento escolar y se sugiere aún la asociación en el uso de inhalantes por menores - de conductas parasociales o francamente delictivas. (13)

El thiner, droga de abuso, también se emplea como euforizante y alucinógeno. En los etapas iniciales de su administración produce hiperactividad, aumento de la respuesta a los estímulos ambientales, alucinaciones e incremento de la excitabilidad de la formación reticular, al continuar la inhalación se bloquean la actividad motora y las respuestas a los estímulos ambientales. El sujeto presenta un estado catatónico en el cual hay un incremento del tono muscular y de la actividad refleja somática. Simultáneamente se incrementa la excitabilidad de la formación reticular hasta alcanzar niveles de saturación y en consecuencia se presentan crisis mioclónicas. (13)

Al igual que otras drogas alucinógenas, el thiner, ejerce una acción directa sobre el complejo amigdalino, estructura que forma parte del sistema límbico que controla y modula la conducta emocional adecuándola a las distintas situaciones ambientales. (13)

La forma de administración de los volátiles en general es por inhalación y en raras ocasiones por vía oral. La técnica de administración más usual consiste en verter la sus-

tancia dentro de una bolsa de material plástico y colocar ésta firmemente ante la boca. Otras veces se hace mediante la impregnación de telas o estopa. (13)

Los signos y síntomas presentes y más frecuentes en la intoxicación aguda por volátiles inhalables son: lenguaje incoherente, desorientación, excitación inicial, dificultad para la concentración, percepción y juicios menoscabados, conducta errática, zumbido de oídos, estupor posterior a la excitación, miíriasis, diplopía, irritación de las membranas mucosas (esternudos, tos, náuseas, diarrea), dificultad para la coordinación muscular, taquisfigmia, delirio, alucinaciones, convulsiones, inconsciencia, pudiendo llegar hasta la muerte. (13)

Los inhaladores crónicos tienen una serie de signos y síntomas que bien pueden considerarse como característicos: halitosis, fatiga, depresión, hiporexia, pérdida de peso, temblor, trastornos de la memoria, irritación de la piel y del sistema respiratorio. (13)

En general, los inhalables tienen la particularidad de producir tolerancia y dependencia física, la prueba más inmediata la constituyen los signos y síntomas que suceden a la supresión de las drogas: excitabilidad, inquietud, ansiedad, cefalea, dolores abdominales y musculares. (13)

Entre las complicaciones que acarrear el uso y abuso de

estas sustancias se encuentran: Degeneración cerebelosa, --- depresión de la médula osea, daño hepático y renal, neuritis periférica, degeneración de los nervios ópticos, congestión pulmonar, trastornos del ritmo cardíaco y muerte. (13)

El reforzamiento de los controles y la vigilancia de - producción, distribución y venta de los productos inhalantes y las sustancias volátiles que contienen elementos dañinos -- exige una regulación de las materias primas de los productos.

Cabe enumerar diversas medidas específicas en áreas de competencia oficial y privada (algunas de las cuales están en proceso de implementación en México).

1.- Sustitución de los agentes tóxicos por otros inocuos o de menor toxicidad.- Los cementos plásticos, thineres de laca y pinturas, los líquidos limpiadores, gasolinas, etc. tienen elementos de alta toxicidad que pueden ser sustituidos con repercusiones económicas mínimas por otras sustancias.

2.- Introducción de sustancias aversivas o repelentes.- Es conveniente, previa investigación para evitar errores pasados, emplear sustancias de olor desagradable para disuadir el uso voluntario.

3.- Control de las mezclas industriales y su mercadeo.- La mezcla arbitraria de solventes orgánicos resultado de procesos industriales que desembocan en una distribución para -- venta a menudeo con gran frecuencia son más tóxicas y consti-

tuyen desechos.

4.- Disposiciones para reglamentar su distribución y -- venta especialmente a menores.- En vista del abuso de estos -- productos principalmente por menores, su acceso a ellos debe vigilarse estrechamente. Obviamente que la venta al menudeo -- es de gran importancia y que más allá de la responsabilidad -- de los comerciantes es imponer medidas que dificulten su ac-- ceso a los menores.

5.- Campaña de orientación.- Una campaña principalmente orientada a alertar a la comunidad y despertar su responsabi-- lidad sobre este problema, es informar tanto a expendedores -- como a padres de familia el riesgo y los daños que ocasiona -- el uso de estos productos.

6.- Medidas asistenciales.- En México, se cuenta ya, en la zona metropolitana de la ciudad capital y en algunas de -- las ciudades de provincia con Centros de Integración Juvenil que sostiene la iniciativa privada con el apoyo y asesoremien to oficial.

7.- Investigación.- Por sí deberá difundirse más, no só-- lo a la comunidad científica, sino al público en general.

8.- Protección a núcleos expuestos.- Medidas especffi-- cas en la industria (mascarillas, respiradores, etc.) están -- fuera del alcance de un gran sector de usuarios (pintores, --

zapateros, etc.) (13)

ALCOHOL.

Desde los primeros registros que existen en la historia, el hombre se ha excedido en la ingestión de alcohol para producirse euforia, para celebrar diversas festividades, para solemnizar rituales religiosos, para alegrar reuniones sociales y para descansar de un stress emocional inmediato o continuo. El uso generalizado del alcohol parece haber comenzado con los principios de las sociedades industriales occidentales, aunque las consecuencias de su abuso continuo ya se conocían hace muchos siglos. (8)

La bebida entre los adolescentes y el problema de alcoholismo juvenil son cosas que pueden considerarse de interés general y que a todos nos conciernen y afectan, independientemente de la raza, religión o los antecedentes sociales y económicos de las víctimas que causa. (11)

Generalmente se cree que la bebida entre los adolescentes está muy extendida y ha aumentado de modo extraordinario en los últimos años. Lo que da a esta teoría alguna validez es que:

1.- Debido al rápido incremento de la población, hay bastantes más adolescentes que beben.

2.- Debido en parte a su número, pero, además a su in-

fluencia en la cultura general, los adolescentes si no siempre son escuchados, se hallan desde luego sujetos a observación. (11)

Es raro encontrar a alguien que no haya tomado por lo menos un trago antes de ingresar a la secundaria y ha habido un importante aumento en el número de jóvenes de 15 años que han tomado por primera vez antes de los 13 años. Aunque un trago pueda no parecer demasiado importante, de acuerdo a los estudios realizados, hay una tendencia hacia el creciente empleo del alcohol por parte de los adolescentes, que están -- por consiguiente tomando sus primeras bebidas alcohólicas a una edad más temprana que antes. También están bebiendo con mayor frecuencia, en cantidades significativas, durante períodos más largos. (11)

Para muchos jovencitos el beber y el fumar representan símbolos de acercamiento a la edad adulta. Hay adolescentes que empiezan a beber a fin de sentirse "más hombres". (11)

Con respecto a los adolescentes podemos decir que:

1.- El problema de la bebida aumenta del 5% en varones de 14 años, al 40% en los de 19 y del 4% en mujeres de 14 años, al 21% en las de 19.

2.- De los delincuentes, del 30 al 40% proceden de hogares alcohólicos. De los problemas llevados ante los tribunales familiares, el 40% están relacionados con el alcohol.

3.- La proporción de adolescentes que informaron embriaguez por lo menos una vez al mes, aumentó de 10% en 1966 al 19% en 1975.

4.- Durante los últimos años, ha habido un 50% de aumento en el número de personas de 15 años que tomaron su primera copa antes de los 14.

5.- La proporción de estudiantes de secundaria que fueron reportados como ebrios aumentó del 20% antes de 1936 al 45% en 1975. (11)

Los estudios continuos acerca de la familia y los parientes de los alcohólicos, reafirman que en el alcohólico es más común que en otras personas haber experimentado una pérdida parental temprana debido a la muerte, la separación o el divorcio. En algunas series de estudios se ha notado un factor importante en los alcohólicos, cuando eran niños fue la privación de ambos padres con subsecuente cuidado en una institución o en un hogar sustituto. Las familias grandes con padres viejos y una predominancia de hombres, generan más alcohólicos. (8)

Los factores genéticos, la constitución del individuo y las experiencias emocionales del niño en sus transacciones familiares, contribuyen a predisponer a la persona al alcoholismo. Las influencias culturales refuerzan los patrones familiares y establecen la preferencia por el abuso del alcohol.

hol como un medio de aliviar la angustia y la depresión. Las experiencias posteriores de privación de apoyo emocional pueden actuar y a veces lo hacen en forma repetida, para precipitar periodos de embriaguez o para hacer que el individuo vuelva a tomar cuando ya había renunciado al hábito. (8)

La mayoría de los adolescentes no llegan a la embriaguez cuando inician a beber, sin embargo si un joven tiene dificultades con su familia, en la escuela o está sometido a la presión de sus compañeros, el alcohol puede ofrecerle un escape rápido y a menudo peligroso de esas tensiones. Cuando la bebida alcanza una etapa en que se convierte en un problema constante en cualquier aspecto de su vida, entonces el adolescente es un alcohólico. (11)

A menudo la historia familiar del futuro alcohólico, --- muestra que la persona que fungió como madre fue indulgente y protectora en exceso, y animó al individuo para que continuara las exigencias infantiles orales propias de los primeros periodos de la vida, hasta que dichas exigencias llegaron a ser demasiado grandes e imposibles de satisfacer. Entonces, estos individuos reaccionan con explosiones de rabia, ante las cuales la madre sobreprotectora redoble sus esfuerzos por complacer al hijo y así se intensifican en él las exigencias infantiles y la dependencia. La sobreprotección materna a menudo es la consecuencia de un conflicto entre la madre y el padre, debido a relaciones distanciadas, frías o brutales en-

tre los esposos. La sobreprotección también es frecuente cuando el padre o la madre se sustentan de manera regular o intermitente, debido a causas diversas. Los niños que crecen así tienen un exceso de conflictos con su padre y hermanos. En otras familias de las que salen miembros alcohólicos, las actitudes paternas suelen ser alternativamente severas y en exceso indulgentes; el niño, desconcertado por tal falta de congruencia, se vuelve un adulto pasivo-dependiente, incapaz de expresar sus necesidades y por lo tanto, frustrado y lleno de culpa y rencor por las hostilidades que no expresa y que internaliza o bien se convierte en un hombre sujeto a explosiones periódicas de agresión, que ocurren cuando se ve liberado de sus inhibiciones. La identidad social y sexual de estas personas se establece de manera inadecuada, ya que los padres han desempeñado su papel de manera confusa. (8)

Debido a que la ambivalencia y el conflicto de los padres protegen al niño de las exigencias del ambiente durante los años formativos, las funciones del yo no se desarrollan bien (8)

Es frecuente que estos individuos descubran el alcohol como un medio para liberarse de las emociones internalizadas dolorosas, debido a que los padres acostumbren tomar bebidas alcohólicas. El alcoholismo, en cualquiera de sus formas, es mucho más común entre los padres, los hermanos y los cónyuges de los alcohólicos que entre la población general. El uso --

irrestricte del alcohol por parte de la familia o los amigos adolescentes del futuro adicto, es lo que permite el desarrollo de un defecto en el superego que se traduce en la ingestión repetida del tóxico. (2)

El alcohol, ingrediente químico de las bebidas destiladas y del vino y la cerveza, es una sustancia natural que se forma por la fermentación del azúcar producida por diversas levaduras. Aunque existen muchos alcoholes, el que puede ingerirse en las llamadas bebidas alcohólicas es el alcohol etílico, de ahí el nombre de "etilismo" que todavía se aplica en algunas partes al alcoholismo. Se trata, como todos sabemos de una sustancia incolora, inflamable, que tiene un efecto tóxico y ciertas cualidades como antiséptico por su acción germicida, se le puede clasificar como alimento, ya que contiene calorías y es utilizado como droga. (17)

Debemos tener en cuenta que hay diferencias importantes entre las distintas bebidas, puesto que cada una tiene otros ingredientes que pueden darle un cierto valor como verdaderos alimentos.

Las bebidas se obtienen de diversas fuentes de azúcar mediante el proceso de la fermentación. La cerveza, por ejemplo, proviene de la malta o cebada germinada, el vino de las uvas, el whisky de ciertos granos y el ron de la melaza de la caña de azúcar. Los licores fuertes sufren un proceso ulterior, el de la destilación, que produce una mayor concentra-

ción de alcohol por lo que las bebidas como el vodka, la ginebra, el whisky, el brandy, el tequila y otras muchas se llaman "bebidas destiladas". (17)

El contenido de alcohol en las bebidas se mide en grados Gay Lussac (G.L.) que significa el porcentaje de alcohol en el volumen de líquido. En las bebidas importadas (por ejemplo el whisky) el contenido alcohólico se indica en "proofs", que significan medios grados G.L. (18)

La cerveza contiene carbohidratos y proteínas, así como ciertos minerales indispensables para el cuerpo humano como el fósforo, calcio, hierro, potasio y manganeso, e igualmente algunas vitaminas como las que integran el complejo B, principalmente la riboflavina y la niacina, proporciona 470 calorías por litro. El vino proporciona entre 600 y 1000 calorías por litro, dependiendo de su contenido de azúcar. Aporta algunas vitaminas, como la C y B2 y ciertas sales minerales en su forma asimilable. (11)

Puesto que no requiere una digestión previa puede absorberse directamente hacia la sangre. La velocidad de absorción es mucho más rápida que la de eliminación de lo cual resulta que una ingestión exagerada origina una concentración considerable. Aunque la tolerancia al alcohol varía con los individuos, en general se acepta que una persona está intoxicada cuando muestra una concentración de 150 mg. o más en 100 ml. de sangre, o su equivalente en orina, saliva o gas exhalado.

Sólo una pequeña porción del alcohol ingerido se excreta por los pulmones, los riñones y la piel. El resto se metaboliza en el hígado, por la acción de una enzima que depende de un nucleótido de la difosforpiridina y se convierte en acetaldehído. La segunda etapa de la oxidación del alcohol transforma al acetaldehído en ácido acético. Esto ocurre no sólo en el hígado sino también en otros órganos. Finalmente, el ácido acético se oxida y se convierte en dióxido de carbono y agua.

(8)

El sistema nervioso central es afectado más intensamente por el alcohol que cualquier otro sistema o aparato del organismo. Desde hace mucho se ha venido debatiendo la cuestión de si el alcohol es un "estimulante". El vulgo considera las bebidas alcohólicas como estimulantes, sin embargo, no hay duda de que el alcohol no posee esta acción, sino que es un depresor primario y continuo del SNC. La aparente estimulación se debe a la actividad irrestricta de varias partes del cerebro que han sido liberadas de la inhibición al ser deprimido el mecanismo de control inhibitor. (7) Ejerce su principal acción depresora sobre una parte más primitiva del encéfalo, el sistema activador reticular, que en gran medida integra la actividad en las diversas porciones del sistema nervioso. El alcohol deprime este sistema; la corteza queda entonces liberada de su control integrante, lo que da por resultado que los diversos procesos relacionados con el pensamiento ocurren en forma desorganizada y que se interrumpe la actividad normal -

de los procesos motores. Los primeros procesos mentales que resultan alterados son los que dependen de la experiencia y el adiestramiento del individuo en la conducta de cordura y autocontrol. Los grados más finos del discernimiento, la memoria, la concentración y la penetración se embotan y después se pierden. Predomina la confianza, la personalidad se vuelve expansiva y vívaz y el habla puede volverse elocuente y tal vez brillante. Los cambios humor se vuelven incontrolables y son frecuentes los estallidos emocionales. Estos cambios psíquicos se acompañan de trastornos motores y sensitivos. (7)

El alcohol no produce cambios en las tareas deductivas y ni siquiera las mejora ligeramente. Produce sensación de bienestar y aplomo social y a veces aumenta la capacidad para el trabajo creativo y el empuje afectivo; eso se debe a que el uso moderado de la droga hace que el individuo se libere de sus inhibiciones. Esta liberación ayuda a tener pensamiento creativo, lo cual probablemente resulta de que el pensamiento primario emerge, se reorganiza y se integra con los procesos del pensamiento secundario. Estos efectos no ocurren cuando hay intoxicación intensa, ya que entonces se alteran todas las actividades perceptuales, cognitivas y de juicio. El alcohol tiende a sedar y producir sueño, pero incluso en esto sus efectos varían cuando la dosis es moderada, según el individuo. Algunos se vuelven agresivos y ruidosos. (8)

El alcohol puede aumentar la frecuencia del pulso, en -

dosis moderadas produce vasodilatación, especialmente de los vasos cutáneos, así como rubicundez y calor en la piel. (7)

Después de la ingestión de alcohol, se produce sensación de calor por aumento del gasto sanguíneo cutáneo y gástrico. También puede aumentar la sudación. El calor se pierde, por lo tanto, rápidamente y la temperatura interna desciende. Con las cantidades grandes de alcohol se deprime el mecanismo central regulador de la temperatura y se acentúa la caída de la temperatura corporal. (7)

Estimule en forma refleja la secreción de saliva y el jugo gástrico al excitar las terminaciones sensitivas de las mucosas bucal y gástrica, provoca la secreción gástrica por una acción más directa sobre el estómago mediante la liberación de histamina o de gastrina. (7) Favorece la acumulación de grasa en el hígado en forma indirecta puesto que causa la movilización de grasa de los tejidos periféricos. (7)

El alcohol causa notable diuresis en el hombre en virtud de la mengua en la resorción tubular de agua. El efecto diurético es aproximadamente proporcional a la concentración de alcohol en la sangre y se produce cuando la concentración va en aumento, pero no cuando permanece estacionaria o decrece. (7) Es frecuente ver que con el alcohol se desarrolla una conducta sexual agresiva, generalmente como resultado de la pérdida de inhibición y control. (7) En las personas inhibidas, el impulso sexual aumenta, pero en el hombre, aunque

esté presente el potencial para la erección, se reduce el potencial para eyacular y tener orgasmo. (8)

En la intoxicación alcohólica aguda, el paciente se encuentra estuporoso o comatoso. La piel está fría y pegajosa, la temperatura corporal es baja, la respiración es lenta y ruidosa, las pupilas pueden estar normales o dilatadas y la frecuencia cardíaca es elevada. Si esta situación persiste durante ocho o diez horas, puede sobrevenir la neumonía hipotática o hipertensión intracraneal. (7)

El alcohólico, puesto que reduce su angustia, su tensión y su resentimiento a través del tóxico, trata de usarlo cada vez con más frecuencia. Su adicción se manifiesta no sólo por el uso persistente del alcohol, sino también por los efectos que presentan al suspenderlo. Estos efectos pueden ser moderados, como por ejemplo aumento de la angustia, deseo intenso de ingerir alcohol, debilidad, temblores y transpiración, pero pueden también ser trastorno graves e incluir anorexia, náuseas, vómito, fiebre, taquicardia, convulsiones, ajuncinaciones y delirium tremens. (8)

Si se suprime el uso del alcohol en el momento en que aparecen los primeros cambios en el carácter, puede haber una recuperación casi completa de la salud mental; ésta, sin embargo, siempre será precaria puesto que el alcohólico nunca llegó a adaptarse bien a la vida. La más, el alcohólico, aunque jure lo contrario, rara vez quiere curarse puesto que el

alcohol le proporciona el camino más fácil para escapar de las dificultades que su personalidad mal integrada precipita. El deterioro de la personalidad es permanente, y todo tipo de demencia real es, por supuesto, incurable. (8)

Por desgracia, durante mucho tiempo el alcoholismo se ha considerado simplemente como un problema moral; de esto ha resultado que todos los factores complejos que contribuyen a su producción, no han recibido la atención científica que merecen y el interés en tratarlo no concuerda con la gravedad del problema social. (8)

El alcoholismo debe considerarse como una enfermedad psíquica que tiene su raíz en un trastorno (o en inmadurez) de la personalidad. Al igual que en las psiconeurosis, con las cuales el alcoholismo tiene tanto en común, el paciente habitualmente no se da cuenta de los problemas particulares de la personalidad para los cuales ha buscado alivio valiéndose del escape y de los mecanismos eliminadores de la angustia que el alcohol facilita. Por lo tanto, el objetivo del tratamiento debe ir encaminado a impedir que el paciente desee el alcohol y no a impedirle que lo tome. (8)

Es necesario acercarse al paciente pensando que su problema es de personalidad y no de tipo moral. No debe ponerse énfasis en el alcoholismo, sino en el individuo que lo padece. El tratamiento psiquiátrico debe incluir un programa básico - rutinario de ejercicio físico activo, trabajo ocupacional -

constructivo, convivencia social agradable y psicoterapia. Deben revisarse la vida y experiencias mentales del paciente -- con el propósito de descubrir los principales factores que lo han inducido a depender del alcohol. Por lo tanto, el médico debe comprender a fondo al paciente como una persona y conocer su situación vital particular. Habitualmente no son practicables las técnicas psicoanalíticas ortodoxas en el adicto al alcohol, en parte por su inestabilidad y en parte por su poca tolerancia al stress. (8)

Cada vez se utiliza más la psicoterapia de grupo para los alcohólicos. La experiencia de estar junto a otras personas con sufrimientos similares, parece ayudar a que el alcohólico acepte con más facilidad el tratamiento en un ambiente de grupo. Las interpretaciones que ofrecen los otros miembros hacen más fácil y menos aterrador el logro de insight. (8)

TABACO.

