

Nº 6
REV.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

*Escuela Nacional de Enfermería
y Obstetricia.*

*Conocer los factores que intervienen a
nivel familiar, que favorecen la farma-
codependencia a jóvenes de 10 a 17
años de edad, en la Colonia Pensil.*

T E S I S
Que para obtener el título de
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
p r e s e n t a
MA. MAGDALENA COCOLETZI GRANDE

México, D. F.

1992

TESIS CON
FALSA DE ORIGEN



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

Introducción -----	1
Objetivos -----	3
Metodo -----	4
Planteamiento del Problema -----	4
Variabes -----	4
Procedimiento -----	7
Centros de Integración Juvenil y su Interes por la Farmacodependencia -----	11
Adolescencia -----	14
El adolescente y las Drogas -----	18
Farmacodependencia -----	23
Caracteristicas de los Usuarios -----	27
Estimulantes -----	28
Depresores -----	47
¿ Quienes consumen Drogas?-----	71
Resultados -----	79
Cuadros -----	80
Graficas -----	99
Analisis de los datos obtenidos de las encuestas realizadas a los alumnos del 2do. y 3er. año de la Escuela Secunda- ria No. 20 de la Colonia Pensil México D.F. -----	110
Conclusiones -----	113
Bibliografia -----	116
Anexos -----	120

INTRODUCCION

El control por el uso de las drogas a aumentado con siderablemente, sobre todo por las personas que en su intento por enriquecerse han inducido a muchos jovenes a -consumir las drogas.

Nuestro país, México esta en pleno desarrollo en comparación de muchos países es por este motivo que existan desequilibrios entre la población por lo que surgen competencias por obtener mejores empleos, y tener una mejor forma de vida esto solo ha llevado a vivir solo para obtener mayor salario sobre todo para aquellas personas que viven en una forma casi de promiscuidad y dejan aun lado las obligaciones como padres responsables y dejan alejados a los miembros de su familia.

México se compone en su gran mayoría por jovenes que en busca de su propia identidad permiten la entrada de -personajes imaginarios que nos presentan por todos los -medios de comunicación sobre todo por la T.V. esto es --permitido en su casi totalidad por la falta de buenas enseñanzas en las escuelas ya que una orientación por parte de profesores no las hay , solo dan sus temas sin dejar espacio para las inquietudes de los alumnos sobre todo si sus padres solo se dedican a la economía de la --familia.

La falta de orientación para muchos jovenes es importante ya que estos solo buscan un escape a sus problemas y a la falta de apoyo por parte de sus padres y por fal-

ta de atención y comprensión.

En muchos casos los jóvenes no saben que consecuencias tiene el uso de drogas ya que por un momento solo piensan en sustituir aquellas sensaciones de falta de amor o comprensión que solo les proporcionan las drogas.

Es importante que la población recapacite ante este problema que esta creciendo día con día entre la población de adolescentes y que se dan cuenta de la importancia que tiene la orientación a jóvenes y adolescentes - "sanos" o drogadictos para que no lleguen a la farmacodependencia o reconquistar a los ya adictos, solo se logra con medidas preventivas motivando a la población a llevar a cabo las actividades sugeridas no solo por los adultos si no por los adolescentes.

Tambien es importante que aquellos jóvenes y adolescentes que han consumido drogas sientan apoyo sobre todo de su propia familia y que su familia no los excluya de este ambito, ya que muchos padres solo arreglan este problema corriendolos de sus hogares o dejandolos en una institución de salud, lo cual repercute psicologicamente en forma importante.

OBJETIVOS

- 1.- Identificar los principales factores que favorecen a la juventud a ingerir diferentes tipos de drogas
- 2.- Conocer el grado de conocimientos de los alumnos y profesores sobre la farmacodependencia.
- 3.- Conocer el interés de los padres de familia sobre los problemas tanto a nivel académico como de comportamiento de sus hijos y su relación con las drogas.
- 4.- Proponer alternativas de solución que mejoren el comportamiento de los alumnos conociendo desde el inicio sus inquietudes de aprendizaje, y así mismo aquellas alternativas que los aleje de la posible farmacodependencia.

METCDO

Tipo de investigación:

Con referencia a la bibliografía consultada (Rojas - Soriano). La presente investigación es de campo, por realizarse en el medio natural donde el fenómeno de la farmacodependencia se presenta; para esto se eligió a un grupo de adolescentes de la secundaria No. 20 situada en la colonia Pensil considerada una zona de alto riesgo.

Es conveniente destacar que antes de aplicar el cuestionario se aplicó un programa, elaborado previamente por Centros de Integración Juvenil (CIJ) con el objetivo de identificar los principales efectos de dicho programa para tener un panorama general de cada grupo y cada adolescente.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Por considerarse la farmacodependencia como un problema que día a día se incrementa en nuestro país y que afecta principalmente a jóvenes y niños, es que surgió el interés por conocer los principales factores que intervienen para que no aumente en forma considerable este problema.

DEFINICION DE VARIABLE

Variable independiente.- El programa de trabajo para el proyecto Orientación Preventiva a Adolescentes (CPA). El considerar a las escuelas como un ámbito de mayor importancia para realizar las estrategias de orientación y

capacitación y el promover la salud mental, como factor determinante para evitar la aparición del fenómeno.

Variable Dependiente.- El grado de participación de los alumnos en cada sesión y de sus conocimientos de cada uno.

La veracidad de sus contestaciones en el cuestionario para la evaluación final.

Muestreo (Sujetos)

Con el objeto de analizar el programa propuesto se eligieran alumnos de 2o. y 3er. año siendo estos dos grupos de adolescentes de alto riesgo (fuente de la trabajadora social de la secundaria No. 20)

El primer grupo se conformo de 34 alumnos del 2do. año, los cuales 24 son del sexo masculino y 10 del sexo femenino cuyas edades fluctuaron entre 12 y 15 años con un nivel socioeconomico medio bajo.

El segundo grupo se conformo de 16 alumnos del 3er. año de los cuales 9 son del sexo masculino y 7 del sexo femenino cuyas edades fluctuaron de 13 y 16 años con un nivel socioeconomico medio bajo.

Estos grupos fueron captados a traves de:

Se captó a traves del proyecto preventivo (OPA) el cual consistio en acudir a la secundaria No. 20 y solicitar a las autoridades de este plantel permiso para llevar a cabo el proyecto que se pretende realizar con los alum

nos; comenzando por dar a conocer que es Centros de Integración Juvenil, que realiza y cual es su manera de trabajar y los temas a desarrollar al igual que motivar a los alumnos para que participen y conozcan que existen lugares de orientación, prevención y tratamiento para -- problemas de farmacodependencia.

Para la formación de los grupos se consideraron los siguientes requisitos:

Los adolescentes no debían presentar consumo de drogas o bien encontrarse en un grado experimental, el cual consiste de acuerdo a la clasificación de la OMS (1974) - en probar una droga causante de dependencia una vez o varias sin continuar después.

El muestreo utilizado fué no probabilístico de tipo - intencional (Rojas Soriano 1982) ya que apartir de la - campaña de captación se eligieron a los alumnos que cumplieron con los requisitos de inclusión.

ESCENARIO

Por medio del Centro de Integración Juvenil "Miguel-Hidalgo" se abordó a la población.

Se trabajó con todos los grupos de la escuela secundaria No. 20 ubicada en la Colonia Pensil entre las calles de Lago Naur y Lago Herne.

Instrumentos y materiales

El material utilizado a lo largo del trabajo a los - alumnos fué:

Material Audiovisual:

Pelicula en cassette titulada "Como cuates" y "El ultimo tren"

Material de apoyo:

Pizarrón, gis

Registros de evaluación al finalizar el tema

Sociodramas

Registro de conductas observables

Registro anecdótico.

PROCEDIMIENTO

El plan de trabajo a seguir fué el de trabajar con todos los grupos de la secundaria, empezando con los grupos de menor riesgo en cuanto a problemas de conducta, de experimentadores de drogas, familiares, etc.

Se eligio a los alumnos de primer año por conocimientos de la trabajadora social de este plantel, mencionando que estos grupos por ser el primer año que estan en el colegio no dan a conocer su conducta y se portan tranquilamente, siempre tratando de ser los mejores grupos.

El grupo que se eligio en segundo lugar para trabajar fueron los terceros años se menciona que en estos grupos existen tanto experimentadores de drogas y algunos se han alejado del plantel por ser ya drogadictos, pero muchos por tratar de sacar su certificado su conducta es mejorada en comparación a como eran en un año anterior.

Los grupos de segundo año fueron los últimos en trabajar se dedico un poco más de tiempo incluso en algunos

de estos se tuvo que contar con la colaboración de un profesor ya que son demasiado inquietos, y buenos conocedores del tema de farmacodependencia ya que en estos grupos existen también experimentadores o han tenido convivencia con algún drogadicto.

La sesión se llevó a cabo de la siguiente manera: La coordinadora de grupo se presentó y presentó a la institución CIJ, mencionando los objetivos de la formación del grupo.

Se pidió al grupo su participación en cuanto a dudas que fueran surgiendo siempre en orden, se abordó el tema de farmacodependencia desde sus orígenes de su existencia hasta la época actual apoyándose con el material de apoyo antes mencionado, al terminar el tema se dejaba que los alumnos dieran su opinión acerca del tema y sus conocimientos de este o experiencias vividas, al terminar se pasa el video aclarando que los personajes al igual que la secuencia de la problemática no son idóneos para que una familia tenga problemas de farmacodependencia ya que esto dependería de todos los miembros de la familia y sobre todo del tipo de problema ya que no todos los problemas son obligatorios para que surjan miembros drogadictos.

El coordinador dividía al grupo en 6 equipos y a cada equipo se le dividía un personaje de la película que al finalizar esta, el equipo tenía que dar su opinión acerca del personaje que se le había dado. Los resultados fueron satisfactorios ya que la participación fue-

de todos los alumnos sin que nadie se quedara callado.

Las demas sesiones con lod demas grupos se trato que fuera igual soló que la dinamica dependia de cada grupo - ya que en otros la secuencia se tenia que realizar de diferente manera para lograr que los grupos participaran y esto se lograba con dinamicas previas para que los alumnos se interesaran en los temas.

Con otros grupos las dinamicas fueron a base de socio dramas que se realizaban al finalizar el tema y al finalizar la pelicula se lograba la participación de los alumnos, el enfoque de sus temas para el sociodrama era elegido por ellos mismos, al igual que los personajes que intervinieran en esta; Al finalizar este trabajo se les pidio a los alumnos que dieran una opinión hacerca de la manera de como se estaba trabajando con ellos, sus opiniones fuerón diferentes pero positivos:

El tema de farmacodependencia es interesante pero para saber los riesgos que surgen con el consumo de estos, saber hasta que grado a llegado el país y todos los posibles factores que existen para que una persona comience con las drogas. (opinión de los grupos de 2do. año)

Hace falta que los maestros pidan más la opinión de todos los alumnos para que ellos conozcan nuestra manera de pensar, y que más que maestros sean nuestros amigos para poderles tener confianza. No solo en algunas materias siná en todas y que no solo sea la clase la que se de sino también que existan dinamicas para ser más amena la clase (2do. año)

El dejar que uno mismo elija su manera de trabajar - y como le guste a uno es difícil al principio, incluso - le da a uno pena por que los demas se pueden reir, pero biendo que a todos nos puede pasar y que todos participamos nos da mayor seguridad y es agradable que uno tengala autoridad por un momento, y sobre todo que uno mismodiga como quiere trabajar (3er. año).

CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL Y
SU INTERES POR LA FARMACODEPENDENCIA

Es una institución dedicada a la prevención, tratamiento, rehabilitación, investigación y capacitación en el campo de la farmacodependencia, requiere del apoyo de toda la comunidad.

El 12 de marzo de 1969, se inauguró el primer Centro de Integración Juvenil "Dakota", gracias al esfuerzo de un grupo de mujeres publicistas y periodistas que bislumbraron que el problema de la farmacodependencia, en aquél momento incipiente, podría convertirse en el fenómeno más grave y destructor del mundo actual.

1970-1972: Este grupo fundador sentó las bases de lo que ahora constituye la organización de Centros de Integración Juvenil A.C. (CIJ) (1), que ha permitido dar una respuesta profesional y de alcance nacional, al problema de la drogadicción que afecta a la población y en especial a niños y jóvenes.

Desde la primera etapa de su integración como CIJ formaron un valioso equipo con personal calificado: personal médico, paramédico, y voluntarios y se organizó la consulta externa a farmacodependientes y a sus familiares. (DIF/CIJ 1989).

(1) Centros de Integración Juvenil (CIJ).

1973-1976. Se presentó como situación predominante - la necesidad de apoyo técnico y financiero por parte del Gobierno Federal, en tanto que la demanda del servicio - rebasó la capacidad de respuesta de los recursos existentes.

El crecimiento de la institución fue acelerado y al final de la etapa se contaba con 29 Centros locales en - la República Mexicana (en la actualidad cuenta con 47 - Centros, 17 en el área metropolitana y 30 en el interior de la República).

En 1975, por decreto presidencial se solicita del -- Centro Mexicano de Estudios de Farmacodependencia(CEMEF) apoyo y orientación a CIJ.

En este período se realizan investigaciones sociales a través del CEMEF, sobre la incidencia y prevalencia - del fenómeno, que conduce a establecer las bases de un - enfoque biopsicosocial que pretende trascender al ámbito estrictamente clínico. Al poco tiempo por la multicausalidad y complejidad del problema, se hizo urgente el -- analizar este fenómeno de una manera sistemática y profunda con el fin de adecuar las estrategias de atención y lograr definir el modelo institucional. Entonces se - planteó la necesidad de desarrollar acciones simultaneas de prevención, tratamiento, rehabilitación e investigación (CIJ,1988).

1977-1979. Técnicamente se caracteriza por el fuerte impulso que se da a los proyectos preventivos, pretendiendo desarrollar este tipo de acciones desde una -

perspectiva psicosocial, es decir considerar las necesidades de la población con la que se trabaja y propiciar su participación en la generación de alternativas para solucionar el problema, llevando acabo de esta manera - la prevención inespecifica. De esta inquietud nació la - estrategia de conocer programas, con propósitos similares, en otras latitudes así como difundir los propios.

1980. El modelo de atención de CIJ se reconoció - como ejemplo para el mundo en reunion de ONU, celebrada en viena, Austria.

A lo largo de estos 20 años, los centros se han enlazado con los más distinguidos expertos en el problema de la farmacodependencia, han recibido a cientos de becarios, han formalizado acuerdos de colaboración con - Instituciones de varios países de Sudamérica y con los Estados Unidos de Norteamérica, con los que se trabaja coordinadamente en las tareas de prevención

Apartir de 1982 CIJ se incorporo al sector salud, en el subsector de asistencia social, como una Asociación Civil de participación Estatal mayoritaria, la cual se dedica específicamente a investigar, prevenir, tratar, - rehabilitar y capacitar en el campo de la farmacodependencia, excluyendo la atención de problemas originados por las sustancias lícitas como el tabaco y el alcohol por existir otros organismos públicos y privados que se encargan de su atención (DIR-CIJ, 1989).

ADOLESCENCIA

En el mundo existen países que cuentan con un índice poblacional que en su mayoría se conforman por adultos y por ancianos; dichas naciones son del orden Occidental-Europeo. Por otro lado, encontramos países Americanos cuyo índice poblacional esta comprendido por niños y jóvenes en su mayoría y dentro de estos países se encuentra México, que en la piramide poblacional nos muestra en su base que la población de mayor proporción (64%) se refiere a las edades de 0 a 24 años (2)

Definición de Adolescencia

"Ser o no ser. Ese es el dilema"

Shakespeare

El significado etimológico de la palabra adolescencia proviene del verbo latino "adolescere" que significa "crecer" "madurar" "llegar a la maduración" (3), ese crecimiento al que alude la raíz verbal involucra no sólo los aspectos físicos, sino tambien el desarrollo intelectual, emocional y social del individuo.

(2) Secretaría de Programación y presupuesto, (1985)

Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos
Instituto Nacional de Estadística, Geografía e informática, México, p.p. 138.

(3) Fuentes, GB. (1989), Conocimiento y formación del Adolescente, Ed. Continental, México, p.p. 137.

Intentando obtener una visión más integral, es necesario hacer una distinción entre adolescencia y pubertad. Esta última es la fase de la preadolescencia y principios de la misma, durante la cual se produce la maduración sexual. Pero para que esta haya ocurrido no equivale a que la persona madure emocionalmente o este preparada para aceptar las responsabilidades de la vida adulta, así la pubertad expresa un nivel de vivencia adolescente pero no es sinónimo de ella.