En el momento actual es de conocimiento general que el consumo de cigarrillos constituye uno de los principales riesgos para la salud, este problema es más patente en los países en vías de desarrollo ya que se han constituido en el blanco de las campañas publicitarias organizadas por los fabricantes de cigarrillos. La situación en los países desarrollados es distinta ya que existen procedimientos legales destinados a combatir el hábito de fumar. (9)

El tabaquismo es un problema que cada vez adquiere mayores dimensiones y sólo en México, de acuerdo a datos de la -- Organización Panamericana de la Salud, el 45% de los hombres y el 18% de las mujeres son adictos al tabaco.*

Se sabe que en la República Mexicana existen registradas más de 90 marcas de cigarrillos y que los fumadores incrementaron su consumo de 1918 millones de cajetillas de cigarrillos - en 1960, a más de 3000 millones en 1977.*

El tabaco, científicamente conocido como nicotina tabacum, es originario de América, donde era fumado con fines ceremoniales y paradójicamente medicinales. El vocablo cigarro deriva de la palabra maya SIK AR, que significa fumar.

La introducción del tabaco al gusto europeo se realizó alrededor del año 1518, cuando Fray Romano Pane envió al emperador Carlos V semillas de tabaco. Al principio, el consumo de tabaco en Europa no fue aceptado por considerar que el fumarlo era desagradable, sucio y dañaba los pulmones y el cerebro; incluso se llegó a perseguir a los adictos a este nuevo vicio y se dictaron leyes que condenaban a quienes fumaran. Sin embargo, a pesar de todos los obstáculos, el uso y abuso del tabaco se generalizó hasta convertirse en un hecho socialmente aceptado.*

* Sin Autor Identificado: El tabaquismo problema que crece. - Gaceta Fac.Med., No. 187: 8-9, México, D.F., 1965.

La Organización Mundial de la Salud declaró en el Informe de la XXIII asamblea en 1970 que:

"Las enfermedades relacionadas con el tabaquismo son una causa tan importante de incapacidad y muerte en los países de desarrollados, que el control del tabaquismo haría más por prolongar la vida en los países que cualquier otra acción en el campo de la medicina preventiva". (1)

El interés de la psiquiatría por el tabaquismo nace en el hecho de reconocer al tabaco y la nicotina como sustancias productoras de hábito y dependencia. (1)

En las últimas clasificaciones sobre enfermedades mentales de la asociación psiquiátrica norteamericana, en el capítulo "trastornos por uso de sustancias" se incluye la dependencia al tabaco y en el de "trastornos orgánicos mentales" - el síndrome de supresión al tabaco. (1)

Hay que establecer una diferencia entre las sustancias que se encuentran en la hoja del tabaco y aquellas que se generan como producto de la combustión del mismo, ya que la mayoría de los componentes patógenos identificados en el humo no se encuentran presentes en la hoja. El humo del tabaco es una mezcla de gases, vapores no condensados y materias líquidas en partículas a manera de un aerosol concentrado con billones de partículas por centímetro cúbico. De 80 a 90 por ciento de las partículas se retienen en el aparato respiratorio.

rio si la inspiración se sostiene de dos a cinco segundos. Estas partículas penetran profundamente en las vías respiratorias y se depositan en la superficie de los bronquiolos y parénquima pulmonar. (1)

La cantidad de alquitrán que produce el humo de un cigarrillo varía entre tres y 40 mg. dependiendo de la longitud del cigarrillo, el uso de filtros, boquillas, la porosidad del papel, el peso, contenido y clase de tabaco. El alquitrán contiene numerosos carcinógenos y lo más importante son los hidrocarburos policíclicos entre otras quinientas sustancias más. (1)

La nicotina es un líquido incoloro, amargo, soluble en agua, volátil y de reacción muy alcalina. No se le han encontrado hasta la fecha aplicaciones médicas. Cada cigarrillo fumado proporciona entre 0.2 y 2.2 mg. de nicotina (50 a 150 mcg por bocanada de humo), cantidad suficiente para producir efectos farmacológicos en el organismo. (1)

Existe una dosis óptima de nicotina para cada persona y los fumadores ajustan en forma automática e inconsciente su ingesta de nicotina para mantenerla en esos niveles, fumando más cigarrillos, dejando la colilla más corta, reteniendo más el tiempo de la inspiración, dando mayor número de fumadas al cigarrillo, etc. Alrededor del 90% de la nicotina del humo es absorbida en las vías respiratorias, sin embargo puede absorberse a través de la mucosa oral y de la piel también. El humo -

retenido en la boca provoca elevación de la tensión arterial y taquicardia. Esta reactividad fisiológica del humo, característica del puro, es debida a su alcalinidad (pH 8.5) lo que le permite difundir con mayor rapidez al torrente sanguíneo, situación que no sucede con el humo del cigarrillo que es ácido (pH 5.5) para poder ser inhalado profundamente en los pulmones sin ser desagradable. (1)

Los niveles séricos de nicotina en fumadores por lo general fluctúan alrededor de los 0.5 mcg/dl. La intoxicación aguda y la muerte pueden ocurrir con niveles de 0.5 a 1 mg/dl en suero. La vida media de la nicotina es de 20 a 60 minutos, siendo la mayor parte metabolizada en el hígado aunque también participan los pulmones y los riñones. Esta actividad del hígado está en relación directa con el contenido de glucógeno hepático que se transforma en glucosa uniéndose a la sustancia tóxica y formándose por oxidación del complejo, ácido glucurónico conjugado y un compuesto que es la cotidina o cotidina que es farmacológicamente inactiva. (1)

En el cerebro, a dosis bajas, tiene un efecto estimulante que se obtiene en segundos, ya que la circulación pulmón-cerebro es de sólo 7.5 segundos. Dichos efectos son mediados por los sistemas catecolaminérgicos liberándose noradrenalina a partir del hipotálamo con la consecuente estimulación de los circuitos de recompensa (sistema límbico, núcleo amigdalino, etc.) y formación reticular. (1)

Estudios más recientes indican que la nicotina se comporta farmacológicamente, tanto a nivel bioquímico como a nivel conductual, como una sustancia psicoactiva, con propiedades antidépresivas, lo que podría explicarse por su acción sobre esta amina.

Otro efecto de la nicotina es su acción antidiurética - por su actividad sobre hipotálamo. Todas estas evidencias sustentan que los efectos farmacológicos de la nicotina en el cerebro, sobre todo aquellas que refuerzan positivamente la conducta son:

- 1.- Modulación de la conducta condicionada
- 2.- Una mezcla de facilitación y depresión de los substratos neuronales y de recompensa.
- 3.- Efectos transitorios (minutos) en el EEG, correspondientes a la conducta de despertamiento semejantes a los producidos por las anfetaminas y
- 4.- Relajación de la musculatura esquelética. (1)

A nivel del sistema nervioso periférico, la nicotina -- ejerce un efecto inicial transitorio estimulante, seguido de un efecto depresor de los ganglios autónomos. Estimula todos los receptores sensoriales incluyendo los quimiorreceptores -- del seno carotídeo y los receptores a la temperatura y dolor en la piel. (1)

En la médula suprarrenal, la nicotina produce liberación

de pequeñas cantidades de catecolaminas e incrementa la neuro transmisión relacionada con la acción estimulante de la acetil-colina a nivel postsináptico. En el aparato cardiovascular produce taquicardia y vasoconstricción con aumento de la presión arterial e isquemia en los territorios capilares como resultado de la acción de las catecolaminas liberadas por las cápsulas suprarrenales. El aumento de la frecuencia cardiaca se a esta dada por estimulación de las fibras simpáticas e inhibición de las para-simpáticas también. (1)

Los quimiorreceptores del cuerpo carotídeo y aórtico pueden tener un efecto importante sobre el gasto cardiaco por alteraciones de la frecuencia, de la contractilidad, del retorno venoso, de la presión de llenado y de la resistencia periférica total. (1)

Durante el periodo de hipertensión arterial, la vasoconstricción afecta las arterias coronarias disminuyendo el flujo sanguíneo del miocardio. Por sus acciones sobre el vago y las terminaciones del simpático la nicotina tiene acción vasoconstrictora coronaria directa. A nivel de las arterias cerebrales, la nicotina tiene un efecto vasodilatador inicial seguido por una vasoconstricción. (1)

En el aparato respiratorio, la nicotina causa ruptura de los tabiques alveolares, fibrosis y engrosamiento de las paredes de las arterias pulmonares así como cambios metapláasicos del epitelio respiratorio. En el aparato digestivo, se ha

visto que la nicotina aumenta el tono y la actividad motora del intestino por estimulación parasimpática de los nervios colinérgicos. Aumenta el contenido del ácido clorhídrico libre y acidez del jugo gástrico, aumenta la secreción salival, seguida de disminución de la misma. Produce decalcificación y pérdida de la dentina en algunos puntos. (1)

En el músculo esquelético, se comprobó que la nicotina produce incremento en el tambor fino distal. (1)

Otro de los componentes del humo del cigarrillo importante por sus acciones en el organismo es el monóxido de carbono que se combina con la hemoglobina de la sangre formando carboxihemoglobina, tiene una vida media de aproximadamente cuatro horas y se elimina proporcionalmente con la actividad del individuo y su ventilación pulmonar, lo que determina que los niveles de COHb, se mantienen altos durante la noche ya que la actividad física es casi nula y la ventilación pulmonar disminuye. El volumen de monóxido de carbono en sangre de los fumadores varía de 5 a 16% siendo la cifra normal para sujetos no fumadores de 2.8% aproximadamente. (1)

La toxicidad de la carboxihemoglobina es debido a que disminuye el aporte de oxígeno a los tejidos, lo que se traduce por cambios en los reflejos neurológicos, cambios en la discriminación sensorial, fatiga, cefaleas, mareos, irritabilidad, alteraciones del sueño, anormalidades electroencefalográficas, así como depresión de funciones respiratorias. (1)

El tercer compuesto producto de la combustión de la hoja del tabaco y del papel que la contiene, importante por sus acciones en el organismo, es el alquitrán. En su fracción ácida contiene mayor cantidad de cocarcinógenos, mientras que la fracción neutral alberga los inductores tumorales tales como los carbohidratos aromáticos polinucleares. Estas sustancias presentes en la subfracción neutra no han sido probados como inductores de tumores por sí solos, pero conjuntamente con los cocarcinógenos que se encuentran en la fracción ácida adquieren su potencial carcinogénico. (1)

En México en los últimos 10 años el consumo de cigarrillos aumenta en promedio 11.2% anual. La edad promedio a la que el mexicano empieza a fumar es de 11 años. La cifra más elevada de fumadores para ambos sexos se encuentra en el grupo de 25 a 59 años (la edad más productiva). 45% de los varones y 26% de las mujeres mayores de 18 años fuman. Los varones tienen mayores tasas de éxito para dejar de fumar que las mujeres. (1)

Las tasas de mortalidad (número de muertes por 100,000 habitantes) entre los fumadores por todas las causas aumenta con el número de cigarrillos fumados al día, el número de años de fumar y la precocidad en el inicio del tabaquismo. (1)

La bronquitis y el enfisema pulmonar están indudablemente ligados al tabaquismo y con su intensidad. Estos padecimientos son muy importantes por la mortalidad que ocasionen pe-

ro aún más por la incapacidad física y funcional tan prolongada y dramática que sufren los pacientes. (1)

El cáncer pulmonar, desde hace muchos años, ha sido relacionado con el tabaquismo. (1)

La enfermedad isquémica del corazón es la que se ha encontrado más relacionada con el tabaquismo, particularmente entre las personas de 45 a 54 años. Otras alteraciones son: - taquicardia, elevación de la tensión arterial crónicamente e isquemia en territorios capilares por efecto de la vasoconstricción y disminución del aporte de oxígeno. (1)

La enfermedad arterial de las extremidades inferiores - está aún más relacionada con el tabaquismo que otras enfermedades cardiovasculares, (tromboangiitis obliterante). (1)

Russell desarrolló una clasificación en la que aparecen siete grupos o categorías de fumadores:

1.- Tabaquismo psicosocial. Las gratificaciones obtenidas son psicosociales y la ingestión de nicotina casi nula, - se utiliza el valor simbólico de fumar para crearse una imagen de intelectualidad, precocidad, sensualidad o sofisticación, - ayude a incrementar la imagen social y ganar aceptación en determinados grupos. El fumar es intermitente, confinado a situaciones sociales.

2.- Tabaquismo sensorio-motor. Este incluye el goce de las manipulaciones orales, manuales y respiratorias para redu

cir la tensión y procurarse placer. Esto es especialmente evidente en el fumador de pips.

3.- Tabaquismo por indulgencia. Es la forma más común y característica, se fuma por el placer, mayormente en situaciones de descanso o relajamiento como des. Ués del trabajo o en la sobremesa, frecuentemente asociado a café o alcohol, para aumentar el placer de las reuniones sociales.

4.- Tabaquismo sedante. Fumar se convierte en una forma de tranquilizarse para poder sobrellevar estados displacenteros de ansiedad o tensión.

5.- Tabaquismo adictivo. Aquí el fumador experimenta -- síntomas de supresión a los 20 o 30 minutos de haber dejado de fumar, se fuma para evitar o disminuir este estado desagradable, fumar no es disfrutado por mucho tiempo y pronto se vuelve una necesidad.

6.- Tabaquismo automático. Esta forma de tabaquismo se encuentra en fumadores muy voraces quienes fuman por estimulación y adicción o más comúnmente por ambos. (1)

La habituación, condición resultante del consumo repetido de esta droga, incluye el deseo, pero no compulsión, de continuar fumando, por la sensación de bienestar que engendra. Poca o ninguna tendencia a aumentar la dosis. Algún grado de dependencia física y por lo tanto de síndrome de supresión -- (abstinencia). Por último, efectos nocivos si acaso sobre el individuo primordialmente. (1)

Los determinantes de dependencia son desde luego la nicotina como quedó demostrado en múltiples experimentos que revelan la tendencia de los individuos a mantener una dosis óptima en sangre en base a ajustar inconscientemente sus patrones de consumo. (1)

El criterio fundamental para establecer el diagnóstico de Síndrome de Supresión al tabaco, es la presencia de un síndrome característico atribuible a la cesación reciente o reducción en el uso del tabaco después de su uso por un periodo largo y en cantidades moderadas. Los signos físicos incluyen: disminución de la frecuencia cardiaca, baja de la presión arterial, disforesis, taquipnea, constipación. Entre los síntomas subjetivos se encuentran, el deseo de fumar, irritabilidad, ansiedad, inquietud, disminución de la concentración, fallas de memoria, depresión, hostilidad, cefalea, trastornos del sueño y somnolencia, alteraciones digestivas y aumento del apetito. Estos síntomas surgen a los 20 minutos de haber terminado de fumar y alcanzar su máximo entre las 6 y 98 horas. (1)

Se deben distinguir dos grandes niveles de acción para el tratamiento del tabaquismo; aquellas que se lleven a cabo a nivel de la población general, campañas sanitarias, educativas, legislación sanitaria, etc. o sea prevención primaria, cuyo cometido debe cumplirse a largo plazo, en grandes grupos de población, dirigidas a fumadores y no fumadores, preferun-

tamente a niños y adolescentes. El segundo nivel de acción - debe constituirse en base a programas dirigidos a pequeños núcleos de la población, constituidos por pacientes que llenan los criterios diagnósticos para considerarse enfermos de tabaquismo. Estas acciones tienen que ser a corto plazo, dirigidas a población reducida y llevadas a cabo en clínicas especialmente y por personal especializado también en la aplicación de técnicas psicoterapéuticas y otras medidas específicas que incluyen el manejo de psicofármacos. (1)

Se han intentado toda clase de tratamiento, que van desde técnicas de condicionamiento con descargas eléctricas, hasta la hipnosis, pasando por la acupuntura, la dianética, el simple consejo o la advertencia firme por parte del médico. Ninguna de estas técnicas ha mostrado tener ventajas significativas sobre otras para que el individuo deje de fumar de manera definitiva toda vez que no se llevan a cabo seguimientos que permitan evaluar su efectividad a largo plazo. (1)

Por otro lado, es bien sabido que la dificultad estriba no en dejar de fumar (cosa que se consigue en la mayoría de los casos con relativa facilidad), sino en no recaer como sucede con la mayor parte de los procedimientos que muestran tasas de reincidencia que llegan en promedio al 84% en aquellos estudios que se apegan a la metodología científica, de aquí poder deducir las tasas de éxito a largo plazo de los programas que no reportan su casuística. (1)

Las psicoterapias de grupo han mostrado ser más eficaces que las terapias individuales, independientemente del marco teórico que se adhieren. Los lineamientos generales para el manejo de los pacientes que desean dejar de fumar son: 1) el estudio del grado de motivación y dependencia. Un paciente con buja dependencia requerirá de una motivación mínima para dejar el hábito y viceversa. Si las motivaciones son pobres deberá ser usada la persuasión. 2) deben investigarse los mecanismos de defensa utilizados para enfocar hacia esa área la persuasión. La mayor parte de los fumadores utilizan la negación y la racionalización por lo que la investigación deberá enfocarse hacia: a.- saber si el paciente está consciente de los riesgos que para la salud implica el fumar, b.- si acepta en toda su extensión que estos riesgos se pueden aplicar a si mismos, c.- si acepta (si es el caso) que su salud está afectada, d.- si acepta la ayuda para dejar de fumar, e.- si acepta que va a poder dejar de fumar, f.- si tiene la firme intención de dejar de fumar y no solamente tratar de no hacerlo. (1)

La estrategia para dejar de fumar debe basarse en la idea de que el síndrome de supresión es una tarea de aprendizaje prolongada con un periodo inicial que requiere de un esfuerzo consciente y considerable y de un periodo tardío que no es muy difícil pero que requiere de vigilancia para evitar recaídas por descuido. La esencia de esta vigilancia es brindar un apoyo y sostén que mantenga la motivación. (1)

PREVENCIÓN DE LA FARMACODPENDENCIA

Puede estimarse que existen actividades de prevención primaria, como son todas aquellas que tienden a la destrucción de plantíos de marihuana y amapola y al descubrimiento de laboratorios que producen estupefacientes, restricción a menores de edad de la venta de bebidas alcohólicas y cigarrillos, así como la persecución de los traficantes de drogas, nacionales e internacionales. (2)

De hecho, la prevención primaria ha de complementarse con acciones de prevención secundaria y terciaria en relación con diferentes servicios de salud mental, en consultas externas, hospitales y otras instituciones que atienden a farmacodependientes. Estas medidas de prevención deben aplicarse selectivamente en los que se consideran grupos de alto riesgo, como son los jóvenes en edad escolar, desde las escuelas primarias hasta la universidad y realizar la promoción suficiente para sensibilizar a la opinión pública, autoridades, padres de familia y maestros, en relación con estos problemas. (2)

Desde el punto de vista médico, la OMS recomienda los siguientes métodos preventivos:

- 1.- Reglamentación legal de la distribución de medicamentos.
- 2.- Medidas educativas destinadas a informar al público sobre las drogas y a influir en las actividades - -

relativas al uso de las mismas.

- 3.- Medidas sociales en favor de los grupos particularmente expuestos, ofreciéndoles una alternativa que reemplace el uso de la droga. (6)

TRATAMIENTO Y REHABILITACION DE LA FARMACODEPENDENCIA.

El tratamiento, después de la fase de desintoxicación será fundamentalmente a base de psicoterapia, en especial de grupo, orientación con miras a su readaptación y rehabilitación familiar y social. (6)

En el aspecto emocional, trataremos primeramente de conocer la conflictiva situacional que el paciente adicto tiene, su tipo de personalidad y el grado de motivación que pueda tener para resolver su problema. (6)

El tratamiento del sujeto farmacodependiente requiere de apoyo familiar y de la comunidad, de cambios en su integración familiar, social y personal modificando los factores facilitantes de su problema. (14)

El pronóstico depende de factores extrafarmacológicos - en gran parte, está claramente demostrado que individuos que caen en la farmacodependencia pero que logran fuerte apoyo conductual y psicológico por parte tanto de su familia como de su medio social, tienen buen pronóstico, inclusive cuando su dependencia es muy intensa. En condiciones habituales, los -

factores que llevan a un joven o a un adulto a caer en la farmacodependencia son los mismos que actúan en contra de su rehabilitación por que la reestructuración de la vida social del sujeto requiere cambios en su integración familiar, social y personal que implican esfuerzos muy intensos por parte de la comunidad total. (14)

En el tratamiento de la farmacodependencia, la familia puede participar tratando de evitar al máximo las reacciones tan comunes a la mayoría de las familias y que oscilan entre sentimientos de culpa, ira, molestia o pena por el hijo que está usando alguna droga. El único resultado de esa actitud es empeorar la situación, por que con ella el adolescente se siente más culpable e incomprendido y tiende a escaparse si no fácilmente de su casa, por lo menos emocionalmente. Es indudable, que en la práctica es sumamente difícil que la familia acepte el problema en forma adecuada. Por lo general, la actitud es punitiva o simplemente de aislamiento de los hijos lo que vuelve mucho más complicada la labor del médico, quien tiene la obligación de entablar al mismo tiempo diálogo con los padres y con el adolescente en el momento preciso en que descubra que éste está usando alguna droga. (14)

En nuestro medio los inhalantes constituyen un problema muy serio por que son los agentes que emplean en los medios urbanos los jóvenes y sobre todo, los niños que pertenecen a -- las clases más desfavorecidas socioeconómicamente. (14)

C O N C E P T O S

En cuanto a Estructura Familiar.-

Familia Nuclear: Compuesta por padres e hijos.

Familia Extensa: Padres, hijos, abuelos y consanguíneos en general.

Familia Compuesta: Padres, hijos, abuelos, compadres, amigos. (consanguíneos y no consanguíneos)

En cuanto a Integración Familiar.-

Familia Integrada: En la cual los cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones.

Familia Desintegrada: En la cual falta alguno de los cónyuges por muerte, divorcio, separación o abandono.

Estrato Socioeconómico.- Conjunto de personas del mismo oficio, grado o calidad, que están constituidas para cumplir un fin mediante mutua cooperación y que tienen cierto grado de riqueza pública.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A pesar de que la farmacodependencia ha existido desde -- tiempos inmemoriales, en la actualidad es un severo problema, -- especialmente entre los adolescentes y adultos jóvenes, por qué -- además de afectar el terreno biológico y psíquico del individuo, -- trae serias consecuencias de tipo social, por lo que se le ha -- dado el carácter de enfermedad psicosocial.

Aunque estamos conscientes de que ha invadido todos los es -- tratos socioeconómicos, por tradición se ha pensado siempre que -- en las clases marginadas hay una mayor prevalencia de farmacode -- pendencia, por lo que este trabajo de investigación pretende -- contestar la siguiente pregunta:

¿ EN QUE MEDIDA INFLUYE, EN EL AREA DE JURISDICCION DE LA -- DELEGACION No. 3, I.M.S.S., VALLE DE MEXICO, EL ESTRATO -- SOLIDIECONOMICO EN LA PREVALENCIA DE FARMACODEPENDENCIA EN -- LOS ADOLESCENTES ESTUDIANTES DE SECUNDARIA ?

H I P O T E S I S

HI: EN EL ESTRATO SOCIOECONOMICO BAJO LA PREVALENCIA DE --
FARMACODEPENDENCIA ES MAYOR EN COMPARACION CON EL ES--
TRATO SOCIOECONOMICO MEDIO Y ALTO, EN ADOLESCENTES ES--
TUDIANTES DE SECUNDARIA COMPRENDIDOS ENTRE LOS 12 Y 17
AÑOS DE EDAD.

HO: EN EL ESTRATO SOCIOECONOMICO BAJO LA PREVALENCIA DE --
FARMACODEPENDENCIA NO ES MAYOR EN COMPARACION CON EL --
ESTRATO SOCIOECONOMICO MEDIO Y ALTO, EN ADOLESCENTES --
ESTUDIANTES DE SECUNDARIA COMPRENDIDOS ENTRE LOS 12 Y
17 AÑOS DE EDAD.

MATERIAL Y METODOS

a) Caracterización del Trabajo.

El presente estudio de investigación cuenta con las siguientes características:

Transversal: Se estudiaron a los sujetos por única ocasión, sin pretender llevar un seguimiento de éstos.

Prospectivo: Se estudió directamente a los individuos, mediante un cuestionario individual, sin tomar en cuenta hechos anteriores, y tratando de predecir hechos futuros.

Observacional: Se tomaron datos del fenómeno a estudiar, en este caso la farmacodependencia, tal como se presenta.

Comparativo: Se estudiaron poblaciones de adolescentes estudiantes de secundaria de diferente estrato socioeconómico, tomando para ello una escuela secundaria particular de la Colonia Lindavista, representando al estrato socioeconómico alto; una escuela secundaria oficial, de la Colonia Panamericana, representando al estrato socioeconómico medio y una escuela secundaria oficial, de la Colonia Cuautepac "Barrio Bajo", representando al estrato socioeconómico bajo, para de esta manera apreciar la prevalencia de farmacodependencia en cada uno de estos grupos.

Delimitación Temporal: Para la realización del presente estudio se fijó un lapso comprendido entre el mes de abril y junio de 1985, con objeto de que los datos obtenidos pertenecieran a un mismo año lectivo en el área asignada y la información tuviera mayor confiabilidad por contar los grupos con características similares en cuanto a período de recolección de datos.

Delimitación del Universo: Para hacer esta elección se tomó el área de la Delegación No. 3 del Valle de México del IESS, comprendida en la Delegación Política Gustavo A. Madero, en donde según datos oficiales se cuenta con 52 escuelas secundarias oficiales y 27 escuelas secundarias particulares, eligiéndose de acuerdo a la factibilidad para la realización de este estudio, una escuela particular de la Colonia Lindavista, que representó el estrato socioeconómico Alto, una escuela oficial de la Colonia Panamericana, representando el estrato socioeconómico Medio y una escuela oficial de la Colonia Cuauhtemoc Barrio Bajo, que por considerarse zona marginada representó al estrato socioeconómico Bajo.

Muestra: Para las tres escuelas de diferente estrato socioeconómico, la muestra fue seleccionada, ya que se eligieron grupos de adolescentes en quienes se reportaba bajo rendimiento escolar y mayor número de problemas de conducta.

En la escuela particular "Lindavista" el total de alumnos inscritos era de 215, por lo que se tomó como muestra el 40% de ellos, es decir 86. En la escuela oficial "Panamericana" el total de alumnos inscritos era de 1464, tomando como muestra el --

20% que correspondió a 292 alumnos y en la escuela oficial -- "Cuauhtepec", había un total de 1500 alumnos inscritos, por lo que se tomó también el 20% como muestra, correspondiendo a 300 alumnos.

Unidades de análisis: Adolescentes estudiantes de secundaria.

Criterios de Inclusión: Adolescentes de 12 a 17 años de edad, sexo masculino y femenino, cursando 1o., 2o. ó 3er. año de secundaria, inscritos en turno matutino ó vespertino.

Criterios de No Inclusión: Adolescentes menores de 12 años y mayores de 17 años de edad.

b) Procedimientos de recolección.

Posterior a realizar visitas y entrevistas a varias escuelas tanto oficiales como particulares, en el área ya mencionada y una vez que se escogieron los plantelos en que se iba a realizar el estudio (de acuerdo al número de alumnos, escuelas mixtas y a las facilidades que ofrecían las autoridades de dichas escuelas), se procedió a solicitar por medio de un oficio girado por las autoridades de la U.M.F. No. 23 y dirigido a la Dirección General de Secundarias de la S.E.F., la autorización para realizar este estudio. Posteriormente, ya con dicha autorización por escrito, se realizó una entrevista con los Directores y Subdirectores de cada una de las escuelas elegidas, a fin de fijar fecha y horario para la aplicación de los cuestionarios. Inicialmente se hizo una prueba del cuestionario se elaboró en base a: REGLES FT.: La construcción de indicadores socioeconómicos para el estudio de la dependencia. CEFEP. pp. 4-12

ba piloto con 20 adolescentes que reunían las características de los sujetos de estudio, con lo que se hicieron las correcciones pertinentes, elaborando de esta manera el cuestionario definitivo.

La distribución y aplicación de los cuestionarios (Anexo No. 1) se hizo dentro de un mismo horario para los tres grados escolares, tanto en el turno matutino como en el vespertino, en cada una de las escuelas, sin avisar previamente a los alumnos, para evitar de esta manera respuestas premeditadas, contando con la ayuda de dos compañeros médicos residentes de la U.M.F. No. 20 y en algunos casos de profesores, para aclarar dudas sobre los cuestionarios.

c) Procedimiento de elaboración.

Una vez contestados los cuestionarios en forma individual; se procedió a su revisión para eliminar aquellos que estaban contestados en forma incompleta, los que tenían más respuestas de las requeridas por la pregunta y en los que la edad del sujeto no se ajustaba con la requerida para este estudio, realizada esta depuración se procedió a dividir los cuestionarios conforme el estrato socioeconómico designado para cada una de las escuelas y de cada una de ellas se hicieron divisiones por grupos de edad, haciendo el cómputo por el sistema de palotes para organizar escalas tanto cuantitativas como cualitativas, posteriormente se descargó esta información para formar presentaciones tabulares de distribución de frecuencias, series cronológicas y

datos de asociación, utilizando además porcentajes ponderados - por clase en los cuadros que así lo requerían.

Los gráficos utilizados fueron: Diagrama de barras sencillas, diagrama de barras dobles, diagrama de barras compuestas, polígono de frecuencias.

Como todo estudio comparativo, se realizaron las pruebas - de significancia requeridas, utilizando para ello Chi Cuadrado.

PRESENTACION DE RESULTADOS

En la escuela particular "Lindavista", que para efectos de la presente investigación, representó el estrato socioeconómico (Esc.) Alto, se estudiaron un total de 84 alumnos, de los cuales 70 (83%) pertenecían al sexo masculino y 14 (17%) al sexo femenino. (vid. infra. Cuadro No.1 gráfico No.1) En la escuela oficial "Panamericana", que representó el estrato socioeconómico (Ese.)-Medio, se estudiaron un total de 285 alumnos, de los cuales 140 (49%) fueron del sexo masculino y 145 (51%) del sexo femenino. - (vid. infra. Cuadro No.2 gráfico No.2) En la escuela oficial - - "Cuauhtepac", que representó el estrato socioeconómico (Ese.) Bajo, se estudiaron un total de 244 alumnos, de los cuales 105 (43%) fueron del sexo masculino y 139 (57%) del sexo femenino. -- (vid. infra. Cuadro No.3 gráfico No.3)

En cuanto a la estructura familiar, se pudo apreciar en el Ese. Alto 78 adolescentes (93%) con familias de tipo nuclear, de éstas, 70 familias (90%) integradas y 8 familias (10%) desintegradas. (vid. infra. Cuadro No.4 gráfico No.4) En el Ese. Medio 254 adolescentes (89%) pertenecían a familias de tipo nuclear, - de éstas, 201 familias integradas (79%) y 53 familias desintegradas (21%). (Vid. infra. Cuadro No.4 gráfico No.5) En el Ese. Bajo 231 adolescentes (95%) pertenecían a familias de tipo nuclear y de éstas 202 familias integradas (87%) y 29 familias desintegradas (13%). (vid. infra. Cuadro No.4 gráfico No. 6)

De acuerdo al número de integrantes por familia, en el -- Ese. Alto 50% (42) adolescentes pertenecían a familias integradas por 4 ó 5 miembros, en el Ese. Medio 35% (98) pertenecían a familias integradas por 6 ó 7 y 32% (92) por 8 ó más miembros. En el Ese. Bajo 42% (102) adolescentes pertenecían a familias integradas por 6 ó 7 miembros y 40% (99) por 8 ó más. (vid. infra. - Cuadro No.5 gráfico No.7)

En el Ese. Alto 100% de adolescentes (84) eran económicamente dependientes, en el Ese. Medio 35% (270) y en el Ese. Bajo 90% (220). (vid. infra. Cuadro No.6)

Los adolescentes del Ese. Alto 74% (72) reportaron tener buenas relaciones familiares y de éstos 63% (39) tenían como preferencia de compañía a sus amigos. En el Ese. Medio 69% (196) reportaron buenas relaciones familiares y de éstos 54% (105) prefería la compañía de su familia. En el Ese. Bajo 70% (170) adolescentes reportaron tener buenas relaciones familiares, de éstos 61% (104) prefería la compañía de su familia. (vid.infra. Cuadro No.7 gráficos 8,9 y 10)

En cuanto a la situación escolar se pudo apreciar en el -- Ese. Alto 31% (26) adolescentes con 3 ó más materias reprobadas; en el Ese. Medio 46% (131) y en el Ese. Bajo 42% (103) sin materias reprobadas. (vid.infra. Cuadro No.8 gráfico No.11)

En el Ese. Alto se apreció que 56% (47) adolescentes consumía tabaco. (vid.infra. Cuadro No.9 gráfico No.15) El inicio del tabaquismo fué a los 13 años 36% (17). (vid.infra. Cuadro No.12

gráfico No.16) fué más aparente esta farmacodependencia en el - 57% (12) adolescentes de 14 años, 73% (11) de 15 años y 85% (11) de 16 años. (vid.infra. Cuadro. No.5 gráfico No.12)

En el Ese. Medio se apreció que 38% (108) adolescentes consumían tabaco. (vid.infra. Cuadro No.10 gráfico No.15) El inicio del tabaquismo en ellos fue a los 14 años 25% (27). (vid.infra.- Cuadro No.12 gráfico No.16). Esta farmacodependencia fué más aparente en 60% (3) de los adolescentes de 12 años, 55% (23) de los adolescentes de 16 años y 47% (8) de los de 17 años. (vid.infra. Cuadro No.10 Gráfico No.13)

En el Ese. Bajo 40% (97) de adolescentes consumían tabaco. (vid.infra. Cuadro No.11 gráfico No.15) El inicio del tabaquismo en ellos fué a los 13 años 29% (28). (vid.infra. Cuadro No.12 -- gráfico No.16). Fué más aparente esta farmacodependencia en 47% (27) adolescentes de 16 años y 47% (7) de los adolescentes de 17 años. (vid.infra. Cuadro No.11 gráfico No.14)

La frecuencia en el consumo de tabaco en el Ese. Alto fué ocasional en 60% (28) de los adolescentes y diariamente 25% (12). En el Ese. Medio fué ocasional 84% (91), diario y cada 15 días - 6% (6) en ambos. En el Ese. Bajo 78% (76) ocasional y 9% (8) cada quince días. (vid.infra. Cuadro No.13 gráfico No.17)

La cantidad de cigarrillos consumidos por día en el Ese. Alto fué de 1 a 2 66% (31) y 7 ó más 17% (8). En el Ese. Medio 1 a 2 87% (94) y 3 a 4 10% (11) adolescentes. En el Ese. Bajo 1 a 2 -- 81% (79) y 3 a 4 17% (16) adolescentes. (vid.infra. Cuadro No.14)

gráfico No.16)

En cuanto a la preferencia de compañía para el consumo de tabaco apreciamos en el Ese. Alto 81% (38) tiene preferencia por sus amigos y 11% (5) solos. En el Ese. Medio 81% (88) de los adolescentes tienen preferencia por estar con sus amigos y 9% (10) un amigo. En el Ese. Bajo 80% (78) tienen preferencia por estar con varios amigos y 10% (10) un amigo. (vid. infra. Cuadro No. - 14 gráfico No. 19)

El sitio de preferencia para fumar de los adolescentes del Ese. Alto fué: En la calle 34% (16), en fiestas 30% (14) y en su casa 17% (8). En el Ese. Medio en la calle 34% (27), en fiestas 21% (23) y en su casa 20% (21). En el Ese. Bajo en fiestas 43% (42), en la calle 27% (26), fuera de la escuela 18% (17) y en su casa 7% (7). (vid. infra. Cuadro No.16 gráfico No.20)

La información que tenían en cuanto a los efectos nocivos del consumo de tabaco en el Ese. Alto, los adolescentes fumadores son 56% (47) y de éstos 44 adolescentes (94%) si la tenían y 3 (6%) no; de los adolescentes no fumadores 44% (37), 30 adolescentes (81%) si tenían información y 7 (9%) no. En el Ese. Medio, de los adolescentes fumadores 38% (108), tenían información 96 (89%) y no la tenían 12 (11%) y de los adolescentes no fumadores 62% (177), tenían información 139 (79%) y no la tenían 38 (21%). En el Ese. Bajo, de los adolescentes fumadores 40% (97), contaban con información 77 (79%) y 20 (21%) no contaban con ella, de los no fumadores 60% (147), 112 (76%) contaban con información y

35 (24%) no. (vid.infra. Cuadro No.17)

En cuanto al consumo de bebidas alcohólicas, en el Ese. Alto se apreció que 55% (46) adolescentes las tomaban. (vid.infra. Cuadro No.18 gráfico No.24) El inicio del consumo de bebidas alcohólicas fué en el 30% (14) a los 10 años de edad. (vid.infra. Cuadro No.21 gráfico No.25) Se presentó más aparente en 80% (12) de los adolescentes de 15 años y 77% (10) de los adolescentes de 16 años de edad. (Vid. infra. Cuadro No.18 gráfico No.21)

En el Ese. Medio, se pudo apreciar que 42% (118) adolescentes consumían bebidas alcohólicas. (vid.infra. Cuadro No.19 gráfico No.24) La edad de inicio en el consumo fué a los 13 años -- 22% (26), (vid.infra. Cuadro No.21 gráfico No.25) siendo más aparente esta farmacodependencia en adolescentes de 12 años 60% (3), y 16 años 60% (25). (vid.infra. Cuadro No. 19 gráfico No.22)

En el Ese. Bajo, se apreció que 37% de los adolescentes (- 90) consumían bebidas alcohólicas. (vid.infra. Cuadro No.20 gráfico No.24) La edad de inicio en el consumo fué a los 12 años 23% (21), (vid.infra. Cuadro No.21 gráfico No.25) siendo más aparente esta farmacodependencia en los adolescentes de 13 años 43% -- (10), en los de 15 años 43% (23) y en los de 17 años 60% (9). (- vid.infra. Cuadro No.20 gráfico No.23)

La frecuencia en el consumo de bebidas alcohólicas en los adolescentes del Ese. Alto fué ocasional 72% (33) y una vez a la semana 13% (6). En los adolescentes del Ese. Medio ocasional 91% (105) y en los del Ese. Bajo 81% ocasional (7) y 12% (11) una -

vez a la semana. (vid.infra. Cuadro No.22 gráfico No.26)

En el Ese. Alto 50% (23) adolescentes preferían consumir brandy, 28% (13) cerveza y 13% (6) otro tipo de bebidas (vodka, ginebra, vino tinto, etc.) En el Ese. Medio 41% (46) adolescentes preferían consumir cerveza, 36% (42) brandy y 14% (16) otro tipo de bebidas. En el Ese. Bajo 59% (53) adolescentes preferían el consumo de brandy y 29% (26) cerveza. (Vid.infra. Cuadro No. 23 gráfico no.27)

Para el consumo de bebidas alcohólicas, en el Ese. Alto, 72% (33) mostraron preferencia por la compañía de varios amigos. En el Ese. Medio 57% (66) adolescentes preferían tomar en compañía de sus amigos, 15% (18) en compañía de su familia. En el Ese. Bajo 65% (58) preferían la compañía de sus amigos y 19% (17) --- mostró preferencia por consumirlas solas. (vid.infra. Cuadro No. 24 gráfico No.28)