Estableciendo tal distinción y pese a las diferencias individuales en cuanto al momento en que cada organismo logra la madurez sexual, es posible señalar periodos de la adolescencia, en función de promedios estadísticos. Tales periodos en forma aproximada, son los siguientes:

- | | |
|------------------------------------|--------------|
| 1.- Pre-adolescencia | 10 a 12 años |
| 2.- Adolescencia (período inicial) | 13 a 16 años |
| 3.- Adolescencia (período final) | 17 a 20 años |

Hay que enfatizar que estas fases están indicadas de manera aproximada, ya que existen diferencias notables entre las diversas culturas, y entre los individuos en el seno de una misma cultura, además de la variabilidad en los ritmos de maduración de ambos sexos.

Cabe señalar que la adolescencia no es por entero un período cronológico, no se rige por un intervalo de edades establecido sino como una etapa de cambios que se dan en la vida de todo ser humano la cual puede presentarse en diferentes edades; a pesar de esto, existen enfoques -

que la delimitan como es el caso del enfoque legal que maneja el término de la adolescencia hasta los 18 años - convirtiéndose al joven partir de aquí en una persona - con una responsabilidad propia de su mayoría de edad.(4)

En cambio, desde el punto de vista sociológico, se le define por su función en el devenir histórico; así, la función del adolescente es la de conservar los valores y estructuras de la sociedad heredadas de generaciones anteriores, lo mismo que encaso necesario, convertirse en promotores de cambios y creadores de nuevas estructuras sociales. En el ámbito psicológico la adolescencia es la edad en la que el individuo se integra dentro de la sociedad de los adultos. Significa el período de unificación de la continuidad interna con la identidad social, la recuperación de lo que fue con lo presente y con lo que puede llegar a ser, reconciliando al individuo su anteconcepto con el reconocimiento que la sociedad hace de él. (4)

La adolescencia son años de confusión y de inseguridad ante la dificultad de manejar los impulsos nacientes frente a una realidad que impone parámetros de conducta y que exacerba el sentido de una consciencia moral hasta condiciones extremadamente punitivas.

(4) Llanes, J. (1987), La Juventud y las Drogas, México, Ed. Concepto, p.p. 137.

Como menciona José Angel Leyva (1988), sin duda, la adolescencia representa una fase difícil, plena de angustia e incertidumbre, un período de cambios fundamentales que conducen al conflicto de la identidad a la reafirmación de algunos valores y a la negación de otros.

Así pues, el adolescente está en una lucha ambivalente entre la independencia y la dependencia, quiere autoafirmarse pero añora la seguridad que le brindan sus padres, está despertando a un cúmulo de sensaciones sexuales insospechadas para él; se ve como una persona madura, famosa, importante, con una vida plena de aventuras y de honores o favorecida por el otro sexo; pero de una y otra manera, es un momento colmado de vitalidad, fuerza y de entusiasmo por lo nuevo.

En suma y considerando un enfoque sociocultural, la adolescencia no es un proceso aislado en la vida de un individuo, sino un proceso particular inscrito en el contexto de las relaciones familiares, sociales, culturales, geográficas, etc., es decir la relación del sujeto con su intimidad y su colectividad, es el momento de transición para abandonar la figura del niño e incorporarse a la del adulto, con todas las implicaciones humanas de un cambio fundamental de actitud, por lo cual, el estudio de la adolescencia quedaría incompleto al no estudiar dicho contexto.

El Adolescente y las Drogas

"La mente que no discierne, es como la raíz del árbol: absorbe por igual cuanto toca, incluso el veneno que puede matar".

(Tao-Te-King)

Es de todos conocido que el uso y abuso de drogas no es un problema de nuestra juventud actual, ni exclusivo de la adolescencia. Sin embargo el problema de la farmacodependencia ha adquirido en la actualidad, proporciones epidémicas que obligan a preguntarse ¿porqué la droga es consumida tan frecuentemente por los adolescentes? las estadísticas y la información sobre la farmacodependencia nos dice que el número de jóvenes en relación con las drogas es cada vez mayor y que de no tomar medidas resolutivas, llegará el momento en que se convierta en algo inmanejable.

De la encuesta Nacional de Adicciones, llevada a cabo en 1988, se desprende lo siguiente:

A nivel nacional, se encontró que en lo referente al consumo de drogas, el 4.8% de la población urbana entre 12 y 65 años ha consumido una o más de las drogas investigadas (inhalables, marihuana, cocaína, heroína, drogas médicas). Por grupo de edad, y sexo destaca que en el consumo de cuando menos una vez, los hombres usan mayormente marihuana e inhalables, mientras que las mujeres prefieren el uso de drogas médicas. También se observa que -

los usuarios activos tanto hombres como mujeres, se ubican en los grupos de menos edad.

Por lo general, los inhalables, la marihuana, la cocaina y la heroína empiezan a consumirse a una edad muy temprana de 12 a 17 años; para las otras sustancias el mayor porcentaje de usuarios inicia entre los 18 y 25 años. Los amigos o conocidos son las personas que proporcionan la mayor parte de las drogas por primera vez. Los lugares de obtención de drogas varían dependiendo de las sustancias de que se trate. Destacan en orden decreciente la casa propia o de algún familiar o amigo y las calles o parques. La escuela fue mencionada como fuente importante solo en el caso de la marihuana(21%) y los bares, cantinas y discotecas en el caso de la cocaína (7.2%).

En lo referente al consumo de tabaco (droga lícita), se encontró que la prevalencia de fumadores entre la población urbana de 12 a 65 años es de 25.8%. Por sexo, los hombres tienen una prevalencia de fumadores de 38.3% mientras que para las mujeres es de 14.4%. Dentro de la población fumadora, el mayor porcentaje se encuentra en el grupo de 18 a 29 años de edad, con el 42.4% .

Los principales motivos de inicio en el hábito, referidos por los fumadores, son la curiosidad (46.1%) y el fumar por que los amigos o compañeros lo hacen (34%). Se encontró que la edad de inicio es temprana; el 52.1%, de los fumadores inició el hábito antes de los 17 años de edad; el 3.6% antes de los 12 años y el 42.4% entre -

los 18 y 29 años. En cuanto a las razones para continuar fumando, el 37% lo hace por costumbre y el 31% por gusto

En el caso del consumo de alcohol (droga lícita), - se encontró que la prevalencia del consumo de bebidas - alcohólicas en la población urbana de 12 a 17 años es de 27.6%, mientras que para los individuos de 18 a 65 años es de 53.5%.

El 5.9% del total de la población urbana de 18 a 65 años cumple con los criterios de dependencia al alcohol, para los hombres, esta prevalencia es de 12.5% y para - las mujeres es de 0.6%. Por edad, son los hombres de 18- a 29 años, quienes tienen una mayor prevalencia de depen- dientes al alcohol. En cuanto a la escolaridad, se apre- cia un incremento en la prevalencia de dependientes a - medida que se reduce de años cursados. Así , la población con menos de 6 años de escolaridad presenta una prevalen- cia de 6.7%, en contraste con aquella que tiene 13 o más años cursados, en donde se observa una prevalencia de - 2.8%.

Por lo anterior podemos decir que el uso y abuso de drogas en los adolescentes es un fenómeno dinámico que - asume caracteres específicos en diversos contextos y pode- mos mencionar que en los últimos 20 años el patrón para- el uso y abuso de drogas en los adolescentes ha cambiado Las razones por las que el adolescente puede consumir - drogas son diferentes y múltiples. Sin embargo, más alla de la especificidad del problema, existen ciertas observa-

ciones generales que resultan de analizar los informes - de congresos, simposios y otras reuniones de trabajo - sobre el tema de la adolescencia y las drogas. De acuerdo a Illanes, (1987), algunas de estas conclusiones son:

1. El uso actual de drogas entre adolescentes ha llegado a convertirse en problemas de salud pública en la mayoría de los países.

2. El problema tiende a agudizarse en hispanoamérica cuya población juvenil entre 15 y 25 años es muy alto.

3. Es un problema que necesita ampliar sus perspectivas de abordaje ya que a pesar de haber sido abordado por la medicina, la sociología, la psicología, la antropología ha prevalecido de la idea de que se debe concebir al farmacodependiente como un enfermo. Sin embargo es necesario precisar de todos los recursos socioculturales y no solo de la profesión médica para su abordaje

4. Entre los factores que favorecen la farmacodependencia destacan los elementos de patología psíquica - subyacente, la desintegración familiar, condiciones - sociales, las condiciones de vida y la disponibilidad - de las drogas y otras influencias de consumo como la información inadecuada de los medios de difusión sobre la farmacodependencia.

5. La competencia, la insatisfacción, la velocidad de los cambios, el ritmo vertiginoso de la vida, la falta de objetivos y el consumo en el que se suman las sociedades actuales que favorecen los problemas económicos y

familiares.

Independientemente de lo que llava al consumo de drogas, su enfoque debe ser básicamente social, sobre todo en países como México, en donde el porcentaje de la población juvenil es muy alto y va aumentando, requiriéndose mayor estudio y mayor acción comunitaria para encararlo con eficiencia.

Al hacer un análisis de la época actual se menciona entre los fenómenos más importantes asociados a este problema en adolescentes los cambios realizados en forma -- acelerada, la búsqueda de bienestar y del progreso que condicionan una forma de vida que esta preñada de prisa, que repercute en una sensación de soledad y vacío, forma de vida que impone la percepción impulsiva del placer y de nuevas sensaciones y experiencias placenteras con el subsecuente rechazo de lo doloroso; en fin una sociedad orientada al bienestar donde el adolescente puede ser impulsado a la búsqueda de lo nuevo, que esta favoreciéndose por todos los medios que impulsan a su consumo ciego afectándolos irremediabilmente. Obvio que mencionar otros factores no excluye causas individuales de la farmacodependencia, pero ayuda a respónder la pregunta de por qué la droga es consumida tan frecuentemente por los adolescentes.

farmacodependencia

La farmacodependencia nombre técnico de la drogadicción, problema que afecta a toda la población.

La Organización Mundial de la Salud da la siguiente definición:

"Farmacodependencia es el estado psíquico 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 irreprimible por tomar el fármaco en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para evitar el malestar producido por la privación"

Para que exista farmacodependencia es, fundamentalmente necesario que un ser vivo entre en contacto con un fármaco (5)

La farmacodependencia es, un problema de salud que repercute en los índices de bienestar de la comunidad y que desde el punto de vista de la conducta representa el fracaso del individuo en proceso de integración so-

(5) Guido, Melsasso, ¿ Como Identificar las Drogas y sus Usuarios ? Programa Nacional de Combate a los Problemas de Drogas p.p. 2, 7, 8 .

cial como consecuencia de una socialización inadecuada
(6)

Existen dos grandes tipos de dependencia, según la droga que se consuma:

A) Dependencia Física o adicción, es un estado de adaptación biológica que se manifiesta por trastornos fisiológicos más o menos internos cuando se suspende bruscamente la droga.

Cuando existe dependencia física el organismo se acostumbra a la droga y la necesita para vivir entonces, si bruscamente se deja de tomar la droga, ocurren trastornos fisiológicos. Tales como:

Alteración en la frecuencia cardiaca, en la presión arterial y en la respiración,

vómitos, delirios, convulsiones, pérdida de la conciencia.

Las alteraciones pueden ser leves o graves, e incluso puede llegar a provocar la muerte. (estos trastornos son conocidos como Síndrome de Abstinencia).

B) Dependencia psíquica o habituación, es el uso compulsivo de una droga sin desarrollo de dependencia física, pero que implica también un grave peligro para el individuo.

La dependencia psíquica no produce trastornos fisiológicos.

(6) Guido, Belsasso, Centro de Estudios en Farmacodependencia, Memoria de un Organismo, México 1976, p.p. 7.

lógicos al suspender la droga bruscamente. Sin embargo, el individuo siente la necesidad de tomar la droga, necesidad que no puede reprimir, las alteraciones mentales - varían según la droga y son lo suficientemente importante como para poner en peligro al individuo.

Estos dos tipos de dependencia puede o no acompañarse de otro fenómeno llamado Tolerancia.

Tolerancia es la adaptación del organismo a los efectos de la droga, lo que implica la necesidad de aumentar la dosis para seguir obteniendo resultados de igual magnitud.

Resultando un abuso ya que es el consumo de una droga en forma excesiva, persistente o esporádica, incompatible o sin relación con la terapéutica médica, habitual

Clasificación de las drogas más comunes:

Los fármacos de abuso se clasifican de acuerdo al efecto que ejerce sobre la actividad mental o el estado psíquico de una persona y este efecto puede ser de dos tipos Acelerar o Retardar la actividad mental.

Las drogas que aceleran la actividad mental y que -- producen estados de excitación son los estimulantes, dentro de estos tres tipos pueden producir farmacodependencia.

1. Las anfetaminas
2. La cocaína
3. Los alucinógenos

Los alucinógenos son un grupo especial pues la excitación mental que produce se manifiesta en forma de alucinaciones, donde los sentidos se distorsionan y se perciben objetos que no existen en la realidad.

El más comúnmente usado en nuestro país es la marihuana en grandes dosis produce alucinaciones y en cantidades pequeñas no lo produce.

Otro grupo de alucinógenos se encuentran unos menos comunes pero que empiezan a producir problemas.

LSD

Mezcalina

Psilocibina

De todos los estimulantes, sólo las anfetaminas tienen algún uso médico, a veces se usan en el caso de la obesidad.

Los depresores son los farmacos que retardan la actividad:

1. Alcohol es la droga que más se consume y de mayor problema para la sociedad.
2. Barbitúricos y tranquilizantes que se utilizan como medicamentos.
3. Morfina y derivados (la heroína y la codeína) la morfina se sigue usando medicamento para calmar dolores más intensos.

Un grupo especial dentro de los depresores son:

Inhalables estas no se toman ni se inyectan sino que se inhalan por nariz y boca, dentro de estos estan: Cemento, plástico, tiner, éter, acetona, etc. estos constituyen un problema para México.

CARACTERISTICAS DE LOS USUARIOS

El dato más importante para sospechar que una persona es farmacodependiente lo constituye un cambio más o menos subido en la conducta habitual, este cambio no necesariamente tiene que ser negativo aunque casi siempre lo es.

Ejemplo:

Un individuo nervioso y agresivo puede volverse -- tranquilo y pacífico. En otras ocasiones, existe una -- modificación más general de las actividades, que hacen que la persona parezca "rara". pueden además, ocurrir trastornos de la atención, de la disciplina y del rendimiento laboral o escolar. Es común que haya dificultad para aceptar responsabilidades lo que se refleja en una disminución de la eficiencia y en ausentismo en la escuela o en el trabajo o pueden presentarse estados de ánimo inestables caracterizados por actitudes exageradas que van de la alegría a la tristeza, del enojo a la -- cordialidad, del interes a la apatía y de la actividad aumentada a la somnolencia.

Existen otras manifestaciones que hacen sospechar en farmacodependencia.

- a.- Rechazo a antiguos amigos y sustitución del círculo - de amistades.
- b.- Cambios en el lenguaje o en el vestido.
- c.- Descuido de la apariencia física o de la vestimenta.
- d.- Exigencia extraordinaria para los gastos personales.
- e.- Comisión de robos o asaltos.
- f.- Presencia de algún olor especial en el cuerpo o en la ropa.
- g.- Uso de anteojos oscuros o de camisas de manga larga.

Mármacos más comunes

1.- Estimulantes:

"Son un grupo de medicamentos que aumentan el estado de alerta, disminuyen la sensación de fatiga, elevan el estado de ánimo, incrementan la iniciativa, la confianza, la capacidad de atención y concentración, las actividades motoras y verbal" (1)

a) Anfetaminas:

Nombres Populares:

Droga.- Chochos, pastas, chocolates, pastillas, quesos, pingas, dulces, dablos, speed, acelerador, chocholu-
cos, pasteles, pasas, tabletas, píldoras, diablitos, de-

(1) Uriarte, Bonilla Victor, Neuro Psicofarmacología tercera edición, Septiembre de 1988, pp.78.

monios, mandarinas, rojos, corazones, púrpuras, anfinas, anfetás, biretas, benzas, benzedrinas, aktedrón, acelere, cicción, pederosa, boleto "A", venenos, aciditas, vitamina "P", mazapanes.

Usuarios:

pastillo, pastillero, pasto, pastero, pastochas, pastelero, chocholuco, chochero, anfiaco, anfibio, benzedrino, benzo, píldora, diablo, chocolate, pingo, pinguas, -- acelerado, zañado, loco, folklórico, pacheco, pachol, -- cocas, en onda.