En el Ese. Alto, 61% (28) adolescentes preferían consumir bebidas alcohólicas en fiestas y 24% (11) en su casa. En el Ese. Medio 62% (72) mostraron preferencia por consumir bebidas alcohólicas en fiestas y 20% (23) en su casa, y en el Ese. Bajo 76% (68) preferían consumirlas en fiestas y 16% (14) en su casa. (vid.infra. Cuadro No.25 gráfico No.29)

En cuanto a la información que tenían acerca de los efectos nocivos del consumo de bebidas alcohólicas, en el Ese. Alto de los adolescentes tomadores 56% (47), 45 (96%) refirieron tener esa información y 2 (4%) no la tenían. De los adolescentes -

No tomadores 44% (37), refirieron tener información 34 (92%) y no la tenían 3 (8%). En el Ese. Medio, de los adolescentes Tomadores 38% (108), refirieron tener información 96 (89%) y 12 (11%) no la tenían, de los adolescentes No tomadores 62% (177), tenían información 139 (79%) y no la tenían 38 (21%). En el Ese. Bajo de los adolescentes Tomadores 40% (97), tenían información 77 (79%) y no la tenían 20 (21%) y de los adolescentes No tomadores, 60% (147, tenían información 112 (76%) y no la tenían 35 (24%). (vid.-infra. Cuadro No.26)

Con respecto a la inhalación de thiner, en el Ese. Alto un adolescente (1) refirió esta farmacodependencia, quien la inició a los 13 años, inhalando ocasionalmente, solo, preferentemente en su casa. En el Ese. Medio dos adolescentes (1%), inhalaban thiner, quienes iniciaron a los 11 y 12 años, ocasionalmente, en compañía de amigos, uno de ellos preferentemente en su casa y otro en la calle. En el Ese. Bajo tres adolescentes (1%), quienes iniciaron a los 13 y 14 años, ocasionalmente, en compañía de sus amigos, preferentemente en su casa o fuera de la escuela. (vid.-infra. Cuadro No.27 y 28)

En cuanto a la información acerca de los efectos nocivos de la inhalación de thiner, en el Ese. Alto 87% (73) si la tenían y 13% (11) no; en el Ese. Medio 82% (233) tenían información y 18% (52) no la tenían y en el Ese. Bajo 74% (181) si la tenían y 26% (63) no. (vid.infra. Cuadro No.29)

En el Ese. Alto, con respecto a la inhalación de cemento, no se reportó ningún adolescente. En el Ese. Medio uno (.5%), -

quien inició a los 12 años, inhalando ocasionalmente, con sus amigos, en la calle. En el Ese. Bajo dos adolescentes (1%), quienes iniciaron a los 13 años, inhalando ocasionalmente, uno de ellos solo y otro con sus amigos, en la calle preferentemente. (vid.infra. Cuadro No. 30 y 31)

Acerca de los efectos nocivos de la inhalación de cemento, en el Ese. Alto 88% (74) si la tenían y 12% (10) no. En el Ese. Medio 83% (238) tenían información y 17% (47) no. En el Ese. Bajo 71% (174) si la tenían y 29% (70) no. (vid.infra. Cuadro No. 32)

Para el consumo de marihuana, en el Ese. Alto se encontró positivo en 3 adolescentes (4%), dos iniciaron a los 10 y uno a los 14 años, fumándola uno cada tercer día y dos ocasionalmente, los tres en compañía de sus amigos, en su casa, fiestas y calle respectivamente. En el Ese. Medio 3 (1%), iniciando uno a los 12 y dos a los 16 años, fumando ocasionalmente, con sus amigos, en su casa dos y uno en la calle. En el Ese. Bajo dos adolescentes (1%) la fumaban, quienes iniciaron a los 13 años, ocasionalmente la consumían, en compañía de sus amigos, en la calle. (vid. infra. Cuadro No.33 y 34)

Con respecto a la información acerca de los efectos nocivos del consumo de marihuana, en el Ese. Alto 90% (76) si la tenían 10% (8) de los adolescentes no. En el Ese. Medio 85% (242) si tenían información y 15% (43) no. En el Ese. Bajo 74% (180) si tenían información y 26% (64) no. (vid.infra. Cuadro No.35)

CUADRO No. 1

ADOLESCENTES ENCUESTADOS DE ACUERDO A EDAD Y SEXO.

ESCUELA PARTICULAR "LINDAVISTA". U.M.F. NO. 20 IMSS. ABR-JUN/85

EDAD	S E X O				TOTAL	
	M	%	F	%	No.	%
12	9	11	0	0	9	11
13	21	25	4	5	25	30
14	16	19	5	6	21	25
15	13	15	2	2	15	18
16	10	12	3	4	13	15
17	1	1	0	0	1	1
TOTAL	70	83	14	17	84	100

M: Masculino

F: Femenino

CUADRO No. 2

ADOLESCENTES ENCUESTADOS DE ACUERDO A EDAD Y SEXO.

ESCUELA OFICIAL "PANAMERICANA". U.M.F. No. 20 IMSS. ABR-JUN/85

EDAD	S E X O				TOTAL	
	M	%	F	%	No.	%
12	2	1	3	1	5	2
13	33	11	38	13	71	25
14	28	10	36	13	64	22
15	41	14	45	16	86	30
16	27	9	15	5	42	15
17	9	3	8	3	17	6
TOTAL	140	49	145	51	285	100

M: Masculino

F: Femenino

GRAFICO No.1

ADOLESCENTES ENCUESTADOS DE ACUERDO A EDAD Y SEXO.

ESCUELA PARTICULAR "LINAVISTA". U.M.F. No.20 ImSS. ABR-JUN/85

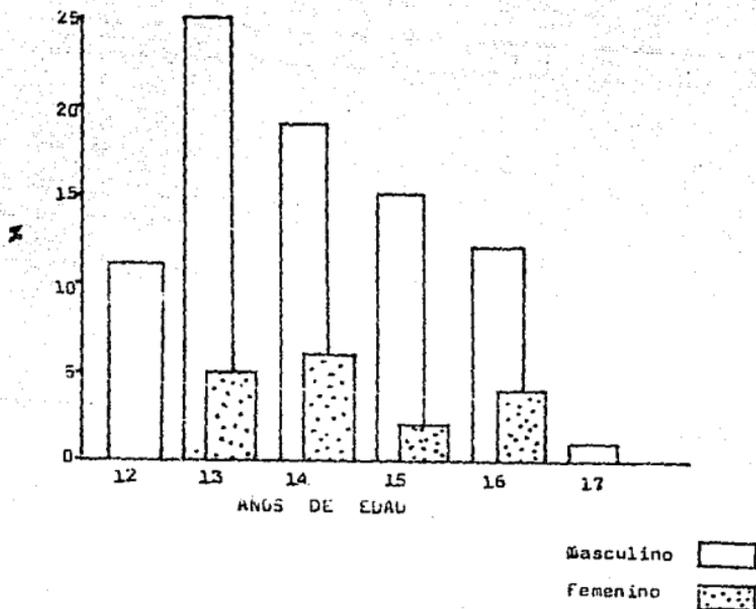
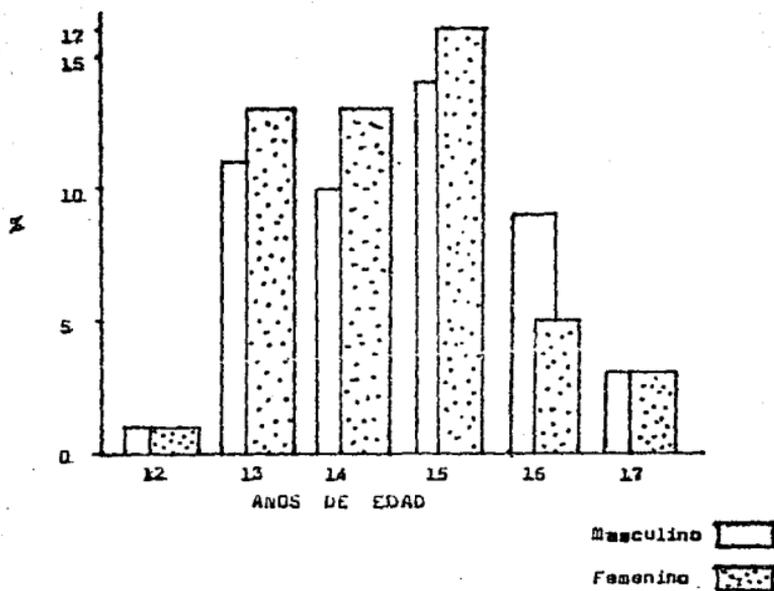


GRAFICO No.2

ADOLESCENTES ENCUESTADOS DE ACUERDO A EDAD Y SEXO.

ESCUELA OFICIAL "PANAMERICANA". U.M.F. No. 20 IMSS ABR-JUN/85



CUADRO No. 3

ADOLESCENTES ENCUESTADOS DE ACUERDO A EDAD Y SEXO.

ESCUELA OFICIAL "CD. AUTEPEC". U.M.F. No. 20 IMSS, ABR-JUN/85

EDAD	S E X O				TOTAL	
	M	F	F	%	No.	%
12	0	0	0	0	0	0
13	11	4	12	5	23	9
14	46	19	48	20	94	39
15	12	5	42	17	54	22
16	27	11	31	13	58	24
17	9	4	6	2	15	6
TOTAL	105	43	139	57	244	100

M: Masculino

F: Femenino

CUADRO No. 4

ADOLESCENTES DE ACUERDO A SU ESTRUCTURA FAMILIAR EN TRES ESCUELAS DE DIFERENTE ESTRATO SOCIOECONÓMICO.

U.M.F. No. 20 IMSS. ABR-JUN/85

ESE*	T I P O L O G I A									TOTAL
	N U C L E A R			E X T E N S A			C O M P U E S T A			
	INT	DES	Sub. Tot.	INT	DES	Sub. Tot.	INT	DES	Sub. Tot.	
ALTO	70	8	78	4	1	5	1	0	1	84
%	63	10	93	5	1	6	1	0	1	100
MEDIO	201	53	254	25	3	28	3	0	3	285
%	70	19	89	9	1	10	1	0	1	100
BAJO	202	29	231	7	2	9	4	0	4	244
%	63	12	95	3	1	4	1	0	1	100
TOTAL	473	90	563	36	6	42	8	0	8	613
%	77	15	92	6	1	7	1	0	1	100

* Estrato socioeconómico

GRAFICO No. 3

ADOLESCENTES ENCUESTADOS DE ALBERGO A EDAD Y SEXO.
 ESCUELA OFICIAL "CUALTEPEC". U.M.F. No.20 IMSS ABR-JUN/85

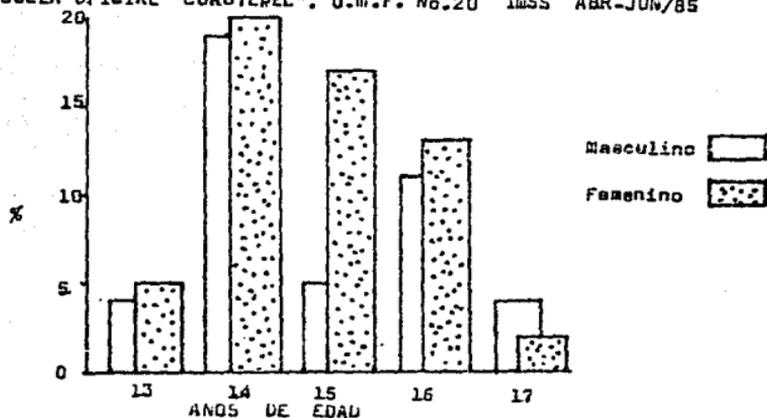
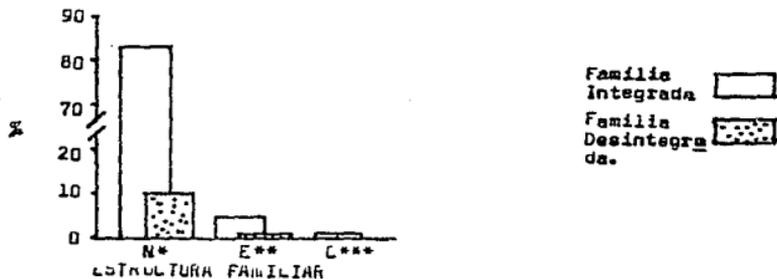


GRAFICO No. 4

ADOLESCENTES DE ACUERDO A SU ESTRUCTURA FAMILIAR, EN ESCUELA DE
 ESTRATO SOCIOECONOMICO ALTO.

U.M.F. No. 20 IMSS ABR-JUN/85

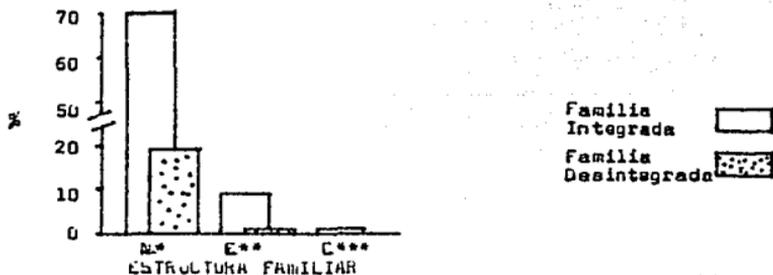


* Nuclear ** Extensa *** Compuesta

GRAFICO No. 5

ADOLESCENTES DE ACUERDO A SU ESTRUCTURA FAMILIAR EN ESCUELA DE
ESTRATO SOCIOECONOMICO MEDIO.

U.M.F. No. 20 IMSS. ABR-JUN/85

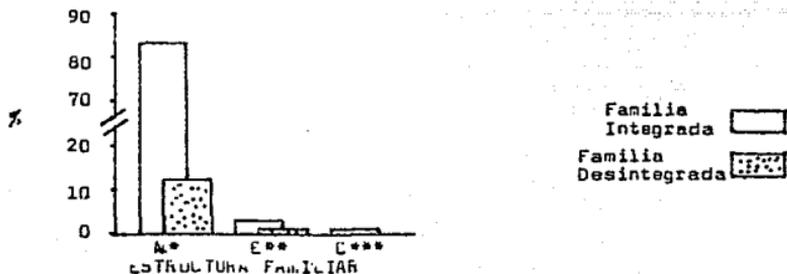


* Nuclear ** Extensa *** Compuesta.

GRAFICO No. 6

ADOLESCENTES DE ACUERDO A SU ESTRUCTURA FAMILIAR, EN ESCUELA DE
ESTRATO SOCIOECONOMICO BAJO.

U.M.F. No. 20 IMSS. ABR-JUN/85



* Nuclear ** Extensa *** Compuesta

CUADRO No. 5

ADOLESCENTES DE ACUERDO AL NÚMERO DE INTEGRANTES POR FAMILIA EN TRES ESCUELAS DE DIFERENTE ESTRATO SOCIOECONÓMICO.

U.M.F. No. 20 IMSS. ABR-JUN/85

ESE.	No. DE INTEGRANTES X FAMILIA				TOTAL
	2-3	4-5	6-7	8 +	
ALTO	10	42	24	8	84
%	12	50	29	9	100
MEDIO	21	74	98	92	285
%	7	26	35	32	100
BAJO	12	31	102	99	244
%	5	13	42	40	100
TOTAL	43	147	224	199	613
%	7	24	37	32	100

CUADRO No. 6

ADOLESCENTES DE ACUERDO A SU DEPENDENCIA ECONOMICA EN TRES ESCUELAS DE DIFERENTE ESTRATO SOCIOECONÓMICO.

U.M.F. No. 20 IMSS. ABR-JUN/85

ESC.	DEPEN- DIENTES	TRABAJADORES PROVEEDORES			TOTAL
		PARC. DEPEND.	AUTO- SUFIC.	SUB. TOT.	
ALTO	84	0	0	0	84
%	100	0	0	0	100
MEDIO	270	8	7	15	285
%	95	3	2	5	100
BAJO	220	0	24	24	244
%	90	0	10	10	100
TOTAL	574	8	31	39	613
%	94	1	5	6	100

CUADRO No. 7

ADOLESCENTES DE ACUERDO A SU PERCEPCION FAMILIAR Y PREFERENCIA DE COMPANIA EN TRES ESCUELAS DE DIFERENTE ESTRATO SOCIOECONOMICO.

U.M.F. No. 20 IMSS. ABR-JUN/85

ESE.	PERCEPCION FAMILIAR												TOTAL
	B U E N A				R E G U L A R				M A L A				
	S	F	A	Sub. Tot.	S	F	A	Sub. Tot.	S	F	A	Sub. Tot.	
ALTO	3	20	39	62	4	2	15	21	0	0	1	1	84
%	4	24	46	74	5	2	18	25	0	0	1	1	100
MEDIO	28	106	62	196	30	12	40	82	3	0	4	7	285
%	10	37	22	69	11	4	14	29	1	0	1	2	100
BAJO	26	104	40	170	12	11	48	71	0	0	3	3	244
%	11	43	16	70	5	4	20	29	0	0	1	1	100
TOTAL	57	230	141	428	46	25	103	174	3	0	8	11	613
%	9	36	23	70	7	4	17	28	.5	0	1.5	2	100

S= Solo F= Familia A= Amigos

CUADRO No. 8

ADOLESCENTES DE ACUERDO A SU SITUACION ESCOLAR EN TRES ESCUELAS DE DIFERENTE ESTRATO SOCIOECONOMICO.

U.M.F. No. 20 IMSS. ABR-JUN/85

ESE.	No. MAT. REPROBADAS				TOTAL
	0	1	2	3+	
ALTO	21	13	24	26	64
%	25	15	29	31	100
MEDIO	131	75	47	32	285
%	46	26	17	11	100
BAJO	103	67	51	23	244
%	42	26	21	9	100
TOTAL	255	155	122	81	613
%	42	25	20	13	100

ESTA TAREA NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

GRAFICO No. 7
ADOLESCENTES DE ACUERDO AL NUMERO DE INTEGRANTES POR FAMILIA EN
TRES ESCUELAS DE DIFERENTE ESTRATO SOCIOECONOMICO.
U.M.F. No. 20 IMSS. ABR-JUN/85

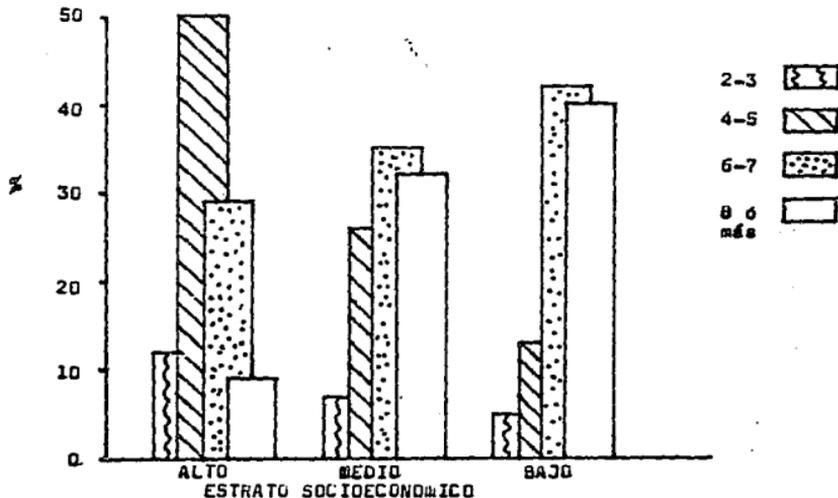


GRAFICO No. 8
ADOLESCENTES DE ACUERDO A SU PERCEPCION FAMILIAR Y PREFERENCIA
DE COMPAÑIA EN ESCUELA DE ESTRATO SOCIOECONOMICO ALTO.
U.M.F. No. 20 IMSS. ABR-JUN/85

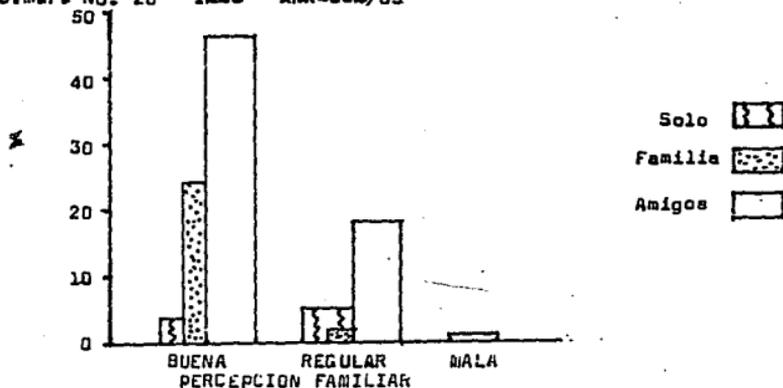


GRAFICO No. 9

ADOLESCENTES DE ACUERDO A SU PERCEPCION FAMILIAR Y PREFERENCIA DE COMPANIA EN ESCUELA DE ESTRATO SOCIOECONOMICO MEDIO.
U.M.F. No. 20 IMSS. ABR-JUN/85

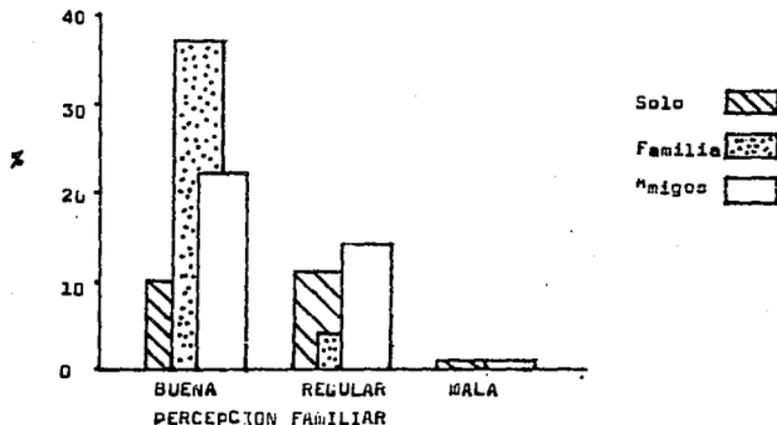
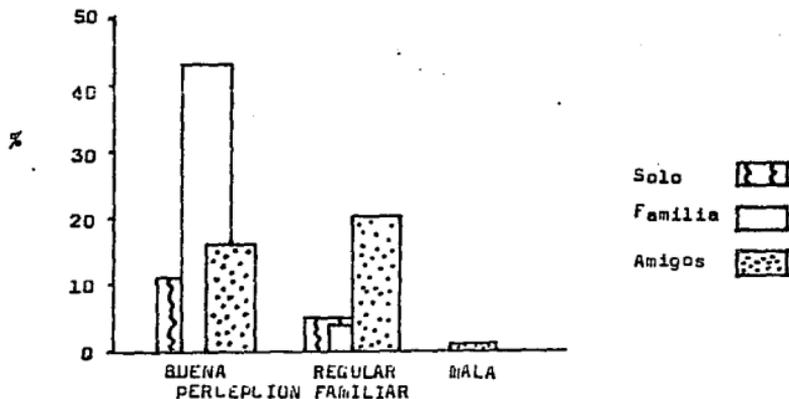


GRAFICO No. 10

ADOLESCENTES DE ACUERDO A SU PERCEPCION FAMILIAR Y PREFERENCIA DE COMPANIA EN ESCUELA DE ESTRATO SOCIOECONOMICO BAJO.
U.M.F. No. 20 IMSS. ABR-JUN/85



CUADRO No. 9

ADOLESCENTES QUE CONSUMEN TABACO DE ACUERDO A SU EDAD Y SEXO, EN ESCUELA DE ESTRATO SOCIOECONOMICO ALTO.

U.M.F. No. 20 IMSS. ABR-JUN/85

EDAD	T A B A C O U I S M O						TOTAL	% POND. X CLASE
	S I			N O				
	M	F	Sub Tot	M	F	Sub Tot		
12	4	0	4	5	0	5	9	44
13	7	1	8	14	3	17	25	32
14	10	2	12	6	3	9	21	57
15	11	0	11	2	2	4	15	73
16	9	2	11	1	1	2	13	85
17	1	0	1	0	0	0	1	100
TOTAL	42	5	47	28	9	37	84	56

CUADRO No. 10

ADOLESCENTES QUE CONSUMEN TABACO DE ACUERDO A SU EDAD Y SEXO, EN ESCUELA DE ESTRATO SOCIOECONOMICO MEDIO.

U.M.F. No. 20 IMSS. ABR-JUN/85

EDAD	T A B A C O U I S M O						TOTAL	% POND. X CLASE
	S I			N O				
	M	F	Sub Tot	M	F	Sub Tot		
12	0	3	3	2	0	2	5	67
13	11	8	19	22	30	52	71	27
14	8	9	17	20	27	47	64	27
15	22	16	38	19	29	48	66	44
16	16	7	23	11	8	19	42	55
17	6	2	8	3	6	9	17	47
TOTAL	63	45	108	74	100	177	265	38

GRAFICO No. 11
 ADOLESCENTES DE ACUERDO A MATERIAS REPROBADAS EN TRES ESCUELAS
 DE DIFERENTE ESTRATO SOCIOECONOMICO,
 U.M.F. No. 20 IMSS. ABR-JUN/85

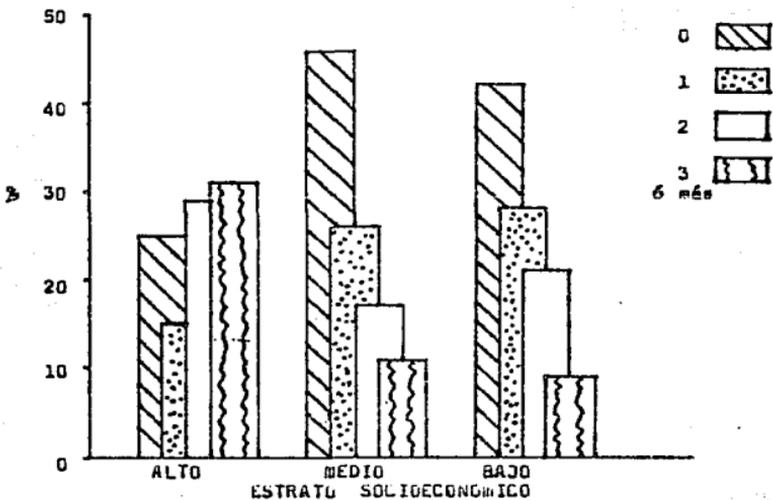


GRAFICO No. 12
 ADOLESCENTES QUE CONSUMEN TABACO DE ACUERDO A SU EDAD EN ESCUELA DE ESTRATO SOCIOECONOMICO ALTO.
 U.M.F. No. 20 IMSS. ABR-JUN/85

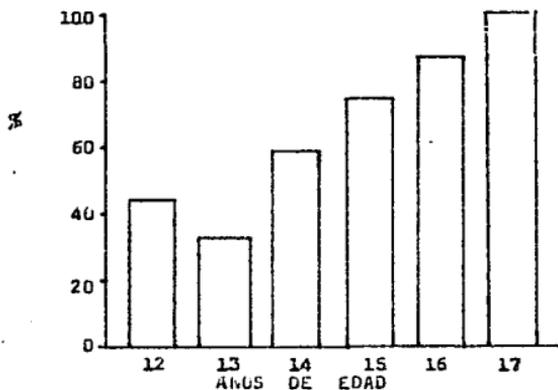


GRAFICO No. 13
 ADOLESCENTES QUE CONSUMEN TABACO DE ALBERDD A SU EDAD EN ESCUE-
 LA DE ESTRATO SOCIOECONOMICO MEDIO.
 U.M.F. No. 20 IMSS. ABR-JUN/85

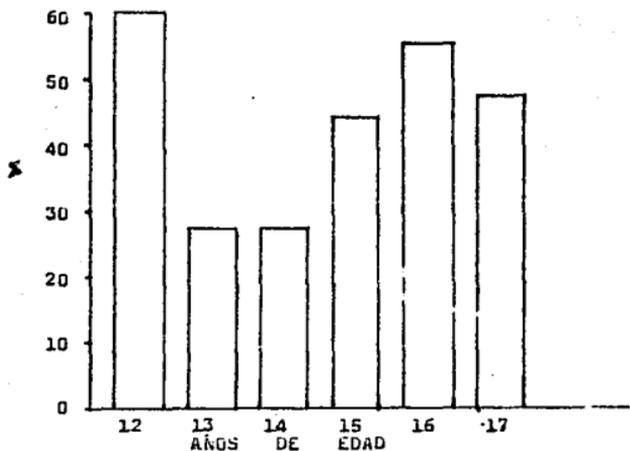
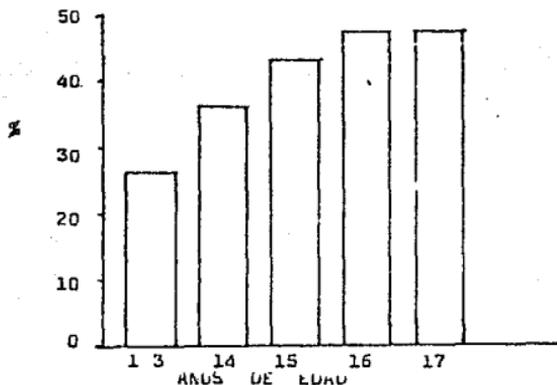


GRAFICO No. 14
 ADOLESCENTES QUE CONSUMEN TABACO DE ALBERDD A SU EDAD EN ESCUE-
 LA DE ESTRATO SOCIOECONOMICO BAJO.
 U.M.F. No. 20 IMSS. ABR-JUN/85



CUADRO No. 11

ADOLESCENTES QUE CONSUMEN TABACO DE ACUERDO A SU EDAD Y SEXO, -
EN ESCUELA DE ESTRATO SOCIOECONOMICO BAJO.

U.M.F. No. 20 IMSS. ABR-JUN/85

EDAD	Y A B A G U I S M C						TOTAL	% POND. X CLASE
	S I			N O				
	M	F	Tot	M	F	Tot		
12	0	0	0	0	0	0	0	0
13	3	3	6	8	9	17	23	26
14	27	7	34	19	41	60	94	36
15	8	15	23	4	27	31	54	43
16	18	9	27	9	22	31	58	47
17	7	0	7	2	6	8	15	47
TOTAL	63	34	97	42	105	147	244	40

CUADRO No. 12

ADOLESCENTES DE ACUERDO A LA EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE TABACO
EN TRES ESCUELAS DE DIFERENTE ESTRATO SOCIOECONOMICO.

U.M.F. No. 20 IMSS ABR-JUN/85

EDAD	NIVEL SOCIO-ECONOMICO						TOTAL	%
	A L T O		M E D I O		B A J O			
	No	%	No	%	No	%		
7	2	4	1	1	0	0	3	1
8	3	6	0	0	1	1	4	2
9	0	0	4	4	0	0	4	2
10	2	4	12	11	4	4	18	7
11	6	13	12	11	3	3	21	8
12	7	15	16	17	10	15	43	17
13	17	36	20	18	28	29	65	25
14	4	9	27	25	26	27	57	23
15	6	13	10	9	16	16	32	13
16	0	0	4	4	1	1	5	2
TOTAL	47	100	108	100	97	100	252	100

GRAFICO No. 15

ADOLESCENTES DE ACUERDO AL CONSUMO DE TABACO EN TRES ESCUELAS -
DE DIFERENTE ESTRATO SOCIOECONOMICO

U.M.F. No. 20 InSS. ABR-JUN/85

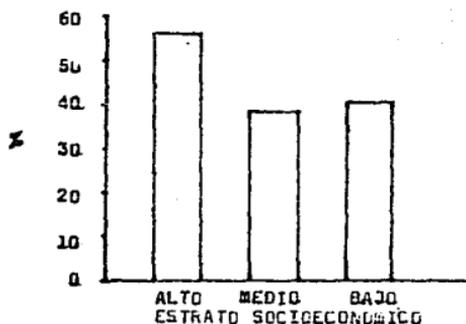
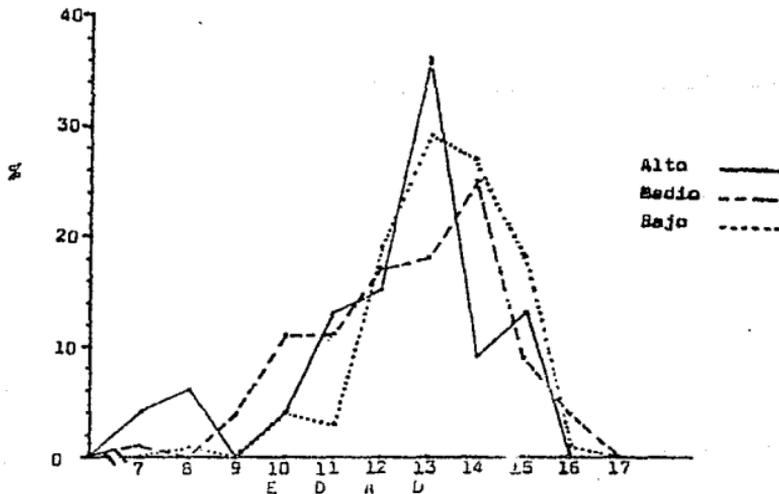


GRAFICO No. 16

ADOLESCENTES DE ACUERDO A LA EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE TABACO
EN TRES ESCUELAS DE DIFERENTE ESTRATO SOCIOECONOMICO.

U.M.F. No. 20 InSS ABR-JUN/85



CUADRO No. 13

ADOLESCENTES DE ACUERDO A LA FRECUENCIA EN EL CONSUMO DE TABACO EN TRES ESCUELAS DE DIFERENTE ESTRATO SOCIOECONÓMICO.

U.M.F. No. 20 InSS. ABR-JUN/85

ESE.	DÍA RÍO	C/3er DÍA	1 VEZ A/SEM.	C/15 DÍAS	OCAS.	TOTAL
ALTO	12	1	5	1	28	47
%	25	2	11	2	60	100
MEDIO	6	2	6	3	91	108
%	6	2	6		84	100
BAJO	6	1	6	8	76	97
%	6	1	6	9	78	100
TOTAL	24	4	17	12	195	252
%	9	2	7	5	77	100

CUADRO No. 14

ADOLESCENTES DE ACUERDO A LA CANTIDAD DE LIGARROS CONSUMIDOS POR DÍA EN TRES ESCUELAS DE DIFERENTE ESTRATO SOCIOECONÓMICO.

U.M.F. No. 20 InSS. ABR-JUN/85

ESE	1-2	3-4	5-6	7+	TOTAL
ALTO	31	5	3	8	47
%	66	11	6	17	100
MEDIO	94	11	1	2	108
%	87	10	1	2	100
BAJO	79	16	2	0	97
%	81	17	2	0	100
TOTAL	204	32	6	10	252
%	81	13	2	4	100

GRAFICO No. 17
 ADOLESCENTES DE ACUERDO A LA FRECUENCIA EN EL CONSUMO DE TABACO
 EN TRES ESCUELAS DE DIFERENTE ESTRATO SOCIOECONOMICO.
 U.M.F. No. 20 IMSS. ABR-JUN/85

87

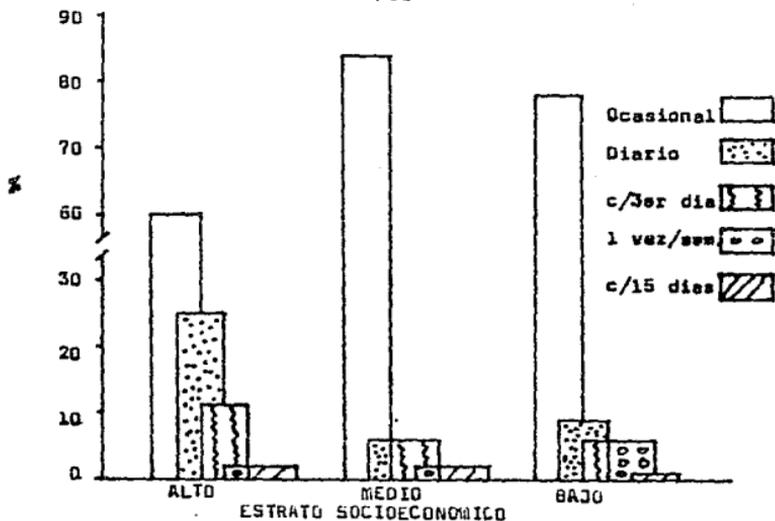
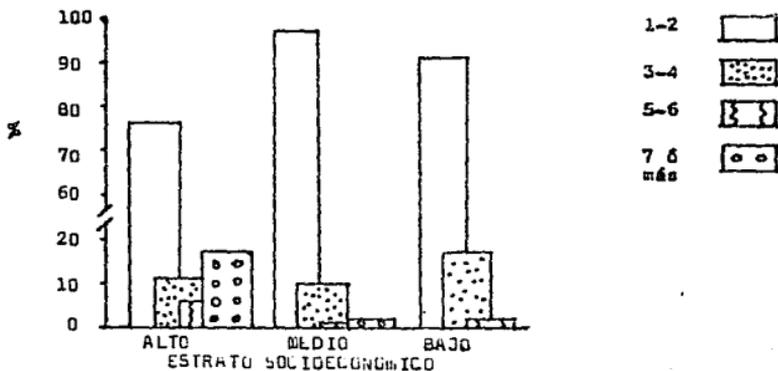


GRAFICO No. 18.
 ADOLESCENTES DE ACUERDO A LA CANTIDAD DE CIGARROS CONSUMIDOS POR
 DIA EN TRES ESCUELAS DE DIFERENTE ESTRATO SOCIOECONOMICO.
 U.M.F. No. 20 IMSS ABR-JUN/85



CUADRO No. 15

ADOLESCENTES DE ACUERDO A LA PREFERENCIA DE COMPAÑIA PARA EL CONSUMO DE TABACO EN TRES ESCUELAS DE DIFERENTE ESTRATO SOCIOECONOMICO.

U.M.F. No. 20 IMSS. ABR-JUN/85

ESE.	VARIOS AMIGOS	UN AMIGO	SOLO	FAMILIA	TOTAL
ALTO	38	2	5	2	47
%	61	4	11	4	100
MEDIO	88	10	6	4	108
%	81	9	6	4	100
BAJO	78	10	5	4	97
%	80	10	5	4	100
TOTAL	204	22	16	10	252
%	81	9	6	4	100

CUADRO No. 16

ADOLESCENTES DE ACUERDO AL SITIO DE PREFERENCIA PARA EL CONSUMO DE TABACO EN TRES ESCUELAS DE DIFERENTE ESTRATO SOCIOECONOMICO.