Identificación de la Droga

Las anfetaminas, pertenecen al grupo de estimulantes del S.N. aceleran la actividad mental y producen estados de excitación, también disminuyen el apetito.

Se usan como medicamentos para la obesidad y en algunos casos de depresión mental menor.

Es frecuente que la prescripción médica provoque la farmacodependencia y en estos casos se toman en dosis mayores y fuera de control médico y en ocasiones en abuso no médico.

Los productores de las anfetaminas las fabrican en forma de polvo blanco que es presentado como tabletas o cápsulas de tamaños, formas y colores muy diferentes, -- algunas son preparadas en soluciones para ser inyectadas

Los laboratorios clandestinos fabrican de igual manera las anfetaminas teniendo una misma apariencia.

Existen tres tipos de anfetaminas cuyo aspecto varia

- 1.- Benzedrina, se puede presentar como tabletas de color rosa en forma de corazón, tabletas redondas y blancas o tabletas ovaladas de diversos colores y tambien hay anfetaminas inyectables.
- 2.- Dextroanfetaminas y su nombre comercial es Dexedrinas se presenta en tabletas. Su efecto sobre el S.N. es más intenso que el de las otras dos anfetaminas, tambien son elaboradas ilegalmente.
- 3.- Metilanfetaminas, la cual se fabrican tanto en ampouletas para inyección como en tabletas. Su efecto sobre el S.N. es más intenso que el de las otras dos anfetaminas, tambien son elaboradas ilegalmente. Las tabletas pueden ser ingeridas pero muchos abusadores las disuelven en agua y se la inyectan para aumentar los efectos.

Identificación del Usuario

Muchos jovenes se inician en la farmacodependencia a través de las anfetaminas para mantenerse despiertos o vencer la fatiga.

Cuando se encuentra bajo los efectos más leves, el abusador se vuelve parlanchin, excitable, alerta, activo, inquieto y exaltado. Comunmente hay un cambio en la manera de ser:

Las personas fatigadas se vuelven alertas, las deprimidas se hacen activas. Estos consumidores pueden sufrir

estados de angustia y depresión que se presenta después de que han pasado los efectos inmediatos de la droga.

El abuso de las anfetaminas puede producir:

- a.- temblor en las manos
- b.- Pupilas grandes
- c.- Suduración abundantes
- d.- Falta de sueño e inapetencia

Su uso excesivo puede producir: resequedad de nariz y boca, que el abusador no puede captar muchos olores, - se lama los labios continuamente y es frecuente que el - nerviosismo y la inquietud lo obliguen a fumar muchos -- cigarros.

Las anfetaminas tambien elevan la presión sanguínea y causan alteraciones en la respiración y en los ritmos del corazón y cuando se toman en grandes dosis provocan trastornos mentales, con ideas de persecución y alucinaciones, el uso prolongado produce irritabilidad, insomnio nerviosismo y debilidad.

Personas que usan Anfetaminas

- 1.- personas obesas que desean disminuir su apetito
- 2.- Gentes que llevan vidas muy agitadas y que toman una tableta al empezar el día o antes de un compromiso - muy importante.
- 3.- Individuos deprimidos que requieren de las anfetaminas para mentenerse alertas
- 4.- Jovenes que desean estimularse en fiestas

- 5.- Estudiantes que necesitan mantenerse despiertas - durante la noche para preparar un examen.
- 6.- Personas que por su trabajo requieren permanecer - despiertos durante toda la noche.
- 7.- Atletas que toman anfetaminas para obtener mayor - energía.

La forma más peligrosa de abuso de las anfetaminas es la de inyectársela (vía venosa).

Las anfetaminas no producen dependencia física y por lo tanto no dan lugar a un síndrome de abstinencia,

Las anfetaminas provocan dependencia psíquica muy - marcada, quizás su mayor peligro se debe a que dan lugar a una gran tolerancia, esto determina que los usuarios - tengan que aumentar la dosis gradualmente, lo que puede - provocar una intoxicación aguda.

Síntomas que se presentan en una intoxicación:
 irritabilidad, agresividad, insomnio, fiebre, euforia, --
 resequedad de la boca, y de la nariz, sabor "metálico",
 falta de apetito, náuseas, vómito, vértigo, diarrea. -
 dolor de abdomen, inquietud, temblores, convulsiones, -
 deterioro físico por falta de sueño y de alimentos, tras -
 tornos del pensamiento, confusión, alucinaciones, proble -
 mas graves de la respiración y del ritmo cardíaco, senti -
 mientos de persecución, todo esto puede llevar a la -
 inconsciencia y a la muerte.

Farmacocinética

Las anfetaminas se absorben bien a través del tracto -

gastrointestinal y se distribuyen rápidamente por todos los tejidos y líquidos orgánicos alcanzando elevadas concentraciones en el cerebro y en líquido cefalorraquídeo.

Usos Clínicos

- 1.- La narcolepsia
- 2.- Daño cerebral mínimo en los niños
- 3.- Obesidad exógena
- 4.- Depresión mental

b) Cocaína

Nombres populares:

Druga.- coca, nieve, pericazo, cocacola, polvo, perico, tecata, cocazo, doña blanca, pepsicola, cocada, coco, talco, blanca nieves, azúcar, glaciés, nice, arponazo, cotorra, cucharazo, nose, chutazo, aliviane, alucine, acelere, narizazo, pase.

Usuarios:

Coco, arponero, alivianado, tecato, pasado, cocacolo pericazo, cocaínmano, una coca viajando, cocodrilo, cocotero, coquero, cocaíno, inyector, ticato, torero, cucharo, acelerador, viajero, en onda, anclado, chutado, nieve, vicioso, drogado.

Identificación de la Droga

La cocaína es una droga estimulante que proviene de una planta cultivada en algunos países de América del -

Sur, principalmente Perú y Bolivia.

Esta planta requiere un clima templado y húmedo crece hasta alcanzar una altura aproximada de un metro y medio. Las hojas son lisas y de forma oval, y crece en grupos de siete en cada tallo.

Apertir del tallo se obtiene la cocaína, cuyas propiedades estimulantes son mucho más poderosas que las de las hojas.

Para extraer la cocaína, las hojas de coca son sometidas a un tratamiento de cal, con lo que se obtiene un polvo cristalino que después es tratado con un ácido. -

La cocaína tiene el aspecto de un polvo esponjoso, blanco y sin olor. Su apariencia suele ser similar a la de la nieve, lo que explica el nombre popular que se le ha dado, es frecuente que la cocaína se adultere con un polvo blanco de otra sustancia como el bicarbonato de sodio o el ácido bórico.

Identificación del Usuario

La cocaína puede usarse de dos maneras:

1.- Inhalándola por la nariz como polvo

Los usuarios que huelen la droga comúnmente tienen la nariz roja, con una erupción en la piel de la región vecina.

2.- Inyectándola por la vena como líquido

Los que se la inyectan presentan huellas de piquetes de aguja en los brazos.

La cocaína produce euforia, excitación, ansiedad, -

locuacidad, disminución de la fatiga, mayor capacidad de trabajo, y sensación de mayor fortaleza física, las pupilas se dilatan y la presión de la sangre aumenta.

Con dosis mayores, la cocaína puede producir alucinaciones y delirios de persecución. Después de desaparecer el efecto, el abusador sufre una profunda depresión

El uso prolongado de cocaína lleva una rápida pérdida de peso, con debilidad física, extrema palidez de la cara, mareos, vómitos y gran excitabilidad.

Muy pocas veces la cocaína se consume sola, la estimulación que produce es muy intensa, los usuarios la combinan con una droga depresora, por ejemplo: cocaína con heroína para ser inyectada.

La cocaína no produce dependencia física ni síndrome de abstinencia, pero crea una fuerte dependencia psicológica, al suspenderla el usuario puede sufrir depresión y alucinaciones.

La cocaína produce un grado considerable de tolerancia, lo que puede llevar a una sobredosis y por tanto a una intoxicación aguda resultando:

inquietud, excitabilidad, euforia, alucinaciones, resequedad bucal, palidez, dilatación de las pupilas, fiebre, escalofríos, náuseas, vómitos, dolor abdominal, respiración irregular, que después se hace lenta y rápida, pulso rápido que después se hace lenta y débil, convulsiones y trastornos de la circulación dando como resul

tado de todo esto la Muerte.

Acción Farmacológica

Es un anestésico local tipo éter por cuya peligrosidad, ya que causa dependencia, su uso esta restringido, - actualmente a cirugía oftálmica y de oído, nariz y garganta. Sus efectos anestésicos cuando se aplican a mucosas comienza entre los 5 ó 6 minutos y persiste durante 20 ó más según la concentración de la substancia y la vascularidad del tejido.

En el ojo la cocaína provoca blanqueamiento de la esclerótica, dilatación de la pupila y efectos anestésicos en las estructuras superficiales.

Sistémicamente, la cocaína estimula la corteza cerebral y crea un sentimiento de bienestar, cesa la fatiga y aumenta la capacidad de trabajo.

Usos Clínicos

Los usos médicos de la cocaína son muy limitados, se le emplea como anestésico en cirugía de ojos y de oídos, nariz y garganta. En todo el mundo se produce alrededor de un kilo y medio de cocaína en forma legal para fines médicos. La inmensa mayoría de la cocaína es producida en forma ilícita.

c) Alucinógenos

" Se denomina drogas alucinógenas o psocomiméticas a las sustancias que producen alteraciones mentales, emo--

cionales y del comportamiento, semejantes a las que caracterizan a las psicosis con desorganización de la personalidad, suele provocar alucinaciones, es decir, falsas impresiones sensoriales " (8)

Nombres Populares:

Droga: mota, café, grafa, yerba, la verde, juanita, mostaza, de la buena, cannabis, pasto, mari, diosa verde, yerbabuena, mariquita, yesca, grass, oro verde, hoja verde, yerba verde, yerba santa, yerba del diablo, yerba de oro, zacate, pastura, alfalfa, María Juana, flor de juana, Mari Popins, marinola, Margarita, petate del sol, dado, Jefferson, cartucho, flauta, cáñamo, tronadora, achicalada, orégano, habanita, té, epazote, bailarina, güera, grilla.

Usuarios:

Grifo, marihuana, moto, pasado, motorolo, macizo, pacheco, en onda, drogado, mafufo, atizado, tocado, aliviado, en viaje, al punto, tizo, cruzado, tronado, colgado, yerbero, marimoto, corredor de motos, enmotado, enyerbado, moreliano, pasto, cafetero, verde, mostachón, yesco, grijalvo, grillo, achicalado, quemado, tostar, flamear, acelerado, conectado, enfado, deserizado, viajador, aviador, elevado, chupe, chupador, tronador, -

(8) Bonifaz, de Hernandez, Rosa FARMACOS DE ABUSO - Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia, - Procuraduría General de la Republica. México-1976 p.p. 26, 29.

andar volando, en órbita, transportado, tronársela, mazo, pasado.

Identificación de la Droga

La marihuana es una droga alucinógena que puede presentarse en diversas formas. Toda la marihuana se obtiene de una planta llamada Cannabis, que tiene la variedad "sativa e indica", conocida como cáñamo.

Esta planta se cultiva y crece silvestre, puede desarrollarse en todos los sitios del mundo donde hay clima templado, pero se le encuentra sobretodo en Africa, La India, Medio Oriente, Estados Unidos, y en especial en México.

La altura de la planta varía entre uno y tres o más metros, las hojas son largas, estrechas y aserradas, adaptando una forma de abanico, cada abanico tiene cinco o siete hojas, pero puede tener desde tres hasta quince. Estas hojas son lustrosas y pegajosas y su superficie está cubierta por vellos cortos.

Para la preparación de la marihuana se utilizan las hojas de la planta, sepárandolas de las semillas y los tallos, las hojas de color verde, se cortan finamente.

Si se utiliza la resina de la planta, la preparación se conoce con el nombre de Hashish. Esta resina de color café se comprime en forma de bloques, el hashish es más potente que la marihuana.

Otra preparación consiste en un líquido aceitoso de

color café oscuro que contiene una alta concentración - del principio activo de la Cannabis (tetrahidro-cannabinol) está preparacion es conocida como aceite de mariguana y aveces se añade a los cigarros de mariguana para - aumentar su efecto, aunque existe otras formas de consumiro de esta forma resulta más potente que la mariguana y el Hashish.

La droga que más se consume en México es la mariguana, por lo común los usuarios la fuman en forma de cigarrillos, donde puede fumarse solo en combinacion con - tabaco, tambien en pipas especialmente para la resina - o son consumidas en alimentos, pastillas o dulces o pueden masticarse las hojas.

Un cigarrillo con mariguana pura es más pequeño que un cigarrillo ordinario, y su contenido es de color verde, a diferencia del color café claro del tabaco, Cuando se enciende o se fuma la mariguana produce un olor parecido al de la paja seca en combustion.

Identificacion del Usuario

La potencia de la mariguana depende: La manera de preparacion y almacenamiento, los efectos - varían de acuerdo con la cantidad que se consume, el ambiente social y personalidad del usuario, generalmente - el consumir la droga es en grupo.

El efecto de la droga se hace sentir con rapidez, - entre 15 y 30 minutos de inhalar el humo, este efecto -

dura de dos a cuatro horas.

Existen dos signos prioritarios que se presentan:

Enrojecimiento de los ojos y el aumento de la frecuencia cardiaca (esto es con dosis altas).

Con dosis pequeñas ; (con medio cigarrillo) existe estimulación de manera que ríe y habla con facilidad y después se presenta una marcada somnolencia.

Con dosis mayores: (con un cigarrillo y medio) - aumenta la percepción de lo que esta ocurriendo en el exterior y se pierde la coordinación de las extremidades y la capacidad de recordar lo que ha ocurrido recientemente.

Con esto se produce:

Disminución anormal de la temperatura corporal, hambre insaciable e inflamación de las membranas mucosas, y los bronquios, la droga exalta la fantasía, el estado de ánimo y la sensación de estar por encima de la realidad y existe una pérdida del sentido del espacio y el tiempo relativo se hace muy lento.

Con dosis mayores: (con tres cigarrillos) se presentan alucinaciones muy vividas o sea estados de pánico, temor exagerado a la muerte y delirios de persecución.

Si la dosis es suficientemente alta, el usuario puede sufrir una psicosis tóxica.

La marihuana provoca una incapacidad para tomar decisiones que requieren de un razonamiento claro, no puede

de realizar correctamente las tareas que requieren de buenos reflejos, de coordinación de ideas y movimientos

El fumador puede tener la boca seca y sentirse mareado, con frecuencia necesita beber agua, cuando los efectos pasan el usuario suele sentirse muy hambriento y en especial prefiere los alimentos dulces.

El usuario crónico se ve somnoliento, suda abundantemente, está palido y tiene los dedos manchados o decolorados, su ropa y su aliento presentan un olor muy especial, parecido al del humo de la marihuana.

La marihuana no produce dependencia física ni síndrome de abstinencia, pero puede crear una fuerte dependencia psíquica, tampoco provoca tolerancia.

El abuso de la marihuana aun con dosis pequeñas puede provocar reacciones inesperadas con estados emocionales incontrolables.

Las dosis elevadas pueden producir conducta impulsiva, ansiedad, alucinaciones, pánico e incluso dar lugar a reacciones psicóticas, y puede desencadenar enfermedades latentes.

El uso continuo produce un hábito difícil de romper estados crónicos de apatía y desinterés, con disminución de la motivación.

La marihuana es una de las drogas más frecuentemente utilizadas y su abuso encierra graves riesgos.

d) LSD., Mezcalina, y la Psilocibina

Nombres populares:

Droga: Acido, chochos, aceite, viaje, orange, dulces cápsula, aceitunas, bomba, grasas, azúcar, terrones, su gar, papel, cristales, purple, gis, diablos, alefante - blanco, cápsulas, colorines, saturnos, lluvias de estrellas, alucinantes, nave, avándaro, mica, piedrita de la luna divina, tacotasa.

Usuarios:

anda ácido, viajando, en onda, viajero, drogadicto, chave ácido, aceitoso, chocheando, chochero, astronauta, piloto, aviador, cósmico, volando, alucinado, prendido, drogado, pasado, alivianado, elevado, onda gruesa, andar zorro, pastiloco, neblina.

Identificación de la Droga

La LSD, la mezcalina y el peyote constituyen tres - de las más grandes e importantes drogas alucinógenas, - también llamadas psicodélicas.

La LSD se deriva de un hongo llamado cornezuelo del centeno. En el mercado ilícito se prepara como un líqui do sin color, sin olor y sin sabor.