U.M.F. No. 20 IMSS. ABR-JUN/85

ESE.	CA SA	FIES TAS	CA- LLE	CASA AMIGO	FUERA ESC.	TOTAL
ALTO	8	14	16	2	7	47
%	17	30	34	4	15	100
MEDIO	21	23	37	8	19	108
%	20	21	34	7	18	100
BAJO	7	42	26	5	17	97
%	7	43	27	5	18	100
TOTAL	36	79	79	15	43	252
%	15	31	31	6	17	100

GRAFICO No. 19
 ADOLESCENTES DE ACUERDO A LA PREFERENCIA DE COMPANIA PARA EL CONSUMO DE TABACO EN TRES ESCUELAS DE DIFERENTE ESTRATO SOCIOECONOMICO
 U.M.F. No. 20 IMSS ABR-JUN/85

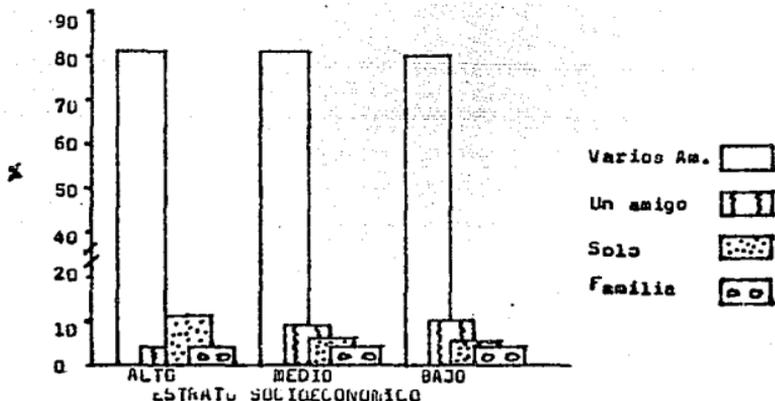
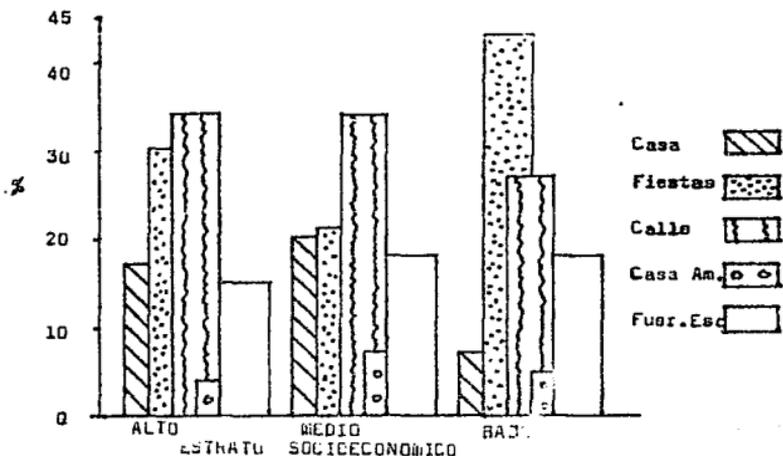


GRAFICO No. 20
 ADOLESCENTES DE ACUERDO AL SITIO DE PREFERENCIA PARA EL CONSUMO DE TABACO EN TRES ESCUELAS DE DIFERENTE ESTRATO SOCIOECONOMICO.
 U.M.F. No. 20 IMSS. ABR-JUN/85



CUADRO No. 17

ADOLESCENTES ESTUDIADOS SEGUN TABAQUISMO Y POR INFORMACION ACERCA DE EFECTOS NOCIIVOS DEL TABAQUISMO EN TRES ESCUELAS DE DIFERENTE ESTRATO SOCIOECONOMICO.

U.M.F. No. 20 I.M.S.S. ABR-JUN/85

ESE.	FUMADORES			NO FUMADORES			TOTAL
	SI	NO	Sub. Tot.	SI	NO	Sub. Tot.	
ALTO	44	3	47	30	7	37	84
%	52	4	56	36	8	44	100
MEDIO	36	12	108	139	36	177	285
%	34	4	38	49	13	62	100
BAJO	77	20	97	112	35	147	244
%	32	8	40	46	14	60	100
TOTAL	217	35	252	281	80	361	613
%	35	6	41	46	13	53	100

CUADRO No. 18

ADOLESCENTES QUE CONSUMEN BEBIDAS ALCOHOLICAS DE ACUERDO A SU EDAD Y SEXO, EN ESCUELA DE ESTRATO SOCIOECONOMICO ALTO.

U.M.F. No. 20 I.M.S.S. ABR-JUN/85

EDAD	CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS						TOTAL	POND. CLASE
	S			M				
	M	F	Sub. Tot.	M	F	Sub. Tot.		
12	1	0	1	8	0	8	9	11
13	10	1	11	11	3	14	25	44
14	9	2	11	7	3	10	21	52
15	11	1	12	2	1	3	15	60
16	9	1	10	1	2	3	13	77
17	1	0	1	0	0	0	1	100
TOTAL	41	5	46	29	9	38	84	55

CUADRO No. 19

ADOLESCENTES QUE CONSUMEN BEBIDAS ALCOHOLICAS DE ACUERDO A SU EDAD Y SEXO EN ESCUELA DE ESTRATO SOLIDECONOMICO MEDIO.

U.M.F. No. 20 IMSS. ABR-JUN/85

EDAD	CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS						TOTAL	% POND. X CLASE
	S I			N O				
	M	F	Tot	M	F	Tot		
12	0	3	3	2	0	2	5	60
13	14	12	26	19	26	45	71	37
14	11	11	22	17	25	42	64	34
15	21	14	35	20	31	51	86	41
16	19	6	25	8	9	17	42	60
17	5	2	7	4	6	10	17	41
TOTAL	70	48	118	70	97	167	285	42

CUADRO No. 20

ADOLESCENTES QUE CONSUMEN BEBIDAS ALCOHOLICAS DE ACUERDO A SU EDAD Y SEXO, EN ESCUELA DE ESTRATO SOLIDECONOMICO BAJO.

U.M.F. No. 20 IMSS. ABR-JUN/85

EDAD	CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS						TOTAL	% POND. X CLASE
	S I			N O				
	M	F	Tot	M	F	Tot		
12	0	0	0	0	0	0	0	0
13	6	4	10	5	8	13	23	43
14	16	11	29	28	37	65	94	31
15	5	18	23	7	24	31	54	43
16	13	6	19	14	25	39	56	33
17	8	1	9	1	5	6	15	60
TOTAL	50	40	90	55	99	154	244	37

GRAFICO No. 21
 ADOLESCENTES QUE CONSUMEN BEBIDAS ALCOHOLICAS DE ACUERDO A SU
 EDAD EN ESCUELA DE ESTRATO SOCIOECONOMICO ALTO.
 U.M.F. No. 20 IMSS. ABR-JUN/85

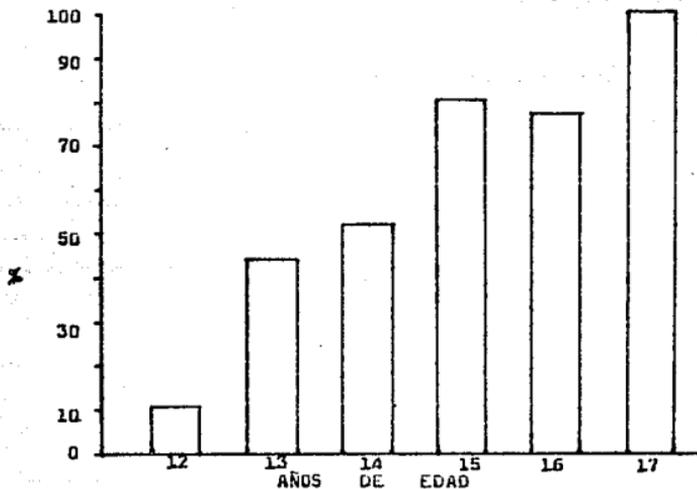


GRAFICO No. 22
 ADOLESCENTES QUE CONSUMEN BEBIDAS ALCOHOLICAS DE ACUERDO A SU
 EDAD EN ESCUELA DE ESTRATO SOCIOECONOMICO MEDIO.
 U.M.F. No. 20 IMSS. ABR/JUN/85

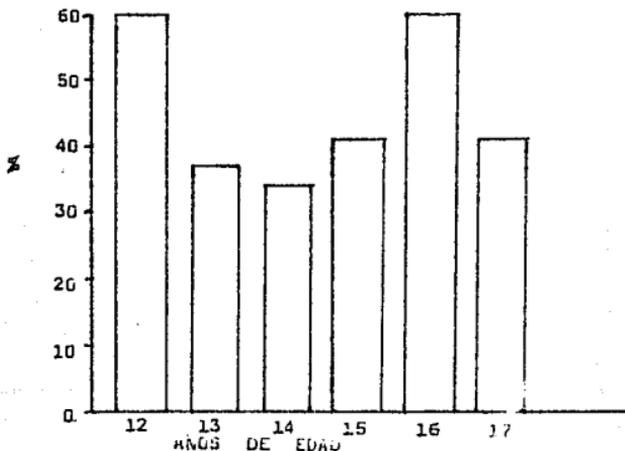


GRAFICO No. 23

ADOLESCENTES QUE CONSUMEN BEBIDAS ALCOHOLICAS DE ACUERDO A SU EDAD EN ESCUELA DE ESTRATO SOCIOECONOMICO BAJO.
U.M.F. No.20 IMSS. ABR-JUN/85.

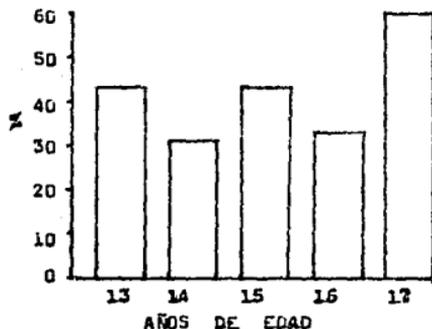
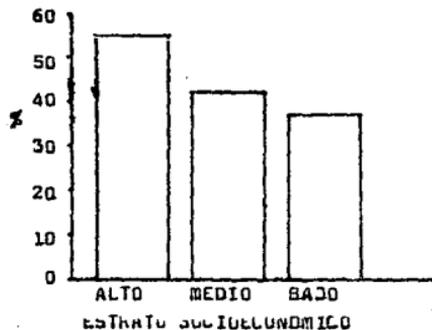


GRAFICO No. 24

ADOLESCENTES DE ACUERDO AL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS EN TRES ESCUELAS DE DIFERENTE ESTRATO SOCIOECONOMICO.
U.M.F. No. 20 IMSS. ABR-JUN/85.



CUADRO No. 21

ADOLESCENTES DE ACUERDO A LA EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS EN TRES ESCUELAS DE DIFERENTE ESTRATO SOCIOECONOMICO.

U.M.F. No. 20 IMSS. ABR-JUN/85

EDAD	NIVEL SOCIO-ECONOMICO						TOTAL	%
	ALTO		MEDIO		BAJO			
	No	%	No	%	No	%		
7	0	0	4	3	2	2	6	2
8	4	9	1	1	2	2	7	3
9	1	2	1	1	2	2	4	1
10	14	30	10	9	6	7	30	12
11	7	15	5	4	5	6	17	7
12	8	17	23	20	21	23	52	21
13	6	13	26	22	20	22	52	21
14	3	7	24	21	13	15	40	16
15	3	7	18	16	16	18	37	14
16	0	0	4	3	3	3	7	3
TOTAL	46	100	116	100	90	100	252	100

CUADRO No. 22

ADOLESCENTES DE ACUERDO A LA FRECUENCIA EN EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS EN TRES ESCUELAS DE DIFERENTE ESTRATO SOCIOECONOMICO

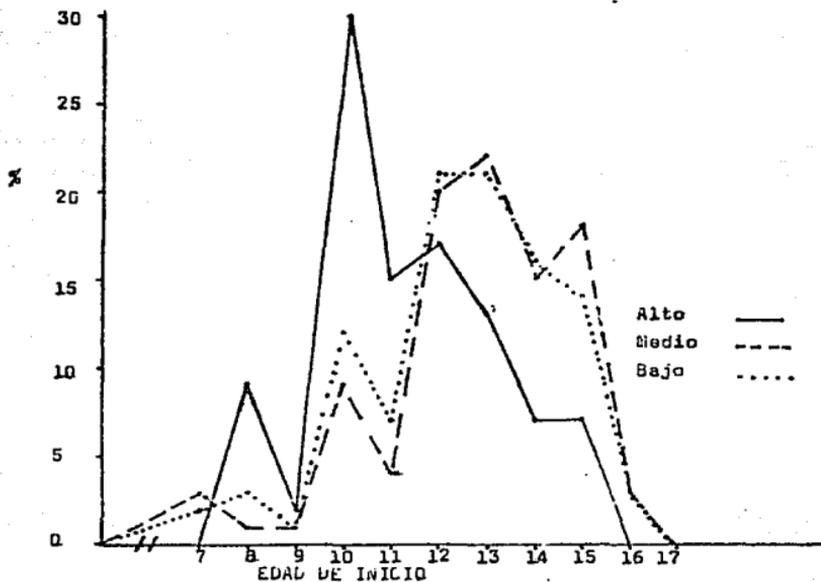
U.M.F. No. 20 IMSS ABR-JUN, 85

ESE.	DIA RTO	C/3er DIA	1 Vez A/SEM	C/15 DIAS	OCAS.	TOTAL
ALTO	1	2	6	4	33	46
	2	4	13	9	72	100
MEDIO	0	0	7	4	105	116
	0	0	6	3	91	100
BAJO	0	0	11	6	73	90
	0	0	12	7	61	100
TOTAL	1	2	24	14	211	252
	.5	1	6.5	6	64	100

GRAFICO No. 25

ADOLESCENTES DE ACUERDO A LA EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS EN TRES ESCUELAS DE DIFERENTE ESTRATO SOCIOECONOMICO.

U.M.F. No. 20 IMSS. ABR-JUN/85



CUADRO No. 23

ADOLESCENTES DE ACUERDO AL TIPO DE BEBIDA DE PREFERENCIA EN TRES ESCUELAS DE DIFERENTE ESTRATO SOCIOECONÓMICO.

U.N.F. No. 20 INSS. ABR-JUN/85

ESE.	CER- VEZA	BRAN DY	TEQUI LA	RON	OTROS	TOTAL
ALTO	13	23	1	3	6	46
%	28	50	2	7	13	100
MEDIO	46	42	3	7	16	116
%	41	36	3	6	14	100
BAJO	26	53	4	5	2	90
%	29	59	4	6	2	100
TOTAL	87	118	8	15	24	252
%	35	47	3	6	9	100

CUADRO No. 24

ADOLESCENTES DE ACUERDO A LA PREFERENCIA DE COMPANIA PARA EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS EN TRES ESCUELAS DE DIFERENTE ESTRATO SOCIOECONÓMICO.

U.N.F. No. 20 INSS. ABR-JUN/85

ESE	SOLO	UN AMIGO	VARIOS AMIGOS	FAMILIA	TOTAL
ALTO	2	7	33	4	46
%	4	15	72	9	100
MEDIO	7	25	66	18	116
%	6	22	57	15	100
BAJO	17	12	58	3	90
%	19	13	65	3	100
TOTAL	26	44	157	25	252
%	10	18	62	10	100

GRAFICO No. 26

ADOLESCENTES DE ACUERDO A LA FRECUENCIA EN EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS EN TRES ESCUELAS DE DIFERENTE ESTRATO SOCIOECONOMICO. U.M.F. No. 20 IMSS. ABR-JUN/85

97

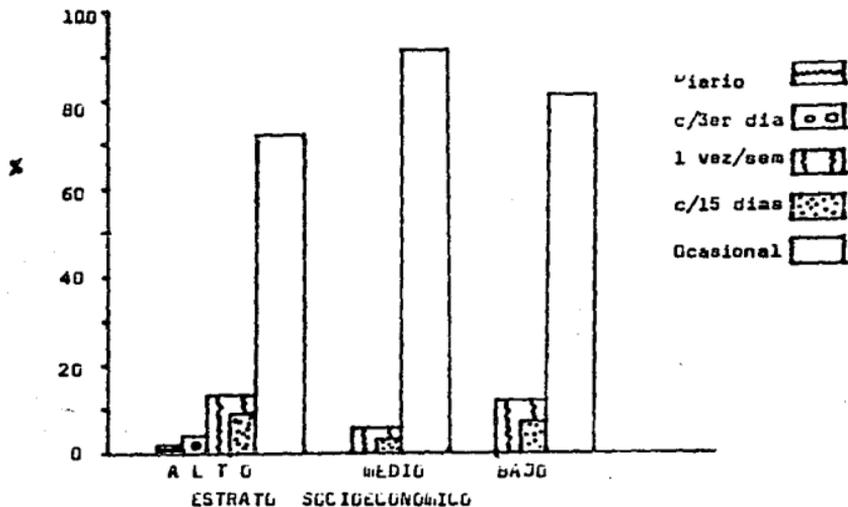
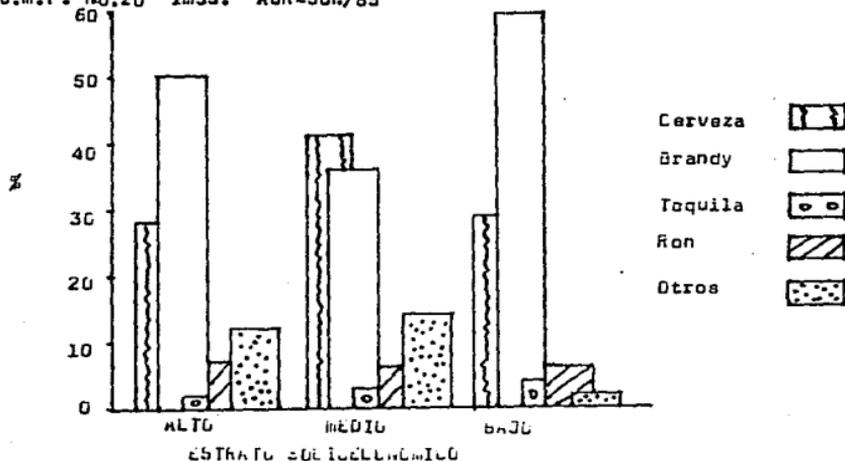


GRAFICO No.27

ADOLESCENTES DE ACUERDO AL TIPO DE BEBIDA DE PREFERENCIA EN TRES ESCUELAS DE DIFERENTE ESTRATO SOCIOECONOMICO. U.M.F. No.20 IMSS. ABR-JUN/85



CUADRO No. 25

ADOLESCENTES DE ACUERDO AL SITIO DE PREFERENCIA PARA EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS EN TRES ESCUELAS DE DIFERENTE ESTRATO SOCIAL ECONOMICO.

U.D.F. No. 20 IMSS. ABR-JUN/85

ESE.	FIES TAS	CASA	CALLE	CASA AMIGO	FUERA ESC.	TOTAL
ALTO	20	11	5	1	1	46
%	61	24	11	2	2	100
MEDIO	72	23	11	6	4	116
%	62	20	10	5	3	100
BAJO	68	14	3	3	2	90
%	76	16	3	3	2	100
TOTAL	168	48	19	10	7	252
%	67	19	7	4	3	100

CUADRO No. 26

ADOLESCENTES ENCUESTADOS SEGUN ALCOHOLISMO Y POR INFORMACION SOBRE EFECTOS NOCIVOS DEL ALCOHOL EN TRES ESCUELAS DE DIFERENTE ESTRATO SOCIAL ECONOMICO.

U.D.F. No. 20 IMSS. ABR-JUN/85

ESE.	TOMADORES			NO TOMADORES			TOTAL
	SI	NO	Tot	SI	NO	Tot	
ALTO	45	2	47	34	3	37	84
%	52	4	56	36	8	44	100
MEDIO	96	12	108	139	38	177	285
%	34	4	38	49	13	62	100
BAJO	77	20	97	112	35	147	244
%	32	6	40	46	14	60	100
TOTAL	217	35	252	261	80	361	613
%	35	6	41	46	13	59	100

GRAFICO No. 28
 ADOLESCENTES DE ACUERDO A LA PREFERENCIA DE COMPAÑIA PARA EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS EN TRES ESCUELAS DE DIFERENTE ESTRATO SOCIOECONOMICO. U.M.F. No. 20 IMSS. ABR-JUN/85

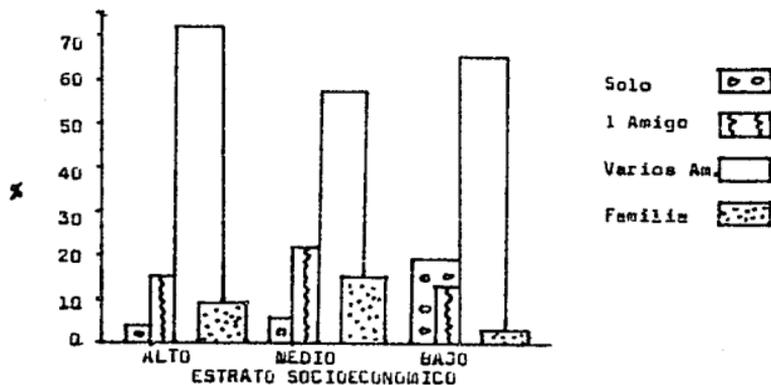
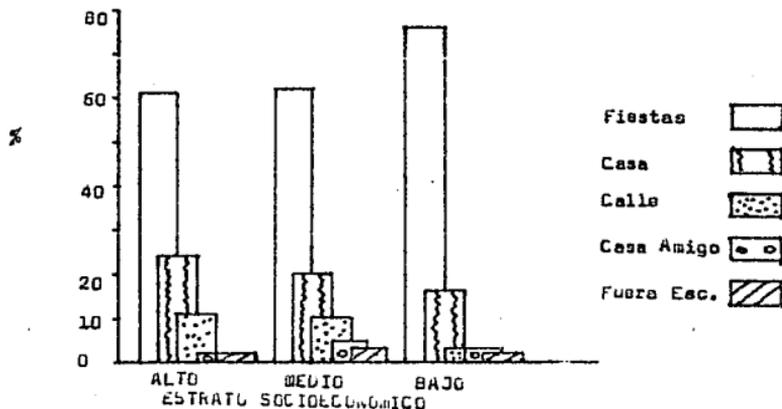


GRAFICO No. 29
 ADOLESCENTES DE ACUERDO AL SITIO DE PREFERENCIA PARA EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS EN TRES ESCUELAS DE DIFERENTE ESTRATO SOCIOECONOMICO. U.M.F. No. 20 IMSS. ABR-JUN/85



CUADRO No. 27

ADOLESCENTES QUE INHALAN THINER DE ACUERDO AL ESTRATO SOCIOECONÓMICO.

U.N.F. No. 20 IMSS. ABR-JUN/85

ESE.	SI	NO	TOTAL
ALTO	1	83	84
%	1	99	100
MEDIO	2	283	285
%	1	99	100
BAJO	3	241	244
%	1	99	100
TOTAL	6	607	613
%	1	99	100

CUADRO No. 28

ADOLESCENTES - ACUERDO A EDAD DE INICIO, FRECUENCIA, PREFERENCIA DE COMPAÑIA Y SITIO DE PREFERENCIA EN LA INHALACION DE THINER EN TRES ESCUELAS DE DIFERENTE ESTRATO SOCIOECONÓMICO.

U.N.F. No. 20 IMSS. ABR-JUN/85

ESE	EDAD INICIO				FREC.			COMPANIA			SITIO DE PREF.		
	11	12	13	14	OCAS.	SO LO	VAR. AMIG.	CA SA	CA- LLE	FUERA ESC.			
ALTO	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0			
MEDIO	1	1	0	0	2	1	1	1	1	0			
BAJO	0	0	2	1	3	0	3	2	0	1			
TOTAL	1	1	3	1	6	2	4	4	1	1			

CUADRO No. 29

ADOLESCENTES ESTUDIADOS DE ACUERDO A LA INFORMACION ACERCA DE -
EFECTOS NOCIVOS DE LA INHALACION DE THINER EN TRES ESCUELAS DE
DIFERENTE ESTRATO SOCIOECONOMICO.
U.M.F. No.20 IMSS. ABR-JUN/85.

ESE	INFORMACION		TOTAL
	SI	NO	
ALTO	73	11	84
%	87	13	100
MEDIO	233	52	285
%	82	18	100
BAJO	181	63	244
%	74	26	100
TOTAL	487	126	613
%	79	21	100

CUADRO No. 30

ADOLESCENTES QUE INHALAN CEMENTO DE ACUERDO AL ESTRATO SOCIOECONOMICO.
U.M.F. No.20 IMSS. ABR-JUN/85.

ESE.	INHALADORES		TOTAL
	SI	NO	
ALTO	0	84	84
%	0	100	100
MEDIO	1	284	285
%	.5	99.5	100
BAJO	2	242	244
%	1	99	100
TOTAL	3	610	613
%	.5	99.5	100

CUADRO No. 31

ADOLESCENTES DE ACUERDO A EDAD DE INICIO, FRECUENCIA, PREFERENCIA DE COMPAÑIA Y SITIO DE PREFERENCIA EN LA INHALACION DE CEMENTO EN TRES ESCUELAS DE DIFERENTE ESTRATO SOCIOECONOMICO.
U.F.F. No.20 IMSS. ABR-JUN/85.

ESE.	EDAD INICIO		FREC. OCAS.	COMPAÑIA		SIT.PREF. CALLE
	12	13		SO LO	VAR. AMIGOS	
ALTO	0	0	0	0	0	0
MEDIC	1	0	1	0	1	1
BAJO	0	2	2	1	1	2
TOTAL	1	2	3	1	2	3

CUADRO No. 32

ADOLESCENTES ESTUDIADOS DE ACUERDO A LA INFORMACION ACERCA DE LOS EFECTOS RESPIRATORIOS DE LA INHALACION DE CEMENTO EN TRES ESCUELAS DE DIFERENTE ESTRATO SOCIOECONOMICO.
U.F.F. No.20 IMSS. ABR-JUN/85.

ESE.	INFORMACION		TOTAL
	SI	NO	
ALTO	74	10	84
%	86	12	100
MEDIC	236	47	285
%	83	17	100
BAJO	174	70	244
%	71	29	100
TOTAL	486	127	613
%	79	21	100

CUADRO No. 33

ADOLESCENTES QUE CONSUMEN MARIGUANA DE ACUERDO AL ESTRATO SOCIOECONÓMICO.
U.M.F. No.20 IMSS. ABR-JUN/85.

ESE.	CONSUMIDORES		TOTAL
	SI	NO	
ALTO	3	81	84
%	4	96	100
MEDIO	3	282	285
%	1	99	100
BAJO	2	242	244
%	1	99	100
TOTAL	8	605	613
%	1	99	100

CUADRO No. 34

ADOLESCENTES DE ACUERDO A EDAD DE INICIO, FRECUENCIA, PREFERENCIA DE COMPAÑIA Y SITIO DE PREFERENCIA EN EL CONSUMO DE MARIGUANA EN TRES ESCUELAS DE DIFERENTE ESTRATO SOCIOECONÓMICO.
U.M.F. No.20 IMSS. ABR-JUN/85.

ESE.	EDAD INICIO					FREC.		COMPAÑIA		SIT. PREF.		
	10	12	13	14	16	c/3d.	OC.	UN AMIG.	VAR. AMIG	CA SA	FIES TAS	CA-LLE
ALTO	2	0	0	1	0	1	2	1	2	1	1	1
MEDIO	0	1	0	0	2	0	3	1	2	2	0	1
BAJO	0	0	2	0	0	0	2	0	2	0	0	2
TOTAL	2	1	2	1	2	1	7	2	6	3	1	4

CUADRO No. 35

ADOLESCENTES ESTUDIADOS DE ACUERDO A LA INFORMACION ACERCA DE LOS EFECTOS NOCIVOS DEL CONSUMO DE MARIGUANA EN TRES ESCUELAS DE UNO DE LOS DISTritos SOCIOECONOMICOS.
U.M.F. No. 20 Iuss. ABR-JUN/85.

ESE.	INFORMACION		TOTAL
	SI	NO	
ALTO	76	8	84
%	90	10	100
MEDIO	242	43	285
%	85	15	100
BAJO	180	64	244
%	74	26	100
TOTAL	498	115	613
%	81	19	100

ANÁLISIS COMPARATIVO

$H_1 = P \geq 6$ o sea $P \leq 0.05$

$H_0 = P \leq 6$ o sea $P \geq 0.05$

TABAQUISMO.

I.-	ESE.	SI	NO	TOT.	%
	ALTO	47	37	84	56
	MEDIO	108	177	285	38
	BAJO	97	147	244	40
	TOTAL	252	361	613	41

El porcentaje general de tabaquismo para los tres grupos - en conjunto fue de 41% ($\frac{252 \times 100}{613} = 41\%$)

II.- Por lo tanto de acuerdo al porcentaje de tabaquismo - de 41% para cada uno de los grupos se podría calcular el número de adolescentes fumadores por grupo.

ESE.	SI	NO	TOT.
ALTO	47 (35)	37 (49)	84
MEDIO	108 (117)	177 (168)	285
BAJO	97 (100)	147 (144)	244
TOTAL	252 (252)	361 (361)	613

III.- Cálculo de χ^2

a) Se resta a cada valor observado el correspondiente valor teórico.

ESE.	SI	NO
ALTO	47 - 35 = 12	37 - 49 = -12
MEDIO	108 - 117 = -9	177 - 168 = 9
BAJO	97 - 100 = -3	147 - 144 = 3
	<u>0</u>	<u>0</u>

- b) Cada una de las diferencias anteriores se eleva al 2 y se divide por la correspondiente frecuencia teórica, sumando posteriormente los resultados.

$$\frac{(47-35)^2}{35} + \frac{(37-49)^2}{49} + \frac{(108-117)^2}{117} + \frac{(177-168)^2}{168} + \frac{(97-100)^2}{100} + \frac{(147-144)^2}{144} =$$

$$\frac{(12)^2}{35} + \frac{(-12)^2}{49} + \frac{(-9)^2}{117} + \frac{(9)^2}{168} + \frac{(-3)^2}{100} + \frac{(3)^2}{144} =$$

$$4.11 + 2.93 + 0.69 + 0.48 + 0.09 + 0.06 = 8.36$$

$$\chi^2 = 8.36$$

Para calcular los grados de libertad se aplica la siguiente fórmula: $(c-1)(r-1)$

Tomando en cuenta que se tienen dos columnas y tres renglones quedaría

$$(2-1)(3-1) = 1 \times 2 = 2$$

Con lo que se corrobora H_0 planteada:

$$H_1 = p \geq 6 \text{ o sea } p \leq 0.05$$

$$H_1 = 8.33$$

Esta prueba nos indica que los resultados no son dados por el azar, sino que efectivamente en el estrato socioeconómico Alto la prevalencia de tabaquismo es mayor, que en el estrato socioeconómico medio y bajo.

ALCOHOLISMO.

I.- ESE.	SI	NO	TOT.	%
ALTO	46	38	84	55
MEDIO	118	167	285	42
BAJO	90	154	244	37
TOTAL	254	359	613	41

El porcentaje general de alcoholismo para los tres grupos en conjunto fue de 41% ($\frac{252 \times 100}{613} = 41\%$)

II.- Por lo tanto de acuerdo al porcentaje de alcoholismo de 41% para cada uno de los grupos se podría calcular el número de adolescentes "tomadores" por grupo.

ESE.	SI	NO	TOT.
ALTO	46 (35)	38 (49)	84
MEDIO	118 (118)	167 (167)	285
BAJO	90 (101)	154 (143)	244
TOTAL	254 (254)	359 (359)	613

III.- Calculo de X2

a) Se resta a cada valor observado el correspondiente valor teórico.

ESE.	SI	NO
ALTO	46-35 = 11	38-49 = -11
MEDIO	118-118 = 0	167-167 = 0
BAJO	90-101 = -11	154-143 = 11
	0	0

b) Cada una de las diferencias anteriores se eleva al 2 y se divide por la correspondiente frecuencia teórica, - sumando posteriormente los resultados.

$$\frac{(46-35)^2}{35} + \frac{(38-49)^2}{49} + \frac{(118-118)^2}{118} + \frac{(167-167)^2}{167} + \frac{(90-101)^2}{101} + \frac{(154-143)^2}{143} =$$

$$\frac{(11)^2}{35} + \frac{(-11)^2}{49} + \frac{(0)^2}{118} + \frac{(0)^2}{167} + \frac{(-11)^2}{101} + \frac{(11)^2}{143} =$$

$$3.45 + 2.46 + 0 + 0 + 1.19 + 0.84 = 7.94$$

$$\chi^2 = 7.94$$

Para calcular los grados de libertad se aplica la siguiente fórmula: $(c-1)(r-1)$

Tomando cuenta que se tienen dos columnas y tres renglones quedaría:

$$(2-1)(3-1) = 1 \times 2 = 2$$

Con lo que se corrobora la H_0 planteada:

$$H_1 = P > 5 \text{ ó sea } P < 0.05$$

$$H_1 = 7.94$$

Esta prueba nos indica que los resultados no son dados por el azar, sino que efectivamente en el estrato socioeconómico - Alto la prevalencia de alcoholismo es mayor que en el estrato socioeconómico medio y bajo.

ANÁLISIS e INTERPRETACION DE RESULTADOS

En el presente estudio se pudo apreciar, en cuanto a la estructura familiar, en los tres estratos socioeconómicos el mayor porcentaje de adolescentes con familias de tipo nuclear, (Ese. Alto 78 (93%), Medio 254 (89%) y Bajo 231 (95%) y de éstas predominaron las familias Integradas. (Ese. Alto 83%, Medio 70% y Bajo 83%). Aunque sabemos que en la adolescencia, la farmacodependencia está ligada primordialmente a situaciones familiares, de acuerdo a estudios antes realizados, siendo frecuente en adolescentes cuyas familias están desintegradas (13), en el presente estudio no se apreció correspondencia entre la estructura familiar específicamente la desintegración y la prevalencia de alcoholismo y tabaquismo en los adolescentes, por lo que podríamos suponer que, en cuanto a estas drogas esta desintegración no sería un factor primordial. (vid. supra. Cuadro No. 4, 9, 10, 11, 18, 19 y 20 Gráficos No. 4, 5, 6, 12, 13, 14 y 15)

En el Ese. Alto 74% (72) de los adolescentes refirieron tener buenas relaciones familiares, pero su preferencia de compañía en 63% (59) fué hacia sus amigos; en los Estratos socioeconómicos Medio y Bajo se pudo apreciar buenas relaciones familiares y preferencia de compañía hacia su familia, notando de esta forma, que a pesar de que los adolescentes del Ese. Alto reportaron buenas relaciones familiares, su comportamiento en cuanto a preferencia de compañía corresponde más bien a unas relaciones fami.

liares regulares, pero que ellos niegan. Siendo tan importante la interacción entre los grupos familiares, al presentar mal funcionamiento de éstos es explicable el hecho que se prefiera la compañía de los amigos, para de esta manera sustituir el sentido de pertenencia, hecho que es más claro en los adolescentes que refirieron regulares relaciones familiares. (11) (vid.supra. Cuadro No.7 gráfico No. 8, 9 y 10)

En cuanto a la situación escolar, se pudo apreciar que en el Ese. Alto 31% (26) de los adolescentes tenían 3 ó más materias reprobadas, en el Ese. Medio 11% (32) y en el Ese. Bajo 9% (23). Siendo el Ese. Alto el que presentó mayor prevalencia de alcoholismo y tabaquismo, se explica, ya que se ha reportado que los jóvenes que tienen adicción a alguna droga por lo general - llevan sus estudios en forma regular o mala. (11,13) (vid.supra. Cuadros No. 6, 9, y 10 gráficos No.7,18,19 y 20)

En el Ese. Alto 100% (84) de los adolescentes son económicamente dependientes. En el Ese. Medio 95% (270) y en el Ese. Bajo 90% (220). Esto explicaría en cierta forma la mayor prevalencia de farmacodependencia en el Ese. Alto, ya que se veja ver la solvencia económica que tenían estos adolescentes, lo que en cierta forma les permite adquirir con mayor facilidad cualquier tipo de droga, especialmente tabaco y alcohol. (vid.supra. Cuadro No.6)

El tabaquismo se presentó en el Ese. Alto en 56% (47) de los adolescentes, el inicio en esta farmacodependencia fué a los 13 años en el 36% (17), siendo más aparente en los adolescentes de 16 años (85% de ellos). En el Ese. Medio se apreció -

que 38% (108) de los adolescentes eran fumadores, con inicio en el tabaquismo a los 14 años en el 25% (27), apreciándose principalmente en los adolescentes de 12 años (60% de ellos). En el Eze. Bajo 40% (97) de los adolescentes refirieron consumir tabaco, iniciando a los 13 años el 29% (28), apreciándose preponderantemente en 47% (27) de los adolescentes de 16 años y 47% (7) de los adolescentes de 17 años. En épocas recientes se ha promovido intensamente a través de la publicidad el consumo de tabaco, siendo las generaciones jóvenes más susceptibles a caer en esta farmacodependencia. La edad de inicio está entre los 13 y 14 años, apreciando un leve descenso en el consumo en cuanto a las edades y posteriormente a mayor edad aumentó el tabaquismo; estos datos concuerdan con investigaciones anteriores que indican el inicio del tabaquismo a los 13 años y mayor prevalencia a los 15 años de edad. (1,9,11) (vid. supra. Cuadros No.9,10,11 y 12 gráficos No. 12,13,14,15 y 16)

La frecuencia en el consumo de tabaco en el Eze. Alto fue ocasional en el 60% (26) de los adolescentes, diariamente 25% - (12). En el Eze. Medio ocasional 84% (91), diario y cada 15 días 5% ambos. En el Eze. Bajo 78% (76) ocasional y 9% (8) cada quince días. Con respecto a este punto, se aprecia que el consumo diario de tabaco, es mayor en el Eze. Alto, podríamos decir que el hecho de ser una farmacodependencia que ha recibido publicidad en todo tipo de medios y a todos los niveles, resulta bastante cara, por lo que es más accesible en adolescentes de este estrato. (1,9) (vid. supra. Cuadro No.13 gráfico No.17)

La preferencia de compañía para el consumo de tabaco fué - en el Esv. Alto 81% (38) de los adolescentes hacia varios ami- gos y 11% (5) solos, en el Esv. Medio 81% (88) varios amigos y 6% (6) solos y en el Esv. Bajo 80% (78) varios amigos y 5% (5)- solos y en cuanto al sitio de preferencia, en los tres estratos socioeconómicos se mostraron altos porcentajes en cuanto a fumar en la calle y en fiestas. Estos resultados podrían confirmar el hecho de que los adolescentes al fumar tratan de crearse una -- imagen social y ganar aceptación del grupo que los rodea. Por - otra parte se apreció un porcentaje considerable de adolescentes que fuman solos, lo que implica cierta dependencia hacia el ta- baco, puesto que ellos ya no buscan solamente estar acorde con sus amigos. (1,14) (vid.supra. Cuadros No.15 y 16 gráficos No.- 19 y 20)

En cuanto al consumo de bebidas alcohólicas se apreció ma- yor prevalencia en los adolescentes del Esv. Alto (55%), en com- paración con el Esv. Medio (42%) y el Esv. Bajo (37%), y en - - cuanto al inicio en esta farmacodependencia en el Esv. Alto a - los 10 años 30% (14), Esv. Medio a los 13 años 22% (26) y en el Esv. Bajo fue a los 12 años 23% (21). En los tres estratos so- cioeconómicos fue más aparente el consumo de bebidas alcohóli- cas entre los 14 y 17 años. Se ha dicho que la mayor parte de - los adolescentes han tomado por lo menos un "trago" antes de -- los 13 años, aumentando el consumo de las bebidas alcohólicas - entre los 14 y 19 años. (11) (vid.supra.Cuadros No.18,19 y 20 - Gráficos No. 21, 22, 23, 24 y 25)

La frecuencia en el consumo de bebidas alcohólicas en los adolescentes del Ese. Alto fué ocasional en el 72% (33), una vez a la semana 13% (6), cada tercer día 4% (2) y diario 2% (1), preferentemente en compañía de sus amigos 72% (33), en fiestas 61% (28) o en su casa 24% (11). En el Ese. Medio el consumo fué ocasional en el 91% (105), en compañía de varios amigos 57% (66) y de su familia 15% (16), preferentemente en fiestas 62% (72) o en su casa 20% (23). En el Ese. Bajo ocasional 81% (73) y una vez a la semana 12% (11), preferentemente en compañía de sus amigos 65% (58) y 19% (17) mostró preferencia por consumir bebidas alcohólicas solo y como sitio de preferencia tuvieron 76% (66) en fiestas y 16% (14) en su casa. El hecho de que este consumo sea preferentemente ocasional o una vez a la semana, en compañía de varios amigos y generalmente en fiestas, corrobora el que tratan de integrarse al grupo en el que se desenvuelven, inducidos, tal vez, por otros adolescentes. Por otra parte se aprecia que también hay un alto porcentaje de adolescentes que consumen bebidas alcohólicas en compañía de su familia, en su casa, situación que se justifica con el hecho de que el alcohol forma parte de todo tipo de reuniones sociales y familiares, siendo en estas reuniones en donde el adolescente inicia y continúa tomando, ya que al estar recibiendo ejemplo de su familia, esta aunque no aprueba la actitud del adolescente, la disimula. En los adolescentes del Ese. Bajo se puede apreciar preferencia por consumir en la soledad bebidas alcohólicas, lo cual estaría hablando de un problema más serio, puesto que se ha mencionado como uno de los pará

metros en los que se comenzaría a calificar a un adolescente - como alcohólico. (5,11,13) (vid. supra. Cuadros No. 22, 24 y 25 Gráficos No. 26, 28 y 29)