También se encuentra como polvo, como pequeñas píldoras blancas o de color, como tabletas o como cápsulas en ocasiones se encuentran redondas, planas y pequeñas

La manera de ocultarla ayuda a los traficantes y a los usuarios a trasportarla ya que se han encontrado en

terrones de azúcar, caramelos, porciones de gelatinas, -
aspirenas, papel, e incluso en el dorso se timbres de -
correos.

La LSD se puede tomar por vía oral o puede ser inyec-
tada.

La mezcalina es el ingrediente activo obtenido de -
los capullos de un cactu llamado peyote, este crece prin-
cipalmente en México, Los capullos pueden masticarse, o
bien pueden ser molidos en forma de polvo que se puede
colocar en cápsulas para ser ingerido o se puede fabricar
en un líquido café que se bebe. Los capullos tienen un-
fuerte sabor amargo.

Existen preparaciones ilícitas de mezcalina purifica-
da, se encuentra en polvo blanco y cristalino que se co-
loca en cápsulas. Usualmente es ingerida aunque tambien
existe ampúlas para ser inyectadas.

La psilocibina se obtiene de ciertos hongos que cre-
cen en México y América Central y este se consigue en -
forma de polvo cristalino o como solución.

Identificación del Usuario

Estas drogas producen una gran dependencia psiqui-
ca, no provocan dependencia física, pero si dan lugar a
tolerancia, rápidamente después de 4 o 5 días de uso con-
tinuado, los usuarios tienen que aumentar la dosis.

Los alucinogenos alteran la percepción del usuario
y disminuyen su capacidad para distinguir entre la rea-

lidad y la fantasía. Estas drogas aumentan la intensidad de las reacciones emocionales, y el usuario puede pasar rápidamente de un estado de ánimo a otro.

La persona se siente bombardeada y abrumada por todo tipo de estímulos externos, visuales, auditivos, táctiles, el usuario se siente al mismo tiempo relajado y ansioso, contento y triste, desasosiego e insomnio hasta desaparecer los efectos de la droga.

Los alucinógenos hacen a los usuarios muy susceptible a las sugerencias de otras personas.

La LSD, una dosis no mayor que la punta de un alfiler basta para producir los efectos, esto empieza a presentarse de 30 a 45 minutos después de la ingestión de LSD, aumenta gradualmente, llegando a su máximo durante 4 ó 5 horas y dura entre 8 y 10 horas.

Por lo general, el LSD se consume en grupo. Raravez se toma más de dos o tres veces por semana, las personas que la consumen son propensas a presumir este hecho y - hablar en la argot, La LSD es conocida como "ácido".

Un deterioro en la capacidad de estudio y de trabajo permite sospechar que una persona toma LSD.

La mezcalina tiene efectos muy parecidos a los de la LSD, las alucinaciones que provoca duran de 5 a 12 horas.

La psilocibina es menos potente que la LSD, pero en altas dosis produce los mismos efectos y es más potente que la mezcalina. Las alucinaciones que produce duran-

alrededor de 6 horas.

La LSD. está aumentando entre los farmacodependientes de clase económica alta, quienes pueden pagar el alto costo de esta droga, en los estados del norte de la república a crecido el indice como resultado de la influencia norteamericana.

Intoxicación Aguda

Dosis bajas provocan una sensación de bienestar; es frecuente la percepción delirante, que en la mayoría de ocasiones es agradable, la persona manifiesta risas inmotivadas.

La memoria también se afecta, particularmente la de corto plazo, las percepciones táctil, auditiva, olfatoria y visual, son enormemente alteradas.

Si la dosis se incrementa, se presentan alucinaciones visuales y táctiles, al igual que un desdoblamiento de la personalidad.

Como parte de una idea delirante, el individuo cree que aquello que piensa omnipotente, y que es una verdad absoluta no descubierta por nadie.

Cuando tienen un "mal viaje" los individuos buscan la ayuda de un médico. El cuadro se compone de ideas delirantes de daño y perjuicio, con alucinaciones terroríficas y marcados trastornos del yo; presenta crisis de pánico así como ideas suicidas.

El procedimiento terapéutico más adecuado es sugerirle al individuo un buen "viaje" o sea, hablarle de las cosas positivas de la vida, afirmandole que no le pasara nada malo y que sólo es una experiencia agradable.

Resumiendo los signos y síntomas de la intoxicación aguda, se presenta midriasis, visión borrosa, distorsión de la percepción, agudeza auditiva, temblor, fiebre, relajación, felicidad, temor o depresión, disociación mental, dificultades en resolver problemas simples, distorsión en la noción del tiempo, fenomenos parecidos a desordenes psicoticos de la personalidad y algunas veces, alucinaciones.

Acción Farmacológica

La LSD y la mezcalina, las drogas alucinógenas o psicoticomimeticas son muy parecidas entre sí. Desarrollan acciones psíquicas, motoras o autonómicas, después de administrarse y de un periodo latente de media hora o un poco menos (vía oral), o un cuarto de hora o menos (vía intramuscular). Se presenta una fase de excitación psíquica acompañada de alteraciones del Sistema Nervioso Autónomo (midriasis, taquicardia y salivación), alucinaciones visuales ricas en contenido y con la sensación de movimiento, un estado placentero y eufórico que al desaparecer, puede desencadenar un cuadro de ansiedad y aun desencadenar un estado de angustia.

Posteriormente a las alucinaciones aparece un tras-

torno de la personalidad conocido como despersonalización y consiste en que pese a que el sujeto está consciente, se siente ajeno a sí mismo.

2.- DEPRESIONES

Con la designación de hipnóticos-sedantes se agrupan algunas sustancias depresoras del Sistema Nervioso Central, cuyos efectos se reflejan primero en las funciones cerebrales. Suelen usarse para producir sedación ligera, sueño, hipnosis y anestesia. (9)

A) Alcohol

El alcohol es una droga que más se consume en el mundo y en México.

El alcohol es un fármaco depresor. Como tal inhibe y retarda las acciones del Sistema Nervioso Central.

El alcohol se absorbe rápidamente (100%) en el tubo digestivo, atraviesa con facilidad la barrera hematoencefálica y actúa en el cerebro como la mayoría de anestésicos generales.

Cuando se habla de alteraciones crónicas por alcohol debemos tener en cuenta que el factor nutricional comparte en alto grado la patología.

Cuando el alcohol es consumido en combinación con otra droga por ejemplo los tranquilizantes se observa.

(9) Up. cit. Uriarte, Bonilla Victor. p.p. 82

rian cuadros clinicos severos. Cuando el alcohol es ingerido por algún tiempo, puede presentarse dependencia física.

Las conductas de una persona que ingiere alcohol resultan más instintivas, primitivas y espontáneas, ya que se disminuyen las inhibiciones, y el individuo adquiere mayor confianza en sí mismo, se abaten sus preocupaciones, tensiones o verguenzas a expensas del estado de alerta, del juicio y la autocrítica son frecuentes los cambios emocionales bruscos, en ocasiones puede presentarse mayor depresión y agresividad.

La disminución en la capacidad de ejecución afecta no solo el área psicomotora, sino también la inteligencia, la memoria y la atención.

El síndrome de alcoholofetal es bien conocido y se produce por la ingestión de alcohol durante el período de gestación y este síndrome se caracteriza por anomalías en el SNC. como retardo mental y diversas malformaciones somáticas.

Sobredosis

Dependiendo de la cantidad ingerida puede presentarse desde un estado de confusión hasta coma y muerte.

Las manifestaciones clínicas más importantes de la sobredosis de alcohol son: piel fría y pegajosa, baja temperatura corporal, respiración lenta y ruidosa y taquicardia.

Síndrome de abstinencia

Quando un paciente desea suprimir la ingesta de alcohol que ha consumido en forma crónica, debe hacerlo en un medio hospitalario, sobre todo si la cantidad ha sido importante y por tiempo prolongado.

Síntomas principales del cuadro de abstinencia son: ansiedad, depresión, insomnio, temblor, náuseas, -- vómito, hipertensión arterial, crisis convulsivas.

Este síndrome de abstinencia se presenta aproximadamente de 12 a 72 horas después de interrumpir la administración de alcohol en forma total.

Quando la dependencia de alcohol es muy importante se presentan tres estados del síndrome:

1.- Síndrome Trémulo: se presenta pocas horas después de la supresión y se caracteriza por temblor, náuseas, -- ansiedad, hipersudoración y cólicos, alucinaciones visuales con los ojos cerrados y posteriormente con los ojos abiertos.

2.- Crisis generalizadas tónico-clónicas, se presenta aproximadamente a las 24 horas de la supresión.

3.- Conforme progresa el síndrome, el estado de conciencia se va debilitando hasta llegar a producirse un estado confusional (delirio tremens) acompañado de alucinaciones e ideas delirantes.

Identificación del Usuario

Con una dosis pequeña, se presenta relajación, sensación.---

de bienestar, locuacidad, y disminución leve de los --
reflejos.

Una dosis mayor, el doble de lo anterior, provoca -
dificultad en el habla, incoordinación de los movimien--
tos, juicio alterado, reducción de las inhibiciones, fal--
ta de control emocional.

Una dosis a un mayor produce una clara intoxicación
con marcada dificultad para la marcha, trastornos del -
pensamiento y la memoria, labilidad emocional y agresivi--
dad.

Con el doble de esta dosis se presenta coma y muerte
por depresión respiratoria, la piel se vuelve fría y pe--
gajosa, la temperatura baja, la respiración se hace lenta
y ruidosa, el corazón se acelera y las pupilas se dila--
tan.

Los datos más claros para reconocer a una persona -
que ha ingerido alcohol son: náuseas, vómito, incoordina--
ción, dificultad para hablar, pérdidas de las inhibicio--
nes, agresividad y aliento alcohólico.

b) Barbitúricos

Nombres Populares:

Droga: mandrax, ciclopales, seconales, chochos, pas--
tas, pasadrín, diablos, mandarina, seconal, secos, sódi--
cos, ciclón, tacitín, ecuanil, mejorales, nembotal, opta--
lidón, artane, chocolate, quesos.

Usuarios:

Pastillo, pasto, chocho, queso, mandro, secos, pastillero, pastelero, pastucho, chucho, xhocolate, diablo, pasado, aplatanado.

Identificación de la Droga

Los barbitúricos pertenecen al grupo de medicamentos popularmente conocidos como "pastillas para dormir", es una sustancia cuya acción principal es la de deprimir las funciones del Sistema Nervioso Central.

Los barbitúricos son producidos sintéticamente, en forma de cápsulas y tabletas de muy diversos colores, tamaños y formas.

Existen muchos tipos de barbitúricos, una buena parte de ellos se usan con fines médicos, se usan dosis bajas para tranquilizar a personas ansiosas y para producir sueño en caso de insomnio.

Los distintos tipos de barbitúricos difieren según el tiempo que tardan en iniciarse sus efectos y según la duración de los mismos.

Quando se usan como drogas de abuso, los barbitúricos generalmente se ingieren, pero a veces se disuelven en agua y se inyectan.

Los barbitúricos más usados por los farmacodependientes son:

- 1.- Pentobarbital Sódico. su nombre comercial más conocido es "Nembutal" son cápsulas amarillas.

- 2.- Secobarbital Sódico. se presenta como cápsulas rojas con el nombre comercial de "Seconal".
- 3.- Amobarbital Sódico son cápsulas azules y comercialmente se conoce como "Amytal".
- 4.- Amobarbital Sódico combinado con secobarbital sódico su nombre comercial es "Tuinal" y se presenta como cápsulas rojas y azules.

Identificación del Usuario

Adosis bajas los barbitúricos pueden hacer que el usuario parezca relajado y de buen humor, aunque su reacción es lenta.

A dosis elevadas los barbitúricos dan lugar a dificultades en el habla, tambaleos, pérdida del equilibrio, caídas, facilidad para reír o para llorar y agresividad, al igual que un sueño profundo, en ocasiones, el usuario despierta con sensación de "cruda" y en casos extremos los barbitúricos pueden provocar pérdida de la conciencia.

Los síntomas son parecidos al alcohólico solo que en los barbitúricos falta el aliento alcohólico. Por lo tanto, la apariencia de embriaguez sin aliento alcohólico nos indica intoxicación por barbitúricos.

La dosis excesiva de barbitúricos acompañados con alcohol suele provocar la muerte.

Efectos Colaterales

Somnolencia, disminución de las actividades físicas e -
 intelectuales tales como dificultad en el aprendizaje, -
 falta de concentración también puede existir modificacio-
 nes psíquicas, principalmente en los niños, tales como -
 irritabilidad, hiperactividad, agresividad y desobediencia
 patológica. En los ancianos puede haber confusión -
 mental.

Los síntomas más frecuentes de intoxicación aguda a -
 una sobredosis de barbitúricos son: desorientación, som-
 nolencia, inestabilidad emocional, pupilas pequeñas, --
 pérdida de la conciencia, flacidez muscular, coma, respi-
 ración lenta, volor morado de la piel, choque y final---
 mente la muerte.

Por las dosis excesiva de barbitúricos provocan de--
 pendencia física además de la psíquica, también se desa-
 rrolla tolerancia.

Por la tolerancia física se produce síndrome de absti-
 nencia los síntomas son muy peligrosos y pueden causar la
 muerte, empieza entre ocho y doce horas después de la -
 última ingestión de barbitúricos. los síntomas son: ...
 inquietud, nerviosismo, temblores, debilidad, insomnio, -
 delirios, náuseas y vómito. Después de 36 horas, se pro-
 duce convulsiones.

Usos clínicos

Los barbitúricos suelen utilizarse:

- a) para producir sedación ligera en sujetos excita -

dos, con reacciones afectivas exageradas.

- b) como hipnóticos en el tratamiento del insomnio
- c) en antiepilépticos (fenobarbital y meforbabitál)
- d) para controlar las convulsiones que ocurren en los casos de tétanos, eclampsia, estado epiléptico, - hemorragia cerebral e intoxicación medicamentosa.
- e) como preanestésicos
- f) como anestésicos endovenosos
- g) para producir el estado de seminconciencia que - requiera el narcoanálisis y la narcoterapia.

Tranquilizantes o ansiolíticos

Es el grupo medicamentoso utilizables en el control - de los estados de ansiedad ligados a situaciones ambientales de tensión.

Estas sustancias provocan depresión del SNC. afectan la actividad psíquica aun con dosis menores de las que - se requieren para producir depresión hipnotica y se - emplean también en el manejo de sujetos alcoholicos, - sobretodo en el periodo de supresión.

Clasificación

Se clasifican de acuerdo a su estructura química:

- 1) derivados del alcohol propílico (meprobamato, etínamato).
- 2) derivados de la Benzodiazepina (clordiazepóxido, diazepam)
- 3) sustancias químicas heterogéneas (bonactizina, metacualana).

Accion farmacológica

Son depresores del SNC. y su acción sobre éste resulta semejante a la que producen los barbitúricos. En dosis pequeñas disminuyen la intranquilidad, la tensión emocional y la ansiedad sin mermar ostensiblemente la percepción sensorial y el estado de alerta.

Los sujetos que padecen ansiedad o inhibiciones evidencian mejoría en su actividad mental y psicomotora, y a las personas irritables o agresivas les facilitan el sueño.

Indicaciones:

- a) En estados ansiosos psicóticos y no psicóticos, con nerviosismo, aprehensión y agitación psicomotriz.
- b) en algunas manifestaciones somáticas de la ansiedad (úlceras gástricas, cefalea tensional, colitis nerviosa, etc)
- c) En crisis fóbica o de pánico
- d) En trastornos musculares en donde se presenta espasmo.
- e) En síndrome de abstinencia por alcohol y otros tranquilizantes.

Sobredosis

Las benzodiazepinas son las sustancias que más se usan en intento de suicidio. Por su baja capacidad para deprimir los centros bulbares implicados en la respiración y el funcionamiento cardiaco, las complicaciones más importantes por sobredosis de estos medicamentos se-

derivan de la depresión del SNC. y pueden abarcar desde - la somnolencia hasta la coma.

Los efectos sobre la presión sanguínea, la frecuencia cardiaca y la respiración se presentan solamente cuando las dosis son extremadamente grandes.

Signos y síntomas de intoxicación aguda:

Somnolencia, letargia, nistagmus (movimiento rápido - involuntario del globo ocular), diplopia (visión doble) visión borrosa, debilidad, relajamiento muscular, tinitus confusión mental, alucinaciones, disminución de los reflejos, coordinación pobre, hiperactividad, convulsiones en algunos casos, hipotensión, shock, coma y depresión - respiratoria.

En ocasiones, la prescripción médica da origen al - abuso de estas drogas. Creandose un estado de farmacodependencia en el cual las dosis ingeridas son mucho mayores a las terapéuticas, la persona no puede vivir sin -- esta droga y la situación escapa del control médico.

Estas drogas deben recetarse solamente en casos pasajeros de ansiedad y cuando el caso lo amerite.

Analgésicos narcóticos:

Opio, morfina, heroína y codeína.

Se llaman drogas analgésicas las sustancias que al - actuar directamente sobre el SNC. suprimen el dolor.

Hay dos tipos de ellas:

a) antipiréticos analgésicos, no solo reducen el do-

lor, sino que al mismo tiempo intervienen para activar el descenso de la temperatura.

b) analgésicos narcóticos o hipoanalgésicos, además de aliviar el dolor son magnificas inductoras de sueño.

Nombres Populares:

Droga: tecata, arpón, nieve, polvo, heráica, pericazo, polvo amargo, polvo blanco, cristales, borra blanca, - dama blanca, papel, papelito, goma, pasta, helena, adormidera, amor, arponazo, piquete, banderilla, chutazo.

Usuarios:

Arponero, arponeado, tecatos, banderilleros, héroe, - heroínómano, morfínómano, morfino, morfo, inyecto, piquete, tecate, gavilán, gomero, viajero, drogado, curado, - chivo.

Identificación de la droga

El opio se obtiene de la adormidera o amapola (Papaver somniferum). La adormidera es una planta de una altura entre 70 centímetros y un metro y medio, que produce - flores blancas de cuatro pétalos. Tiene una cápsula de forma ovalada que cuando está madura es un tamaño intermedio entre una nuez y una naranja. En el interior de la cápsula se encuentra además de las semillas, una sustancia espesa de color blanco, Para extraerla se hace una incisión en la cápsula, la sustancia se endurece y toma un color café oscuro, tiene olor fuerte, parecido al amoníaco y un sabor amargo.

El opio se presenta en forma de varas, planas o -

barras, de color café o dorado. Se puede ingerir o inyectarse, existen además preparaciones farmacéuticas como la tintura alcanforada de opio que se utiliza como medicamento contra la diarrea.

La morfina se aisló en 1803, reconociéndose, como el alcaloide principal del opio (10%). Su nombre viene de Morfeo (dios del sueño), la morfina se presenta como un polvo fino o en bloques. La morfina inyectada es diez o 20 veces más potente que el opio ingerido.

La morfina es el analgésico más poderoso que se conoce; su uso provoca efectos indeseables produciendo adicción, empleándose solo para tratar dolores muy intensos como; fracturas, quemaduras, intervenciones quirúrgicas y reducir el sufrimiento en las últimas fases del cáncer.

La Heroína se sintetizó de la morfina en el año de 1889 y es de 3 a 4 veces más potente que está. En su forma pura, es un polvo cristalino blanco tan fino que desaparece al frotarse contra la piel, cuando su fabricación es imperfecta, resulta de color amarillenta, rosado o café y de consistencia áspera.

La heroína llega al mercado ilícito adulterado, con azúcar, quinina u otras sustancias.

Lo más común es que se inhala después de calentarla o bien que se disuelva en agua y se inyecte. La heroína no se emplea en medicina, en México esta totalmente prohibido

La codeína se obtiene en su mayor parte de la morfina su poder adictivo es mucho menor que el de las drogas an-

teriores.

Para poder causar dependencia debe tomarse en grandes cantidades y por mucho tiempo, puede ingerirse o inyectarse,

Su presentación es en polvo blanco o tabletas, en medicina se emplea en jarabes y tabletas para suprimir la tos, y para suprimir el dolor, aunque sus efectos analgésicos son menores que la morfina.

Identificación del Usuario

El estupefaciente más usado por farmacodependientes, es la heroína el cual debe sospecharse su uso cuando: se encuentran cerillos quemados junto con papel de aluminio que tenga señas de haber sido expuesto a una flama, - sobretodo si presenta rastros de un polvo blanco o café.

Cuando es por inyección se encuentran jeringas, una cuchara con el mango doblado, algodón y una ligadura.

El adicto a la heroína se reconoce por la presencia - de marcas de inyecciones, costras, cicatrices o decoloración de la piel, sobretodo en los antebrazos o en el pliegue interno del codo, en tobillos y en el empeine o en las piernas.

El heroínómano necesita buscar privacidad de cada 4 a 6 horas a fin de aplicarse otra inyección o realizar otra - inhalación.

La heroína produce una reacción emocional consistente en una atenuación de los temores y una liberación de las

preocupaciones, después sigue un estado de inactividad - parecido al estupor.

El abuso de la morfina se sospecha también cuando hay huellas de inyección. En dosis terapéuticas, la morfina produce efectos secundarios que incluyen náusea y vómitos estreñimiento, comezón, sobretodo en la nariz, sensación de calor, pesantez de los miembros, constricción de las pupilas y depresión respiratoria.

La práctica de fumar opio es rara y debe sospecharse ante la presencia de una pipa con una pequeña cavidad en un extremo, una lampara para calentar el opio, una aguja y limpiadores de pipas.

El abuso de codeína se sospecha al encontrar una gran cantidad exagerada de botellas de jarabes vacías para la tos producido a base de está droga.

La codeína produce primero una sensación de bienestar algunos usuarios se vuelven muy sociables y se sienten - valientes.

Con dosis mayores se vuelve solitario y se desconecta del medio, los efectos empiezan a la media hora de haber tomado la codeína y duran de 8 a 18 horas.

En terminos generales el abuso de alguna de estas cuatro drogas, hace que el usuario se vea somnoliento, apático, poco comunicativo, con un escaso interés en lo que ocurre a su alrededor y con poca capacidad para concentrarse.

El usuario puede simplemente sentarse y mirar extraviadamente hacia el espacio. Sus ojos pueden aparecer - descoloridos y con las pupilas muy pequeñas. En ocasiones se produce primero euforia y una sensación de desconexión con respecto al dolor y a las preocupaciones sociales. El hambre, la agresividad y los deseos sexuales están disminuidos.

El usuario crónico pierde peso y se ve descuidado, - puede usar anteojos para cubrir sus pupilas y camisas de manga larga para cubrir la huellas de las inyecciones.

Cuando se acerca la hora de consumir una nueva dosis el usuario empieza a presentar el síndrome de abstinencia cuando es leve, se caracteriza por bostezos, ojos llorosos, flujo nasal, nerviosismo, ansiedad, comezón dilatación de las pupilas y "carne de gallina".

Cuando los síntomas son más graves, se presentan insomnio, suduración profusa, diarrea, náuseas, contracciones musculares, fuertes dolores en la espalda, y en las - piernas, escalofríos, aumento de la respiración y de la presión sanguínea, fiebre y una sensación de desesperación y obsesión por conseguir la droga.

Las cuatro drogas producen dependencia psíquica y - una gran dependencia física. Existe marcada tolerancia - lo que obliga al usuario a aumentar progresivamente la - dosis.

La intensidad del síndrome de abstinencia varía con el grado de dependencia física y con la cantidad de dro-

ga que se consuma. Los síntomas empiezan a manifestarse - entre 8 y 12 horas después de la última dosis, aumenta -- gradualmente en intensidad para alcanzar su máxima intensidad entre 36 y 72 horas, posteriormente los síntomas -- disminuyen gradualmente en los próximos 5 a 10 días, pero el insomnio, el nerviosismo y los dolores musculares persisten varias semanas.

El principal peligro que corre el abusador de estas - drogas es la sobredosis por: la inesperienza, calcular - erróneamente la potencia de la dosis, o la droga puede - ser más poderosa de lo que se le advirtió al comprarla.

Intoxicación aguda

Por los efectos depresores que los opioides tienen sobre el SNC. la persona puede presentar una ligera somnolencia hasta coma y muerte por paro respiratorio, otros síntomas que acompañan a la sobredosificación son: incoordinación motora, desorientación motora, desorientación, obnubilación de la conciencia, miosis y crisis convulsivas, el efecto en el sistema cardiovascular no es muy marcado, - pero al agregarse hipoxia, puede comprometerse en forma importante, lo mismo sucede con el tamaño de las pupilas que se dilatan cuando la hipoxia es considerable, se presenta hipotermia, piel fría y pegajosa así como hipotonía muscular, la frecuencia respiratoria puede ser tan baja - como 2 a 6 por minuto.

Complicaciones por el uso excesivo

Otro peligro de la adicción a los estupefacientes -

consiste en la desnutrición, ya que los usuarios de estas drogas no sienten hambre.

Las complicaciones principales son: absceso local, cuando se aplica el narcótico intramuscularmente sin el proceso higiénico adecuado. Si la administración es intravenosa, se puede producir septicemia, endocarditis, infecciones pulmonares, renales y en los sitios donde las bacterias se diseminan.

También puede presentarse hepatitis, Sida y paludismo. Por auto descuido puede haber desnutrición, anemia, enfermedades venereas.

Las complicaciones psíquicas más importantes del crónico son: desinterés en las metas sociales así como conductas poco constructivas. Esto se debe a las características de personalidad del adicto.

Existen poblaciones donde la droga se vende muy adulterada, y es introducida al país vendiéndose en el mercado en forma más pura que lo habitual y muchos adictos son víctimas de sobredosis.

Inhalantes y Disolventes

Los inhalantes forman un grupo especial de depresores del SN. al igual que los disolventes.

Se incluyen diversas sustancias que se usan principalmente en las industrias así como en el hogar, y su composición química es variada. Se incluyen pegamentos, aerosoles, tintas para zapatos, limpiadores de metales, líquidos quitamanchas, gasolininas para encendedores, disolventes.

tes, barnices, pinturas y solventes industriales (hidrocarburos, de cloro y fluor), anestésicos (cloroformo, éter y óxido nítrico)

"Los solventes industriales" son productos orgánicos líquidos de importancia comercial, con propiedades para disolver o dispersar sustancias de naturaleza orgánica, naturales o sintéticas, normalmente insolubles en agua.

Los aerosoles son productos líquidos, sólidos, o gaseosos (o mezcla de los tres), que se descargan mediante una fuerza propulsora de gas comprimido (licuado o no) que los impulsa de su recipiente al exterior a través de una válvula.

Dentro de las marcas registradas más utilizadas por los toxicómanos se encuentran:

Flexo, cemento duco, tiner, activador, resistol 5000 cloruro de etilo, revll.

Estos compuestos contienen diversas sustancias y su composición varía según el tiempo en el cual fueron hechos, también contienen metales y algunos otros elementos nocivos, pero su composición química principal, la cual es inhalada, se encuentran sustancias tales como tolueno, xileno, benceno, alcohol metílico, acetona.

Los productos más importantes son:

pegamento, gasolina, líquido de encendedores, tiner, éter, cloroformo, óxido nítrico, líquido de tintorería (tricloroetileno), benceno, xileno, tolueno y acetona.

Todas estas sustancias son o contienen compuestos volátiles. Por ella, se consumen como drogas de abuso inhalándolas.

Se ha señalado al tolueno como la sustancia que provoca la mayoría de los efectos psicotrópicos.

Farmacología

Está demostrado que se absorben rápidamente por el aparato respiratorio, por la amplia superficie pulmonar - pasando directamente por la sangre y por su alto poder - liposoluble cruzan con facilidad la barrera hematoencefálica, alcanzando inmediatamente el cerebro.

La exposición repetida a ellos deprime la médula ósea se ha descubierto en individuos muertos por intoxicación con inhalantes, al efectuar la autopsia, hemorragias peteequiales, sangre no coagulada y congestión de todos los -- órganos.

Tanto por la elevada bioaccesibilidad de las sustancias, como por el enorme flujo sanguíneo que recibe el -- cerebro, el resultado es inmediato, y tiene la desventaja de que puede sobrepasar el efecto deseado, y deprimir profundamente al SNC.

Por este mecanismo, actúan como verdaderos anestésicos o narcóticos, la depresión del SNC. se lleva a cabo por un impedimento en la neurotransmisión, debido a modificaciones en la permeabilidad de la membrana neuronal.

A partir de los dos minutos de inhalación puede encon

trarse el tolueno en la sangre, aunque a los diez minutos los niveles plasmáticos son más elevados y raramente, la sintomatología decrece. Una parte importante se excreta sin modificaciones, alguna por el aparato respiratorio, * es por esto que el aliento permanece fuertemente impregnado durante algunas horas.

Administración:

El propósito del farmacodependiente es obtener la mayor cantidad de la sustancia en su aparato respiratorio, por ello la persona humedece un trapo o estopa con el disolvente que decidió utilizar, y lo lleva hacia la boca o la nariz, aspirando profundamente, pero sin permitir que toque las mucosas directamente, ya que produce irritación

También vierte la sustancia dentro de una bolsa de plástico evitando que se evapore con rapidez, y colocándola firmemente en boca y nariz, inhala y exhala, para que su propio aire se "cargue" de la sustancia, y sea reintroducido a las vías respiratorias.

A este procedimiento se le da el nombre de "bucear" en el caló del toxicómano.

Intoxicación aguda

Tanto en animales como en humanos se ha visto que inmediatamente después de inhalar estas sustancias se presenta un estado de excitabilidad motora con manifestaciones automómicas, seguido de una depresión que puede llegar hasta la anestesia, al suspender el tóxico se reinstala una fase de excitación motora que dura de 30 minutos a--

varias horas, estos períodos pueden variar según los -- sujetos, así como la tolerancia que desarrollen.

Dentro de los síntomas sobresalientes se encuentran: lenguaje incoherente y farfullante, desorientación, mareo, euforia, alucinaciones auditivas y visuales, disartria, - alteración de la capacidad cognositiva, incoordinación -- psicomotora, ataxia, disgregación del pensamiento, somnolencia, estupor, pérdida de la conciencia, crisis convulsivas, desinhibición, agresión, autoagresión, midriasis, nistagmus, taquisfigmia, distorsión visoespacial (macropsias, micropsias). el cuadro semeja una crisis de epilepsia, se puede presentar un cuadro confusional prolongado, descrito también como síndrome cerebral agudo, el cual -- dura varios días.

La muerte puede sobrevenir por asfixia, ya que al -- caer inconsciente el inhalador, puede quedarse pegado el plástico de la bolsa a la boca, debido a la humedad del aire exhalado, se adhiere firmemente, impidiendo la res--piración: o puede suceder que se deprima el centro respi--ratorio por sobredosis, o sobrevenga arritmia ventricular así como por broncoaspiración, depresión de la contractibilidad de la fibra cardíaca, y para de este órgano.

Los períodos de amnesia, la dificultad para controlar la temperatura, la hipoxia, así como la falta de integración del estímulo doloroso pueden llevarlo a la muerte.

Intoxicación Crónica

El cuadro clínico de los inhaladores crónicos se --

caracteriza:

retardo emocional, retardo motor, halitosis, depresión, preocupaciones somáticas, alucinaciones, ansiedad, suspicacia, tensión emocional, y desorganización conceptual.

Existe además trastornos de la atención, de la memoria de los instintos del comportamiento social, de los sentimientos y del estado del ánimo, existe deterioro psicossocial, así como anorexia, subalimentación y con ello mayor susceptibilidad al efecto tóxico de los inhalantes, la cefalea y el agotamiento general son otras de las manifestaciones más frecuentes.

En el aparato respiratorio puede presentarse irritación de la mucosa con la consecuente rinitis, bronquitis crónica, así como tos, ocasionalmente hemoptoica.

En los riñones puede haber necrosis y hemorragias, además de proteinuria, leucocitosis e infecciones en las vías urinarias.

El hígado puede estar crecido y doloroso con zonas de necrosis y en los hallazgos de laboratorio, hay elevación de la fosfatasa alcalina.

En el tejido hematopoyético se ha presentado anemia, trombocitopenia, granulocitopenia con las consecuentes infecciones añadidas, incluyendo la muerte.

Las alteraciones neurológicas de primordial importancia se demuestran en un cuadro electroencefalográfico.

Se ha demostrado histológicamente alteraciones en to-

do el sistema Nervioso Central.

Una de las alteraciones que con mayor frecuencia se ve en la clínica es la neuropatía periférica que se inicia con parestias y parestesias de las extremidades.

Después de la suspensión del toxico, puede progresar la patología hasta por 14 semanas, puede presentarse escotoma central y ceguera por lesión del nervio óptico.

Síndrome de abstinencia

Las principales manifestaciones son: excitación psicomotora, ansiedad, cefalea, sensación de cuerpo cortado y calambres abdominales.

Identificación del usuario

La mayor parte de los inhaladores son niños y jóvenes generalmente de clase baja.

Los efectos de la inhalación de estos depresores del sistema nervioso aparecen rápidamente y duran al rededor de media hora. En las fases iniciales producen una sensación de hormigueo y de mareo que es seguida de visión borrosa, zumbidos en los oídos y dificultades para articular palabras.