Las bebidas de preferencia en los adolescentes del Eae. - Alto mostraron ser 50% (23) para brandy y 28% (13) cerveza. En el Eae. Medio 41% (48) cerveza y 36% (42) brandy y en el Eae. - Bajo 59% (53) brandy y 29% (26) cerveza. Es factible que la -- preferencia por estas bebidas se deba a la gran publicidad que se ha hecho de ellas y por medio de esto, los adolescentes se sienten identificados con los personajes que hacen la publicidad. (11) (vid. supra. Cuadro No.23 gráfico No. 27)

En cuanto a la inhalación de thinner, se apreció en cada uno de los estratos socioeconómicos 1% y la inhalación de cemento unicamente en el Eae. Medio .5% y en el Eae. Bajo 1%. Como se ha dicho, las farmacodependencias que están socialmente aceptadas son el alcoholismo y el tabaquismo, por lo que los - adolescentes, por lo general, no niegan el consumo de éstas, - siendo diferente su comportamiento al tratar de indagar el consumo de otras drogas, ya que aunque se sabe de los altos índices de adolescentes inhaladores de thinner y cemento, por lo general, éstos lo niegan. (6,10,13) (vid. supra. Cuadros No.27y30)

En cuanto a la información acerca de los efectos nocivos del consumo de tabaco, se apreció en el Eae. Alto que el 94% - de los adolescentes fumadores así como el 81% de los no fumadores contaban con ella. En el Eae. Medio, tenían información --

89% de los adolescentes fumadores y 62% de los adolescentes no fumadores y en el Ese. Bajo el 79% de los adolescentes fumadores la tenían y 60% de los no fumadores. Se puede apreciar que un -- gran porcentaje de adolescentes conocen esos efectos nocivos e -- incluso llama la atención que entre los adolescentes fumadores -- exista mayor información, esto en gran parte podría deberse a la gran publicidad existente en cuanto al tabaco y que, quienes fuman por el hecho de consumir cigarrillos, están conscientes del daño que les produce, sin embargo, por sentirse integrados al -- grupo en que se desenvuelven, lo continúan haciendo. (vid.supra. Cuadros No.13,15 y 17) Estos mismos datos se observan en cuanto a la información acerca de los efectos nocivos del consumo de be bidas alcohólicas, por lo que podríamos darle la misma interpretación. (vid.supra. Cuadro No.22, 24 y 26)

En cuanto a la información acerca de los efectos nocivos de la inhalación de thiner, se apreció en el Ese. Alto que 87% (73) de los adolescentes si la tenían, en el Ese. Medio 82% (233) y -- en el Ese. Bajo 74% (181). Con respecto a la información de efeg tos nocivos de la inhalación de cemento, se apreció, que si la -- tenían 88% (74) de los adolescentes del Ese. Alto, 83% (238) del Ese. Medio y 71% (174) del Ese. Bajo. La información que se te-- nía acerca de los efectos nocivos del consumo de marihuana, se -- pudo apreciar que si contaban con ella 90% (76) de los adolescen -- tes del Ese. Alto, 85% (242) del Ese. medio y 74% (180) del Ese. Bajo. (vid.supra. Cuadros No. 29, 32 y 35)

Es evidente de acuerdo a los datos anotados anteriormente,--

que cuentan con mayor información acerca de los efectos nocivos de las drogas estudiadas, los adolescentes pertenecientes al estrato socioeconómico alto, probablemente por qué en el medio en que se desenvuelven hay una instrucción académica de mayor nivel tanto familiar como escolar, en contrasentido, estos mismos adolescentes son quienes presentan mayor prevalencia de farmaco dependencia, pudiéndose explicar tal vez a una falta de interac ción familiar , a mayores posibilidades económicas.

CONCLUSIONES

1.- En el estrato socioeconómico Alto la prevalencia de -- farmacodependencia es mayor en comparación con los Estratos Medio y bajo, en adolescentes estudiantes de secundaria comprendidos entre los 12 y 17 años de edad, lo cual verifica la H0.

2.- La solvencia económica juega un importante papel en la prevalencia de tabaquismo, alcoholismo y consumo de marihuana.

3.- A pesar de referir buenas relaciones familiares, los adolescentes del Estrato socioeconómico Alto, prefieren estar en compañía de sus amigos.

4.- El rendimiento escolar bajo tiene una relación inversa con la prevalencia de farmacodependencia alta.

5.- La edad de inicio en el consumo de tabaco son los 13 años.

6.- La mayor prevalencia para el consumo de tabaco es entre los 14 y 17 años.

7.- La edad de inicio para el consumo de bebidas alcohólicas es entre los 12 y 14 años.

8.- La mayor prevalencia para el consumo de bebidas alcohólicas es entre los 14 y 17 años.

9.- La frecuencia en el consumo de bebidas alcohólicas y ta

tabaco está ligada a la preferencia de la compañía de amigos y a las reuniones sociales.

10.- Las farmacodependencias con mayores porcentajes de prevalencia en los tres estratos socioeconómicos son tabaco y alcohol.

11.- El consumo de bebidas alcohólicas tiene mayor aceptación a nivel familiar en el Estrato socioeconómico Medio.

12.- Los medios de publicidad tienen gran trascendencia en cuanto a la presentación de farmacodependencia hacia tabaco y alcohol en los adolescentes.

13.- El consumo de bebidas alcohólicas y tabaco es abiertamente aceptado por los adolescentes, no así el consumo de otras drogas.

14.- No tiene efecto la información en cuanto a efectos negativos del consumo de tabaco y bebidas alcohólicas, pero tiene gran efecto en cuanto a este consumo la publicidad.

COMENTARIOS

A pesar de que es bien conocido el problema de la farmacodependencia en nuestros días, especialmente en adolescentes y de éstos los estudiantes de secundaria, se presentaron muchos obstáculos para la realización de este trabajo de investigación, ya que hubo que visitar varias escuelas tanto oficiales como particulares, en donde las autoridades siempre solicitaron entrevista previa con superiores o padres de familia, ya que consideraban estar penetrando en terreno delicado principalmente para el prestigio de la escuela.

Este trabajo se realizó en los planteles en donde tanto los directores como subdirectores de planteles mostraron mayor entusiasmo y colaboración y una vez hecha la solicitud ante las respectivas autoridades de la S.E.B. y posterior a la aprobación, se inició la investigación.

Por parte de los alumnos se encontró buena colaboración, pero se pudo notar en ellos el temor a ser juzgados a pesar de que los cuestionarios fueron resueltos en forma individual.

Ante estas actitudes se puede afirmar que aún siendo la farmacodependencia un grave problema, todavía existe temor de abordarlo y conocerlo plenamente.

R E S U M E N

El presente trabajo de investigación es transversal, prospectivo, observacional y comparativo.

Los objetivos planteados fueron:

General.- Determinar si el medio socioeconómico influye en la prevalencia de la farmacodependencia en adolescentes estudiantes de secundaria.

Específicos.- Detectar la droga más usada en adolescentes - estudiantes de secundaria de estrato socioeconómico alto, medio y bajo. Determinar la frecuencia en el consumo de esas drogas. Determinar él o los sitios de preferencia para el consumo de esas drogas. Determinar en que medida influye la farmacodependencia en el rendimiento escolar. Detectar el grado de información sobre los efectos nocivos y sus consecuencias en cuanto a la salud producidos por esas drogas.

El estudio se realizó en una escuela secundaria particular de la Colonia Lindavista, representando al estrato socioeconómico Alto; una escuela secundaria oficial de la Colonia Panamericana, representando al estrato socioeconómico Medio y una escuela secundaria oficial del Barrio de Cuauhtepc "Barrio Bajo", representando al estrato socioeconómico Bajo.

En la escuela particular se tomó el 40% del total de alum-

nos y en las escuelas oficiales el 20%, en las tres escuelas se abarcaron los tres grados escolares, ambos sexos y turnos, siendo una muestra seleccionada, ya que se eligieron grupos con bajo rendimiento escolar y problemas de conducta.

En cada una de las escuelas se aplicó un cuestionario que fue contestado individualmente por cada alumno, eligiendo una -- misma fecha y hora para cada escuela. Los cuestionarios que se -- eliminaron fueron los que no estaban contestados en forma com- -- pleta o en donde los sujetos no tenían la edad requerida para es -- te estudio.

En cuanto a la estructura familiar se pudo apreciar en los tres estratos socioeconómicos familias de tipo nuclear en más -- del 89% y de éstas más del 70% integradas.

En el E.S. Alto el 100% de los adolescentes son económica-- mente dependientes, en el E.S. Medio 95% y en el E.S. Bajo 90%.

En los tres estratos socioeconómicos los adolescentes tie-- nen buena percepción familiar y como preferencia de compañía a -- su familia, a excepción del E.S. Alto, en que mostraron como pre -- ferencia de compañía a sus amigos, lo que revela más bien una re -- gular percepción familiar.

El bajo rendimiento escolar es más aparente en el E.S. Al-- to, en donde el 31% de los adolescentes tienen 3 o más materias reprobadas.

La edad de inicio para el consumo de tabaco son los 13 años y la mayor prevalencia es entre los 14 y 17 años.

La información que se tenía acerca de los efectos nocivos del consumo de tabaco es mayor en el Estr. Alto que en el Medio y el Bajo, sin embargo no repercute en cuanto al consumo.

La edad de inicio para el consumo de bebidas alcohólicas es entre los 12 y 14 años y la mayor prevalencia para este consumo es entre los 14 y 17 años;

La frecuencia en el consumo de bebidas alcohólicas y tabaco está ligada a la preferencia de la compañía de amigos y reuniones sociales. Se apreció como bebida de preferencia el brandy y la cerveza en los tres estratos socioeconómicos.

La información acerca de los efectos nocivos del consumo de bebidas alcohólicas, tuvo igual comportamiento que la información del consumo de tabaco.

El consumo de bebidas alcohólicas tuvo mayor aceptación a nivel familiar en el Estrato socioeconómico Medio.

Las farmacodependencias con mayores porcentajes de prevalencia en los tres estratos socioeconómicos son tabaco y alcohol.

Los medios de publicidad tienen gran trascendencia en cuanto a la presentación de farmacodependencia hacia tabaco y alcohol en los adolescentes.

El consumo de bebidas alcohólicas y tabaco es abiertamente aceptado por los adolescentes, no así el consumo de otras drogas.

La prueba aplicada en este estudio fue Chi Cuadrada, mostrando en cuanto a Tabaquismo : $\chi^2 = 8.35$ y en cuanto a Alcoholismo: $\chi^2 = 7.94$, con dos grados de libertad cada uno, corroborándose la hipótesis estadística: $H_1: p < 0.05$, por lo que se puede afirmar que estos resultados no estuvieron dados por el azar, sino que efectivamente en el Estrato socioeconómico Alto, los adolescentes estudiantes de secundaria presentan una mayor prevalencia en el consumo de tabaco y bebidas alcohólicas.

Por lo tanto, el resultado final de esta investigación fue que: MIENTRAS MAS ALTO SEA EL ESTRATO SOCIOECONOMICO, LA PREVALENCIA DE FARMACODEPENDENCIA AUMENTA EN ADOLESCENTES ESTUDIANTES DE SECUNDARIA COMPRENDIDOS ENTRE LOS 12 y 14 AÑOS DE EDAD.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- ARACNES, D.M.: Fumar es un placer . . . Portal. Rev. Prom., Vol. 2, No.6: 20-30, México, 1984.
- 2.- BARQUIN M. Medicina Social. Ed. Mandez Cteo, México, 1981. pp. 126-51.
- 3.- BUSTAMANTE M.L.: La información sobre el daño a la salud - producido por las drogas y su uso. S.P.M., Vol.26: 553-60, México, 1984.
- 4.- CHAD J.Z., Castro S.E.: Guía técnica para la realización de Investigaciones epidemiológicas y de actitudes hacia los -- fármacos en población escolar. CEMEF.: 5-22, México, 1981.
- 5.- DE LA FUENTE M.R. Adolescencia. EN Psicología Médica. De la Fuente M.R.. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1977. pp. 194-99.
- 6.- GOMEZ R.J. Dependencia a Drogas. Manual de Ciclos IX y X. - Facultad de Medicina, UNAM. México, 1981. pp. 101-12.
- 7.- GOODMAN L., Gilman A. Bases Farmacológicas de la Terapéutica. Ed. Interamericana, 4a.Ed., México, 1974. pp. 226-56.
- 8.- KOLS L. Psiquiatría Clínica Moderna, Ed. La Prensa Médica - Mexicana, 5a. Ed., 3a. Reimp., México, 1980. pp.251-643.
- 9.- LARA C.A., Balzeretti G.M., Ortao R.N., GOMEZ G.P.: Opiniones, actitudes y consumo de tabaco en una institución de salud pública. SPF, Vol.26. No.2:122-28, México, 1984.
- 10.- MOORE J.: El papel de la educación en el problema de la farmacodependencia. CEMEF.:3-12, México, 1980.
- 11.- NORTH R., Orange J.R. El alcoholismo en la juventud. Ed. -- Pax-México, México, 1983. pp. 11-146.
- 12.- ROBLES F.T.: La construcción de indicadores socioeconómicos para el estudio de la farmacodependencia. CEMEF.: 4-12, México, 1980.
- 13.- SIMPOSIO Amofar-Cemef. Centr. Mexicana de Farmacodependencia, Vol. II: 13-67, México, 1975.
- 14.- SIN AUTOR IDENTIFICADO: Farmacodependencia. Manual de Ciclos IX y X. Facultad de Medicina, UNAM. México 1981. pp.67-99.

- 15.- SOLIS A.A.: La aplicación del método etnográfico en el estudio de la farmacodependencia. CEPEF.: 3-11, México, 1982.
- 16.- VALENZUELA R., Luengas J., Marquet L. Manual de Pediatría. Ed. Interamericana, 10a Ed., México, 1980. pp.551-654.
- 17.- VELASCO F.R. Esa enfermedad llamada alcoholismo. Ed. Trilce. 1a.Ed., 4a. Reimp., México, 1964. pp. 11-92.

NO ANOTES TU NOMBRE Y CONTESTA LO MAS SINCERAMENTE POSIBLE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

EDAD:

SEXO:

GDO. ESCOLAR:

- 1.- Con quienes vives en tu casa?
 - a) Madre, padre y hermanos.
 - b) Madre y hermanos.
 - c) Padre y hermanos.
 - d) Solamente hermanos.
 - e) Otros. ¿Quiénes? _____
- 2.- ¿Cuántas personas viven en tu casa?
 - a) 2-3
 - b) 4-5
 - c) 6-7
 - d) 8 o más.
- 3.- ¿Quiénes de tu casa trabajan? (puedes marcar una o varias opciones)
 - a) Madre
 - b) Padre
 - c) Hermanos
 - d) Tú
 - e) Otros.
- 4.- ¿Quién te da dinero para tus gastos personales?
 - a) Padre
 - b) Madre
 - c) Hermanos
 - d) Nadie
 - e) otros. Quién? _____
- 5.- ¿Cómo te llevas con tu familia?
 - a) Bien
 - b) Regular
 - c) Mal.
- 6.- ¿En tus ratos libres prefieres estar....
 - a) Solo
 - b) Con tu familia
 - c) Con tus amigos.
- 7.- En este año escolar:
 - a) No has reprobado materias
 - b) Has reprobado una materia
 - c) Has reprobado dos materias
 - c) Has reprobados 3 materias o más.
- 8.- Te gusta fumar? SI NO
- 9.- A que edad fumaste por primera vez? _____
- 10.- Te gusta fumar:
 - a) Diario
 - b) Cada tercer día
 - c) Una vez a la semana
 - d) cada 15 días.
 - e) ocasionalmente.
- 11.- ¿Cuántos cigarros llegas a fumar en un día?
 - a) 1-2
 - b) 3-4
 - c) 5-6
 - d) más de 7.
- 12.- ¿Dónde acostumbras fumar?
 - a) En tu casa
 - b) En la casa de un amigo
 - c) En fiestas
 - d) Fuera de la escuela
 - e) En la calle.
- 13.- Acostumbras fumar cuando estás:
 - a) sólo
 - b) con un amigo
 - c) Con varios amigos
 - d) Otros. Quiénes? _____
- 14.- El fumar:
 - a) No hace daño
 - b) Algunas veces hace daño
 - c) Si hace daño
 - d) No sabes si hace o no daño.

- 15.- Te gusta oler thinner? SI NO
(Si respondiste afirmativamente contesta las siguientes preguntas, si no, saltate hasta la pregunta número 21).
- 16.- ¿A que edad comenzaste a oler thinner? _____
- 17.- Para "tener un buen viaje" ¿Cuanto tiempo necesitas estar oliendo thinner?
a) 10 minutos b) 15 minutos c) 30 minutos
d) Una hora e) Más de una hora.
- 18.- Te gusta oler thinner:
a) diario b) cada tercer días c) Una vez a la semana
d) cada 15 días. e) Ocasionalmente.
- 19.- Acostumbas oler thinner?
a) Solo b) con un amigo c) con varios amigos.
d) Otros. ¿Quienes? _____
- 20.- ¿Dónde acostumbras oler thinner?
a) En tu casa b) En casa de un amigo
c) En fiestas d) Fuera de la escuela
e) En la calle.
- 21.- El oler thinner:
a) No hace daño b) Algunas veces hace daño.
c) Si hace daño d) No sabes si hace daño o no.
- 22.- Te gusta oler cemento o Restos 500Q? (freezer) SI NO
(Si respondiste afirmativamente contesta las siguientes preguntas, si no saltate hasta la pregunta número 28).
- 23.- A que edad comenzaste a oler cemento? _____
- 24.- Para tener un "Buen Viaje" ¿Cuanto tiempo necesitas estar oliendo cemento?
a) 10 minutos b) 15 minutos c) 30 minutos
d) Una hora e) Más de una hora.
- 25.- Te gusta oler cemento:
a) diario b) cada tercer día c) una vez a la semana
d) cada 15 días e) ocasionalmente.
- 26.- Acostumbas oler cemento:
a) Solo b) Con un amigo d) Con varios amigos
e) Otros. Quienes? _____
- 27.- ¿Dónde acostumbras oler cemento?
a) En tu casa b) En casa de un amigo c) En fiestas
d) Fuera de la escuela e) En la calle.
- 28.- El oler cemento:
a) No hace daño b) Algunas veces hace daño.
c) Si hace daño d) No sabes si hace o no daño.
- 29.- ¿Te gusta fumar marihuana? SI NO
(Si respondiste afirmativamente contesta las siguientes preguntas, si no saltate hasta la pregunta número 35).

- 30.- ¿A que edad fumaste marihuana por primera vez? _____
- 31.- Para tener "Un buen viaje" ¿Cuántos "toques" te tienes que dar".
a) 1-2 b) 3-4 c) 5-6 d) 7-8 e) más de 8.
- 32.- Te gusta fumar marihuana?
a) diario b) cada tercer día c) una vez a la semana.
d) cada 15 días e) ocasionalmente
- 33.- Acostumbas fumar marihuana:
a) solo b) con un amigo c) con varios amigos
d) Otros. ¿Quiénes? _____
- 34.- ¿Dónde acostumbras fumar marihuana?
a) En tu casa b) En casa de un amigo c) En fiestas
d) Fuera de la escuela e) En la calle.
- 35.- El fumar marihuana:
a) No hace daño b) Algunas veces hace daño
c) Si hace daño d) No sabes si hace o no daño.
- 36.- Te gusta tomar? SI NO
- 37.- ¿A que edad tomaste por primera vez? (aunque sea una copa) _____
- 38.- ¿Qué tipo de bebidas prefieres?
a) cerveza b) Brandy c) tequila d) ron
e) Otros. ¿cuáles? _____
- 39.- Cuando tomas, hasta cuantas copas o cervezas consumes?
a) 1-2 b) 3-4 c) 5-6 d) más de 7
- 40.- Acostumbas tomar:
a) Sólo b) Con un amigo c) con varios amigos.
d) otros. ¿Quiénes? _____
- 41.- Te gusta tomar:
a) diario b) cada tercer día c) Una vez a la semana
d) cada 15 días e) ocasionalmente.
- 42.- ¿Dónde acostumbras tomar?
a) En tu casa b) En casa de un amigo c) En fiestas
d) fuera de la escuela e) en la calle.
- 43.- El tomar:
a) No hace daño b) Algunas veces hace daño
c) Si hace daño d) No sabes si hace daño o no