Se presenta un estado de embriaguez, junto con alborozo, euforia, inestabilidad de la marcha, sensación de flotar, inquietud, pérdida de las inhibiciones, agresividad, y sentimiento de gran poder. El usuario se ve aturdido y borracho.

En una fase posterior puede vomitar, sentir mucho sueño e incluso perder la consciencia, cuando se recupera puede no recordar nada.

Si la intoxicación es severa hay temblores, respiración rápida y superficial, irregularidad en el latido cardíaco, convulsiones y coma.

Los inhalantes provocan marcada dependencia psíquica, poca dependencia física y una gran tolerancia.

El usuario se reconoce porque tiene los ojos llorosos está eufórico o somnoliento, habla con dificultad y camina tambaleándose, en forma parecida al alcohólico.

¿ QUIENES CONSUMEN DROGA ?

Con el objeto de comprender la magnitud del consumo - de drogas en nuestro tiempo, a la par que darle el peso - específico que realmente tiene en nuestra sociedad, es - menester deslindar los diferentes tipos de usuarios.

No podemos considerar con el mismo grado de preocupa- ción a una persona adulta que en su juventud probó las o alguna droga, que a un joven que inició su utilización en los primeros años de su adolescencia y ha consumido algu- na droga, regularmente desde hace más de cinco años .

Es frecuente que los resultados de los estudios que - analizan la extensión del consumo de drogas no aclaren -- exactamente la frecuencia con que se consumió la sustan-- cias. Por lo general, las clasificaciones más aceptadas - son aquéllas que separan a los consumidores en cuatro ni- veles:

· Experimentales: son los consumidores que han proba- do la sustancia motivados en general por la curiosidad de sus efectos, pero no se han sentido impulsados a repetir la experiencia.

Ocasionales: Son los consumidores que utilizan una - sustancia cuando se encuentran en una situación especial, por lo general en un contexto social en donde el resto -- del grupo la consume. Sin embargo, no se sienten intere-- sados en repetir la experiencia fuera de ese medio, ni lo hacen frecuentemente o con regularidad.

Funcionales: Son los consumidores que utilizan la sustancia con frecuencia y con regularidad, ya han desarrollado problemas de dependencia de algún tipo, pero se desenvuelven en su medio familiar, laboral, académico y social sin que tales problemas les provoquen conflictos.

Disfuncionales: Son aquellos consumidores que no sólo utilizan la sustancia con frecuencia y regularidad sino que su vida gira en torno a la droga, lo que se hace evidente por los problemas en relación con su medio y, con frecuencia, por las consecuencias de la droga en su organismo y funciones mentales.

Si bien esta clasificación se basa en los niveles de consumo, no implica una progresión en el caso individual.

En efecto, para la mayoría de estas sustancias, este camino no es recorrido necesariamente por todos los consumidores. Así, una gran proporción únicamente experimentarán con alguna droga y habrá una mayor cantidad para los que sea una costumbre de su grupo de compañeros, durante algún tiempo.

El consumo de drogas por parte de los adolescentes, existen tres tipos básicos de consumidores en ese grupo de edad:

El primero abarcaría el consumo de sustancias denominadas de uso legal, como el tabaco y el alcohol y representaría el ingreso a una de las costumbres que se dan en la sociedad contemporánea entre amplios estratos de la población adulta.

El segundo, que entraría dentro de lo que hemos denominado "experimentación", se relaciona con un tipo de búsqueda que es frecuente en la adolescencia y que en ocasiones forma parte del proceso de desarrollo de la autonomía y diferenciación con respecto a los padres y comprende, además del consumo de la droga, un incremento en las relaciones extrafamiliares y rebeldía. En este caso se considera a tal consumo como un síntoma dentro de la evolución en la diferenciación de los padres entre esos adolescentes.

En el tercer tipo de consumo, allí quedarían incluidos los consumidores funcionales y disfuncionales, puesto que supone un uso regular y compulsivo. El consumir la droga viene acompañado con altos niveles de insatisfacción y depresión así como un fuerte alejamiento de los padres.

En relación al paso de un tipo de consumo, a otro diversas investigaciones han demostrado que entre los adolescentes la iniciación se da en la generalidad de los casos por la incitación del grupo de compañeros, pero el paso al consumo regular depende de otros factores, entre los que destacan los del mismo individuo y ya no tanto los valores y actividades del grupo de compañeros.

En México se ha evidenciado que una amplia proporción de la familia de los farmacodependientes crónicos proviene de la inmigración de zonas rurales a urbanas. El cambio de la vivienda no les ha producido una mejoría económica, por lo que los padres se sienten frustrados, pero sí les ha creado problemas de adaptación.

El consumo de drogas podría formar parte de un proceso de adaptación de los hijos, que rechazar el sistema de valores de sus padres y que, por lo mismo, otorgan más valor a las normas de sus compañeros y, en este caso, a la drogadicción.

Esta costumbre les permite evadir su frustración y -- percibir con menos intensidad el hambre y el frío.

En hogares en los que el hijo debe asumir desde niño tareas para contribuir al sustento de la familia, los padres ven disminuida su autoridad y su posibilidad de servir de modelo ante sus hijos.

La falta de canales de comunicación verbal entre padres e hijos puede provocar actos de violencia por parte de los mayores, llegando en ocasiones a provocar heridas de gravedad.

En estudios comparativos realizados entre drogadictos crónicos y sujetos control provenientes de grupos socioeconómicos semejantes, pero que no utilizan drogas, se pudo percibir que las familias del grupo control se encontraban, por lo general, estructuradas, con aceptables niveles de comunicación entre sus miembros, los cuales no participaban en actividades delictivas. Esta situación se oponía a lo que se daba en las familias de los usuarios, en las cuales la relación entre los padres era mala, se reportaban con gran frecuencia varias uniones sucesivas y había alta incidencia de alcoholismo entre los padres e importantes niveles de promiscuidad.

Motivaciones hacia el consumo

El consumidor con frecuencia no reporta causas externas a su persona o a la sustancia consumida, dejando de lado los elementos familiares y sociales que intervienen en la generación de su consumo.

Influencia del grupo de compañeros

En éste un factor de gran peso en la iniciación y mantenimiento del consumo de las sustancias. El grupo es el que decide el tipo de producto y marca el modo de utilización, y si se produce modificaciones, se presentarán en todos los miembros del grupo en forma casi simultánea.

Perfil del Drogadicto

Los principales factores de la personalidad del drogadicto, descritos en diferentes estudios de la materia, señalan un sentido de falta de educación, frustración por la incapacidad de alcanzar los niveles esperados por sus padres, timidez, antecedentes de trastornos emocionales y una necesidad más alta de lo común por descargar tensiones asociadas con impulsos sexuales y agresivos.

Otros rasgos detectados fueron niveles más bajos de los esperados en cuanto a aplomo, seguridad en sí mismos, socialización, madurez y responsabilidad así como una mayor resistencia a la autoridad, y una mayor proporción de reportes de suposiciones persecutorias y de sentimientos de creencias alejados de la realidad, la falta de metas o motivos para mejorar su personalidad, jóvenes solitarios, jóvenes que no estudian, hijos de padres droga-

dictos, padres sobreprotectores, padres que eligen por -
sus hijos, hijos de padres divorciados.

Elementos Sociales.

La gama de factores de tipo social es la más amplia, dado que comprende al grupo generacional y a la comunidad a nivel local, nacional e internacional. En cada uno de ellos coexiste agentes desencadenantes o de mantenimiento del proceso.

Dentro de este extracto se engloban los diversos elementos culturales, políticos y económicos que presionan, inducen u orillan al individuo al consumo de drogas.

- . Las falsas expectativas por la sociedad que generan frustraciones entre los que no pueden alcanzarlas;
- . Los conflictos y crisis de valores de los inmigrantes de zonas rurales a urbanas, que se ven obligados a abandonar sus patrones de vida tradicionales, pero que aún no asumen los del nuevo medio como propios.
- . El excesivo consumismo de los miembros de la sociedad fomentado a través de la publicidad, la cual -- con frecuencia equipara el nivel de consumo con la aproximación a la realización personal.
- . La pérdida de valores estables y la ambivalencia de los marcos sociales de referencia.
- . La búsqueda del placer inmediato y la baja resistencia al dolor físico o la frustración.
- . La carencia, en especial en las grandes urbes, de redes de apoyo comunitario que permitan al indivi--

duo sentirse parte del grupo que se interesa por él.

Si bien los elementos culturales actúan como agentes precipitantes del consumo inadecuado de farmacos, existe otro que sólo perpetúa la situación y que es la estigmatización del farmacodependiente influenciada por las interpretaciones erróneas de los aspectos legales, haciendo que se equipare al consumidor de drogas como un criminal o vicioso, que no merece la ayuda del resto de la sociedad. Esta actitud dificulta la rehabilitación, al impedir la integración del farmacodependiente a su medio.

Entre los elementos de tipo económico se encuentran los que inciden sobre los grupos de menores recursos, -- provocando desempleo, condiciones insalubres, hacinamiento o mala alimentación que pueden motivar un deseo de escape o de negación de la realidad.

Elementos familiares

En el medio socioeconómico se desenvuelve la familia, según señala en el esquema presentado, la cual, desde un nivel más próximo al individuo, repite con sus miembros, con diferentes niveles de intensidad según cada caso, los patrones culturales y las presiones económicas de su contexto. Es así que, por ejemplo, en la familia pueden presentarse como elementos de desencadenamiento los patrones inadecuados de consumo de sustancias por parte de los padres, y que éstos transmiten a sus hijos. Podrían utilizarse como paliativo ante frustraciones que no saben manejar o como apoyo ante situaciones de tensión. Se encuentran posturas que pueden ir desde el excesivo consumo de

medicamentos y los hábitos inadecuados en la comida o la bebida hasta la asimilación acrítica de la influencia - consumista de los medios de comunicación masiva.

La desintegración del núcleo familiar también puede incidir, al no proporcionar la seguridad y el efecto que necesitan sus miembros, contribuyendo de este modo a que alguno de ellos busque el apoyo que no encuentra en su entorno, o llamar la atención del mismo, a través del consumo de cualquier sustancia.

Una vez que el proceso se ha desarrollado, la familia puede utilizar al miembro farmacodependiente como foco de atención que sesimule una situación conflictiva que no se desea enfretar, o se le puede rechazar impidiéndole - su reintegración al núcleo familiar, convirtiéndose en - ambos casos en elementos de mantenimiento del problema.

Elementos individuales

En el tercer estrato, el del nivel individual, se detectan dos tipos de elementos: los psíquicos y los fisiológicos. Los primeros se evidencian en la motivación que genera el consumo o experimentación, un estado de ánimo: de compartirlo con un grupo; o de sentirse parte de éste inquietudes que son frecuentes en la adolescencia y que no pueden considerarse como patológicas en ningún grupo de edad.

Estas diferentes motivaciones en general pueden ser expresadas por el consumidor a nivel consciente. Existen otras que son impulsadas por pratonos de índole social y familiar y que el farmacodependiente expresa mediante-

su consumo de drogas. Entre estas figurarían el deseo de evasión, de olvidarse u oponerse a un medio frustrante, opresivo, tedioso, demasiado tensionante o carenciado.

El uso esporádico puede transformarse en habitual, generalmente en individuos cuyas características de personalidad incluyen bajo potencial de tolerancia a la frustración o al dolor, estados depresivos o ansiosos y bajo nivel de auto-estima.

Tales problemas contribuyen a deteriorar la auto-imagen de ese individuo, lo cual es reforzado, en algunos casos, por la actitud desinteresada o devaluatoria de los padres, que hace que el sujeto siga considerando que tiene algún tipo de incapacidad que, de hecho, quizás ya haya sido superada y sea inexistente.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

79

R E S U L T A D O S

CUADRO No. 1

SEXO DE LOS ALUMNOS ENCUESTADOS QUE NOS PERMITEN CONOCER
LOS PRINCIPALES FACTORES QUE FAVORECEN LA FARMACODEPEN--
DENCIA.

SEXO	Po	%
MASCULINO	33	66
FEMENINO	17	34
TOTAL	50	100

Fuente: Cuestionario a los Alumnos del 2do. y 3er. año
de la Escuela Secundaria No. 20 de la Colonia
Pensil, México D.F.

CUADRO No. 2

SEXO MASCULINO Y SU EDAD DE LOS ALUMNOS ENCUESTADOS QUE NOS PERMITEN CONOCER LOS PRINCIPALES FACTORES QUE FAVORECEN LA FARMACODEPENDENCIA.

EDAD	Sexo	Fo Masculino	%
12 años		1	3.03
13 años		20	60.6
14 años		8	24.2
15 años		3	9.02
16 años		1	3.03
TOTAL		33	100

Fuente: Lbidem.

CUADRO No. 2 A

SEXO FEMENINO Y SU EDAD DE LOS ALUMNOS ENCUESTADOS QUE NOS PERMITEN CONOCER LOS PRINCIPALES FACTORES QUE FAVORECEN LA FARMACODEPENDENCIA.

EDAD	Po SEXO FEMENINO	%
12 años	1	5.88
13 años	7	41.77
14 años	8	47.05
15 años	1	5.88
16 años	-	-
TOTAL	17	100

Fuente: IBIDEM,

CUADRO No. 3

SEXO MASCULINO Y SU GRADO DE ESTUDIO DE LOS ALUMNOS QUE NOS PERMITEN CONOCER LOS PRINCIPALES FACTORES QUE FAVORECEN LA FARMACODPENDENCIA.

GRADO DE ESTUDIO	№ SEXO MASCULINO	%
1er. año	-	-
2do. año	22	66.66
3er. año	11	33.33
TOTAL	33	100

Fuente: *ibidem*.

CUADRO No. 3A

SEXO FEMENINO Y GRADO DE ESTUDIO DE LOS ALUMNOS QUE NOS
PERMITEN CONOCER LOS PRINCIPALES FACTORES QUE FAVORECEN
LA FARMACODEPENDENCIA.

GRADO DE ESTUDIO	No SEXO FEMENINO	%
1er. año	-	-
2do. año	10	58.82
3er. año	7	41.17
TOTAL	17	100

Fuente: Ibidem.

CUADRO No. 4

SEXO MASCULINO Y EL NÚMERO DE RECAMARAS CON LAS QUE CUENTA LA VIVIENDA DE LOS ALUMNOS ENCUESTADOS QUE NOS PERMITEN CONOCER LOS FACTORES QUE ORIGINAN LA FARMACODEPENDENCIA.

No. de RECAMARAS	No SEXO MASCULINO	%
UNA	6	18.18
DOS	18	54.54
TRES	4	12.12
CUATRO	5	15.15
CINCO	-	-
SÍIS	-	-
TOTAL	33	100

Fuente: *ibidem*.

CUADRO No. 4A

SEXO FEMENINO Y EL NUMERO DE RECAMARAS CON LAS QUE CUENTA LA VIVIENDA DE LOS ALUMNOS ENCUESTADOS QUE NOS PERMITEN CONOCER LOS FACTORES QUE ORIGINAN LA FARMACODEPENDENCIA.

No. de RECAMARAS	Por SEXO FEMENINO	%
UNA	3	17.64
DOS	7	41.17
TRES	5	29.41
CUATRO	1	5.88
CINCO	-	-
SEIS	1	5.88
TOTAL	17	100

Fuente: Ibidem.

CUADRO No. 5

SEXO MASCULINO Y EL NUMERO DE PERSONAS QUE VIVEN CON -
 LOS ALUMNOS ENCUESTADOS QUE NOS PERMITEN CONOCER LOS -
 PRINCIPALES FACTORES QUE FAVORECEN LA FARMACODEPENDEN-
 CIA.

Número de personas que viven con tigo	Por Sexo Masc.	%
UNA	-	-
DOS	-	-
TRES	5	15.15
CUATRO	3	9.09
CINCO	11	33.33
SEIS	12	36.36
SIETE	1	3.03
OCHO	-	-
NUEVE	1	3.03
DIEZ	-	-
TOTAL	33	100

Fuente: ibidem.

CUADRO No. 5A

SEXO FEMENINO Y EL NUMERO DE PERSONAS QUE VIVEN CON LOS ALUMNOS ENCUESTADOS QUE NOS PERMITEN CONOCER LOS PRINCIPALES FACTORES QUE FAVORECEN LA FARMACODEPENDENCIA.

Número de personas que viven contigo	Sexo fem.	%
UNA	-	-
DOS	2	11.76
TRES	-	-
CUATRO	-	-
CINCO	6	35.29
SEIS	3	17.64
SIETE	4	23.52
OCHO	-	-
NUEVE	2	11.76
DIEZ	-	-
TOTAL	17	100

Fuente: Ibidem.

CUADRO No. 6

SEXO MASCULINO Y PERSONAS CON QUIEN VIVEN LOS ALUMNOS -
ENCUESTADOS QUE NOS PERMITEN CONOCER LOS PRINCIPALES -
FACTORES QUE FAVORECEN LA FARMACODEPENDENCIA.

PERSONA CON QUIEN VIVES	Po SEXO MASC.	%
Mamá	4	12.12
Papá	1	3.03
Ambos	27	81.81
Otro	1	3.03
TOTAL	33	100

FUENTE: Ibidem.

CUADRO No. 6A

SEXO FEMENINO Y PERSONAS CON QUIEN VIVEN LOS ALUMNOS —
ENCUESTADOS QUE NOS PERMITEN CONOCER LOS PRINCIPALES —
FACTORES QUE FAVORECEN LA FARMACODEPENDENCIA.

PERSONA CON QUIEN VIVES	Po SEXO FEM.	%
Mamá	6	35.29
Papá	-	-
Ambos	9	52.94
Otro	2	11.76
TOTAL	17	100

FUENTE: Ibidem.

CUADRO No. 7

SEXO MASCULINO Y ESTUDIO DE LOS PADRES DE LOS ALUMNOS -
ENCUESTADOS QUE NOS PERMITEN CONOCER LOS PRINCIPALES FACTORES QUE FAVORECEN LA FARMACODPENDENCIA.

ESTUDIO DE LOS PADRES	Fo	
	Sexo Masc.	%
No sabe leer ni escribir	1	3.03
Sabe leer y escribir	2	6.06
Hasta cuarto de primaria	1	3.03
Primaria completa	11	33.33
Secundaria completa	6	18.18
Secundaria incompleta	5	15.15
Carrera técnica incompleta	1	3.03
Carrera técnica completa	1	3.03
Prepa o vocacional incompleta	1	3.03
Prepa o vocacional completa	1	3.03
Estudios Universitarios completos	2	6.06
Estudios Universitarios incompletos	-	-
Estudios de grado o especializados	1	3.03
TOTAL	33	100

Fuente: Ibidem.

CUADRO No. 7A

SEXO FEMENINO Y ESTUDIO DE LOS PADRES DE LOS ALUMNOS ENCUESTADOS QUE NOS PERMITEN CONOCER LOS PRINCIPALES FACTORES QUE FAVORECEN LA FARMACODPENDENCIA.

ESTUDIO DE LOS PADRES	Po	
	Sexo FEM.	%
No sabe leer ni escribir	1	5.88
Sabe leer y escribir	-	-
Hasta cuarto de primaria	3	17.64
Primaria completa	3	17.64
Secundaria completa	5	29.41
Secundaria incompleta	-	-
Carrera técnica incompleta	-	-
Carrera técnica completa	1	5.88
Prepa o vocacional incompleta	2	11.76
Prepa o vocacional completa	1	5.88
Estudios Universitarios completos	1	5.88
Estudios Universitarios incompletos	-	-
Estudios de grado o especializados	-	-
TOTAL	17	100

Fuente: ibidem.

CUADRO No. 8

SEXO MASCULINO Y LA OPINION DE LOS ALUMNOS ENCUESTADOS QUE NOS PERMITEN CONOCER LOS PRINCIPALES FACTORES QUE ORIGINAN LA FARMACODEPENDENCIA Y SU USO.

FACTOR PARA INGERSIR LA DROGA	Po Sexo Masc.	%
Tener problemas personales	8	24.24
Tener problemas sociales	3	9.09
Ser malos hijos	1	3.03
Tener problemas familiares	16	48.48
Por gusto	5	15.15
TOTAL	33	100

Fuente: Ibidem.

CUADRO No. 8A

SEXO FEMENINO Y LA OPINION DE LOS ALUMNOS ENCUESTADOS -
 QUE NOS PERMITEN CONOCER LOS PRINCIPALES FACTORES QUE -
 ORIGINAN LA FARMACODEPENDENCIA Y SU USO.

<u>Factor para</u> <u>ingerir la droga</u>	Po Sexo fem.	%
Tener problemas personales	3	17.64
Tener problemas sociales	1	5.88
Ser malos hijos	1	5.88
Tener problemas familiares	10	58.82
Por gusto	2	11.76
TOTAL	17	100

Fuente: *ibidem*.

CUADRO No. 9

SEXO MASCULINO Y OPINION DE LOS ALUMNOS ENCUESTADOS QUE NOS PERMITEN CONOCER LOS PRINCIPALES FACTORES QUE ORIGINAN LA FARMACODEPENDENCIA Y LA MANERA DE COMO SON CATALOGADOS EN SU MEDIO .

Individuo que ingiere droga	Po Sexo Masc.	%
Un vicioso	11	33.33
Un enfermo	16	48.48
Está en la moda	2	6.06
Está contra la sociedad	2	6.06
Otro	2	6.06
TOTAL	33	100

Fuente: *ibidem*.

CUADRO No. 9A

SEXO FEMENINO Y OPINION DE LOS ALUMNOS ENCUESTADOS QUE NOS PERMITEN CONOCER LOS PRINCIPALES FACTORES QUE ORIGINAN LA FARMACODEPENDENCIA Y LA MANERA DE COMO SON CATALOGADOS EN SU MEDIO.

Individuo que ingiere droga	Po Sexo Fem.	%
Un vicioso	5	29.41
Un enfermo	11	64.70
Está en la moda	-	-
Está contra la sociedad	1	5.88
Otro	-	-
TOTAL	17	100

Fuente: Ibidem.

CUADRO No. 10

SEXO MASCULINO Y LA OPINION DE LOS ALUMNOS ENCUESTADOS QUE NOS SUGIEREN LOS RESULTADOS PRINCIPALES QUE SURGEN POR LA INGESTA DE DROGA Y CONCER LOS PRINCIPALES FACTORES QUE ORIGINAN LA FARMACODEPENDENCIA

Resultados por la ingesta de droga	Fo Sexo masc.	%
Mayor imaginación	-	-
Mayor capacidad sexual	-	-
Perjudicarse físicamente y Psicológicamente	28	84.84
Meterse en problemas	-	-
No pasa nada	2	6.06
OTRO	3	9.09
TOTAL	33	100

Fuente: Ibidem.

CUADRO No. 10A

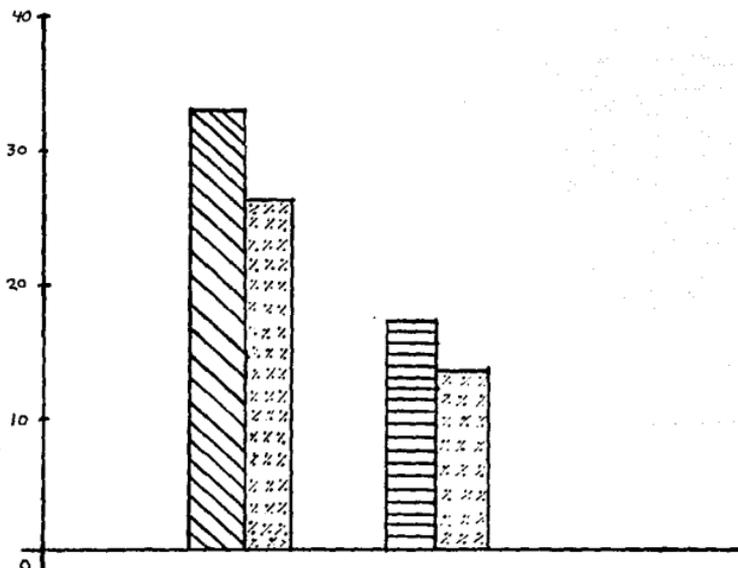
SEXO FEMENINO Y LA OPINION DE LOS ALUMNOS ENCUESTADOS QUE NOS SUGIEREN LOS RESULTADOS PRINCIPALES QUE SURGEN POR LA INGESTA DE DROGA Y CONOCER LOS PRINCIPALES FACTORES QUE ORIGINAN LA FARMACODEPENDENCIA.

Resultados por la ingesta de droga	Po Sexo Fem.	%
Mayor imaginación	-	-
Mayor capacidad sexual	-	-
Perjudicarse físicamente y Psicológicamente	16	94.11
Meterse en problemas	-	-
No pasa nada	1	5.88
Otro	-	-
TOTAL	17	100

Fuente: Ibidem.

GRAFICA No. 1

SEXO DE LOS ALUMNOS ENCUESTADOS QUE NOS PERMITEN CONOCER
LOS PRINCIPALES FACTORES QUE FAVORECEN LA FARMACODEPEN-
CIA.



Clave :



Masculino



Femenino

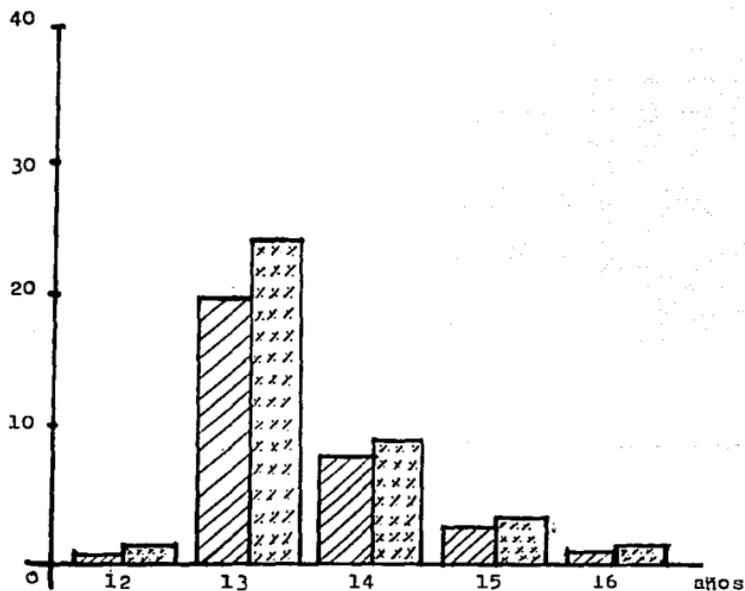


Porcentaje

Fuente: Cuestionario aplicado a los alumnos del 2do.
y 3er. año de la Escuela Secundaria No. 20 de
la Colonia Pensil, México D.F.

GRAFICA No. 2

SEXO MASCULINO Y SU EDAD DE LOS ALUMNOS ENCUESTADOS QUE NOS PERMITEN CONOCER LOS PRINCIPALES FACTORES QUE FAVORECEN LA FARMACODPENDENCIA.



Clave:

 Nb. de cuestionarios

 Porcentaje

Fuente: Cuadro No. 1

GRAFICA No. 2A

SEXO FEMENINO Y SU EDAD DE LOS ALUMNOS ENCUESTADOS QUE NOS PERMITEN CONOCER LOS PRINCIPALES FACTORES QUE FAVORECEN LA FARMACODEPENDENCIA.



Clave:

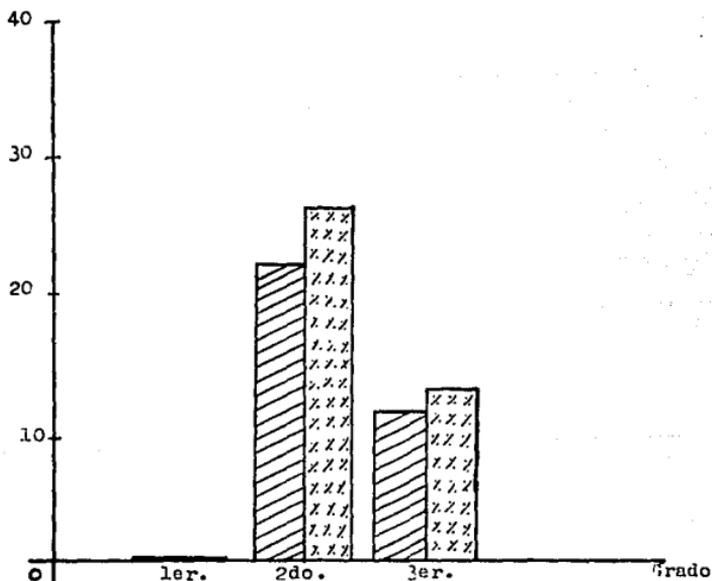
 No. de cuestionarios

 Porcentaje

Fuente: Cuadro No.1

GRAFICA No 3

SEXO MASCULINO Y SU GRADO DE ESTUDIO DE LOS ALUMNOS QUE NOS PERMITEN CONOCER LOS PRINCIPALES FACTORES QUE FAVORECEN LA FARMACODEPENDENCIA.



Clave:



No. de Cuestionarios

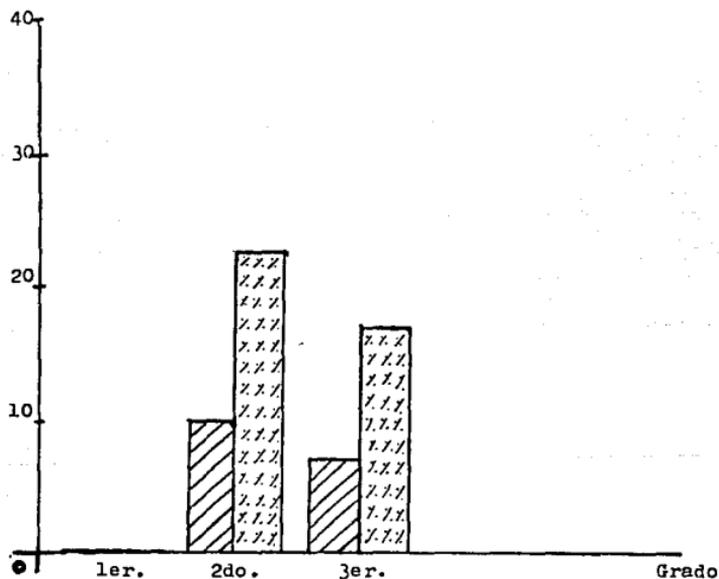


Porcentaje

Fuente: Cuadro No. 1

GRAFICA No. 3A

SEXO FEMENINO Y GRADO DE ESTUDIO DE LOS ALUMNOS QUE NOS PERMITEN CONOCER LOS PRINCIPALES FACTORES QUE FAVORECEN LA FARMACODEPENDENCIA.



Clave:

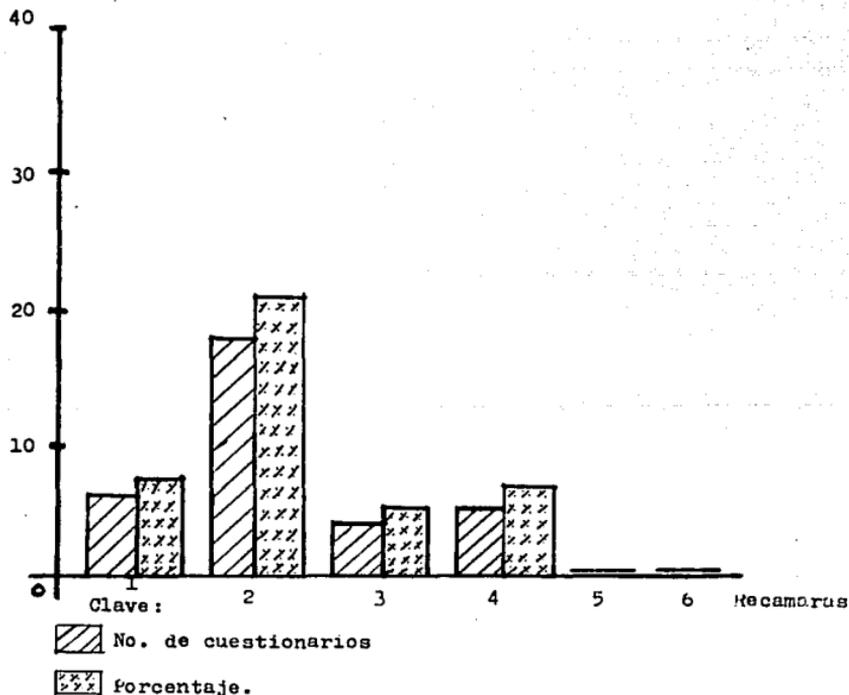
 No. de Cuestionarios

 Porcentaje

Fuente: Cuadro No. 1

GRAFICA No. 4

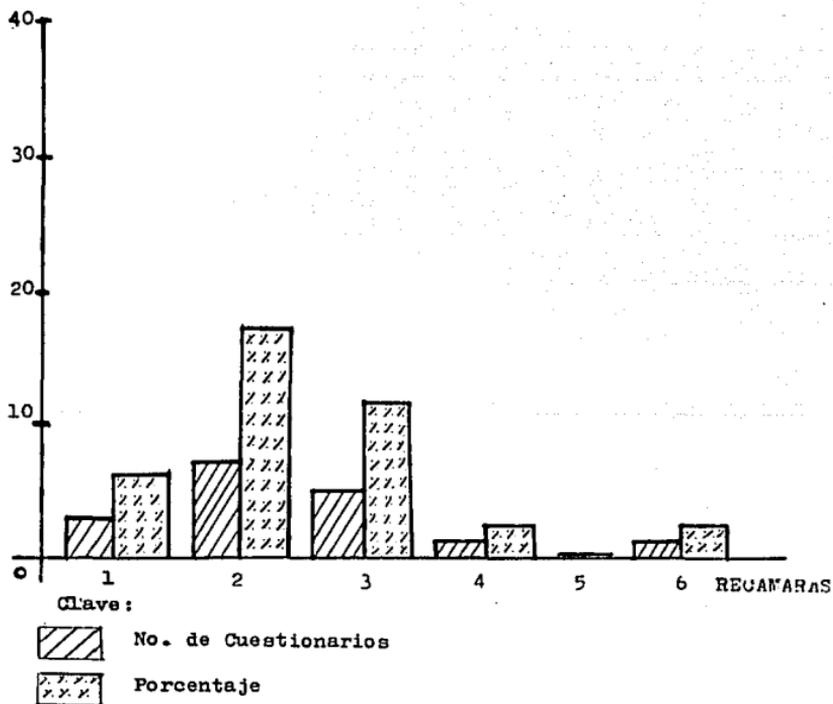
SEXO MASCULINO Y EL NUMERO DE RECAMARAS CON LAS QUE --
 CUENTA LA VIVIENDA DE LOS ALUMNOS ENCUESTADOS QUE NOS --
 PERMITEN CONOCER LOS FACTORES QUE ORIGINAN LA FARMACODE-
 PENDENCIA.



Fuente: Cuadro No.1

GRAFICA No. 4A

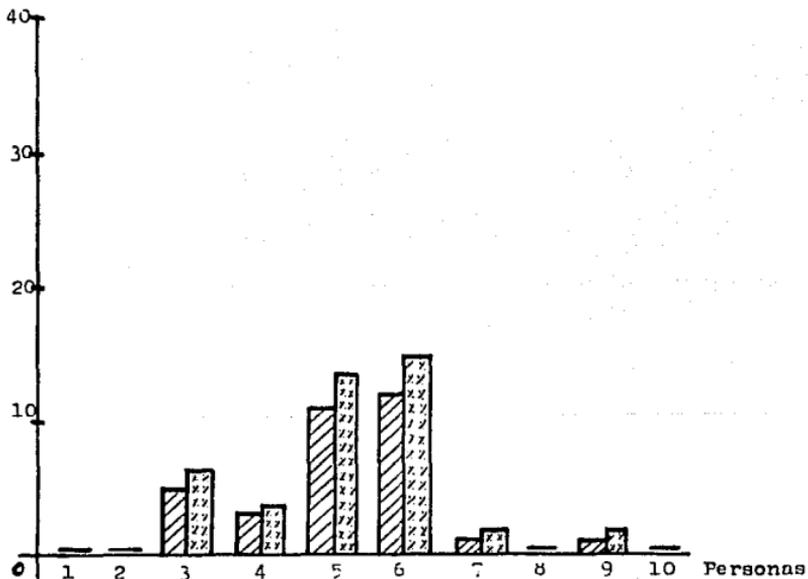
SEXO FEMENINO Y EL NUMERO DE RECAMARAS CON LAS QUE CUENTA LA VIVIENDA DE LOS ALUMNOS ENCUESTADOS QUE NOS PERMITEN CONOCER LOS FACTORES QUE ORIGINAN LA FARMACODEPENDENCIA.



Fuente: Cuadro No.1

GRAFICA No. 5

SEXO MASCULINO Y EL NUMERO DE PERSONAS QUE VIVEN CON -
 LOS ALUMNOS ENCUESTADOS QUE NOS PERMITEN CONOCER LOS -
 PRINCIPALES FACTORES QUE FAVORECEN LA FARMACODEPENDEN -
 CIA.



Clave:



No. de Cuestionarios

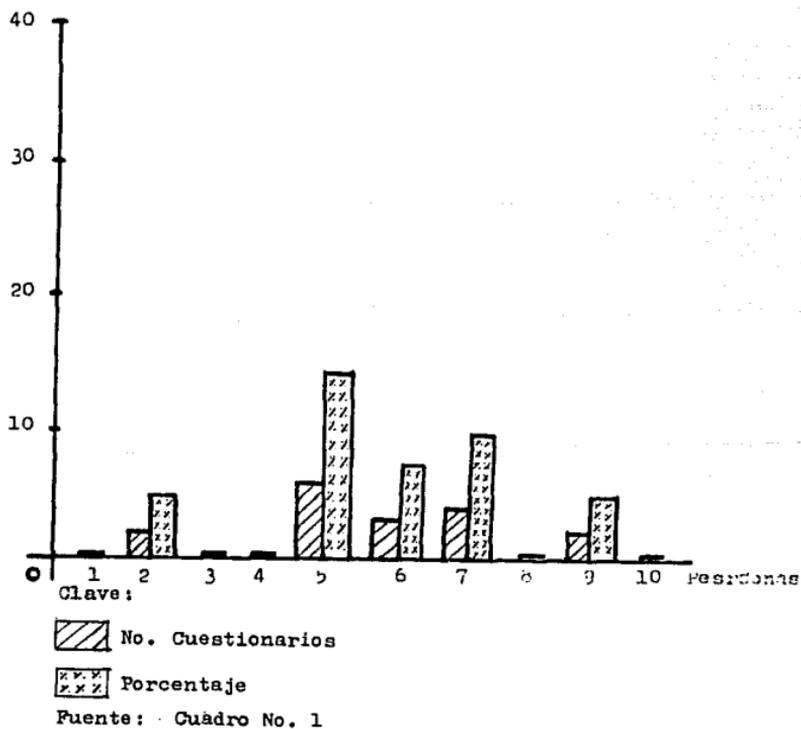


Porcentaje

Fuente: Cuadro. No. 1

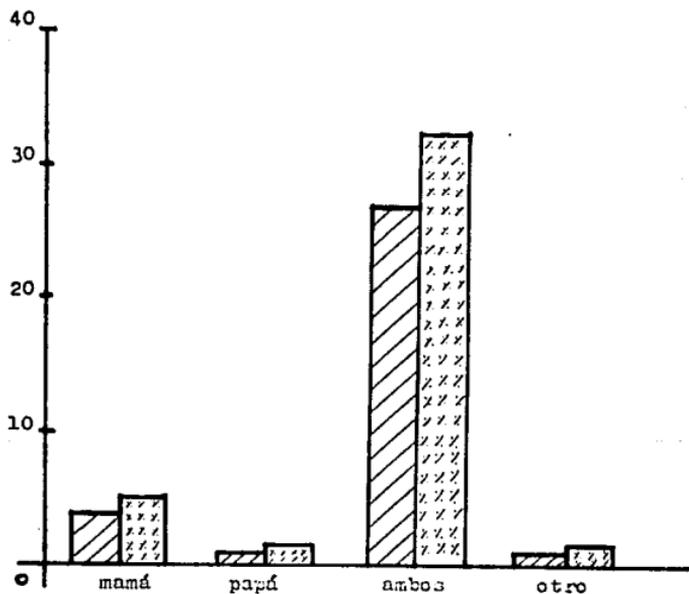
GRAFICA No. 5A

SEXO FEMENINO Y EL NUMERO DE PERSONAS QUE VIVRN CON LOS ALUMNOS ENCUESTADOS QUE NOS PERMITEN CONOCER LOS PRINCIPALES FACTORES QUE FAVORECEN LA FARMACODEPENDENCIA.



GRAFICA No. 6

SEXO MASCULINO Y PERSONAS CON QUIEN VIVEN LOS ALUMNOS -
ENCUESTADOS QUE NOS PERMITEN CONOCER LOS PRINCIPALES -
FACTORES QUE FAVORECEN LA FARMACODEPENDENCIA.



Clave:

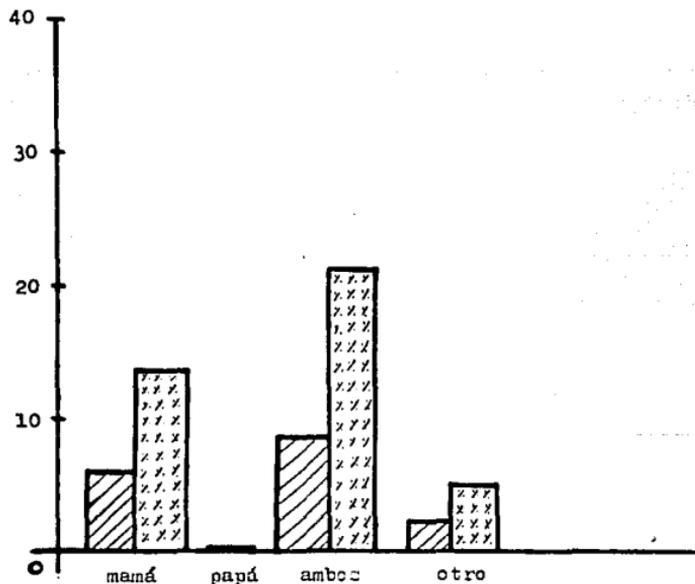
 No. de cuestionarios

 Porcentaje

Fuente: Cuadro No. 1

GRAFICA No. 6A

SEXO FEMENINO Y PERSONAS CON QUIEN VIVEN LOS ALUMNOS EN CUESTADOS QUE NOS PERMITEN CONOCER LOS PRINCIPALES FACTORES QUE FAVORECEN LA FARMACODPENDENCIA.



Clave:

 NO. de Cuestionarios

 Porcentaje

Fuente: Cuadro No.1

ANALISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS DE LAS ENCUESTAS -
REALIZADAS A LOS ALUMNOS DEL 2do. Y 3er. AÑO DE LA ESCUE
LA SECUNDARIA No. 20 DE LA COLONIA PENSIL MEXICO D.F.

En relación al cuadro No1 el sexo que más predomina es el masculino con un 66% con diferencia del femenino - que es de un 34%.

La edad de los alumnos se observa variada, encontrándose con el sexo masculino de 13 años con un promedio de 60.6% como se ve en el cuadro No.2, con diferencia de lo que se observa en el cuadro No. 2a donde el sexo femenino tiene alrededor de 14 años con un promedio de 47.05%

Los alumnos elegidos por las autoridades de este plantel fueron por los altos riesgos de su conducta, siendo el grado más expuesto los 2dos. años, así encontramos al sexo masculino con un 66.66% cuadro No. 3 y del sexo femenino es de un 58.82% cuadro No.3a.

Para poder conocer el origen de la conducta de los alumnos no es necesario la opinión de las autoridades del plantel únicamente si no hay que observar y conocer la forma de pensar y su manera de vivir tanto en su hogar como el comportamiento con su familia ya que podría favorecer la promiscuidad y la presencia de la adicción.

Es por esto que conociendo su manera de vivir encontramos que los alumnos del sexo masculino cuentan la mayoría con dos recamaras cuadro No.4 del sexo masculino -

el porcentaje es de 54.54% y con referencia al sexo femenino el porcentaje es de 41.17% cuadro No. 4a

Comparando estos resultados con el número de personas que viven con los alumnos nos damos cuenta cuadro No.5, observamos que el sexo masculino el mayor número de personas consta de 6, resultando un promedio de 36.36% a diferencia del sexo femenino cuadro No.5a el número de personas que viven corresponde a 5 35.29%.

Es importante darnos cuenta quien es la persona o las personas que viven con los alumnos es por esto que con referencia al cuadro No.6 del sexo masculino nos mencionan que ambos padres viven con ellos con un promedio de 81.81% de igualmanera el sexo femenino cuadro No.6a observamos que ambos padres viven con ellos siendo un promedio de 52.94%. Apesar de que observamos en los cuadros que ambos sexos viven con sus padres a traves de la entrevista indirecta (trabajo social) somos sabedores que existe una marcada desintegración familiar lo cual favorece el refugio de estos alumnos en las drogas.

En muchos casos la preparación de los padres es determinante para comprender mejor la vida de sus hijos como adolescentes, cuadro No.7 observando que la mayoría de los padres de los estudiantes del sexo masculino solo cuentan con primaria completa resultando un promedio de 33.33% mientras que en el cuadro No.7a en el sexo femenino observamos que la mayoría tiene secundaria completa con un resultado de 29.41%. En general para ambos sexos se observo que solo tienen una preparación escolar minima, -

la cual no puede favorecer a la demanda de estos adolescentes para la orientación continua y el apoyo emocional que requiere el propio adolescente.

El conocimiento de los estudiantes acerca de la drogadicción no solo lo conocen en la escuela si no del convivio de amigos que se drogan o de conocidos. Observando que la causa de mayor porcentaje 48.48% cuadro No.8 - corresponde al tener problemas familiares, de igualmanera en el cuadro No.8a el sexo femenino 58.82% todo esto debido a la alta desintegración familiar.

Para muchos de los encuestados consideran a aquella persona que se droga como un enfermo 48.48% cuadro No.9. El sexo femenino considerando a las personas como un enfermo 64.70% y en el segundo lugar 29.41% como vicioso.

Todas sus respuestas fueron importantes ya que estos alumnos siendo de alto riesgo, por su forma de vivir, y con quien viven es el reflejo de su comportamiento y todos ellos estan concientes que el consumo de drogas perjudica fisicamente y psicologicamente como se puede observar tanto en el cuadro N10 como en el cuadro No.10a donde el resultado por parte de los del sexo masculino es de un 84.84% mientras que del sexo femenino es de un 94.11%. (es importante mencionar que algunos de estos alumnos se encuentran en un grado de experimentación).

CONCLUSIONES:

Las motivaciones personales para consumir drogas, - así como la manera de hacerlo, varían mucho de un individuo a otro.

Algunas personas usan las drogas con un propósito específico en una situación pasajera. Por ejemplo: Un estudiante que utiliza anfetaminas a fin de mantenerse despierto y poder preparar un examen. Muchas de estas personas no muestran dependencia psíquica a las drogas y el consumo cesa en cuanto desaparece la situación que originó el consumo de estas, Muchos expertos no consideran a este grupo como problema de farmacodependencia.

Un segundo grupo de personas que utilizan drogas: para experimentar, o un plan de diversión esto se presenta - entre jóvenes. Unos lo hacen esporádicamente, para tener una experiencia psíquica, para desafiar las costumbres - establecidas, para pertenecer a un grupo o para hacer frente a los conflictos de la adolescencia.

Este tipo de consumo se realiza en grupos o durante actos sociales, por el uso de dichas drogas y por la situación es posible que exista cierto grado de dependencia psíquica pero poca o ninguna dependencia física.

Algunos expertos tampoco los consideran dentro de esta enfermedad, sino como un proceso de búsqueda de identidad que ocurre durante toda la vida pero que sobresale en la adolescencia.

Por último se encuentran los farmacodependientes habituales, quienes sin duda representan un grave problema, la vida de estos usuarios gira entorno a la droga y a los esfuerzos por obtenerla.

Existiendo en estos una marcada dependencia psíquica, reforzada por la dependencia física cuando utilizan ciertos fármacos, siendo aquí donde existen la combinación de diferentes drogas.

Estos farmacodependientes suelen padecer ciertos tipos de inestabilidad emocional que puede haberse manifestando antes de la experiencia de abuso de drogas.

Algunos usuarios pueden tener antecedentes de trastornos psiquiátricos, por lo general son personas inmaduras, imposibilitados para establecer relaciones estables, reuantes a asumir responsabilidades, frestrados, atormentados por conflictos internos graves, impulsivos e incapaces de posponer el logro de satisfacciones inmediatas.

Por lo común, el farmacodependiente habitual se inició en el abuso de drogas con ánimo de diversión o de experimentación.

En forma general considero que este tipo de alumnos encuestados del 2do. y 3er. grado estan rodeados de una alta posibilidad de no solo probar la droga sino a futuro de convertirse en una farmacodependencia por lo que realice no solo en la escuela secundaria No.20 Orientación para prevenir la farmacodependencia sino tambien se trabajo en la comunidad , por medio del Centro de Integración -

Juvenil, promoviendo con mayor interes practicas sobre -
prevención de la farmacodependencia para que puedan deri
var algunos casos al centro de integración Juvenil.

Tambien se dio información solicitada por los adoles-
centes, los temas de su interes fueron: planificación -
familiar, enfermedades venereas, aborto, cambios anatomo-
fisiologicos en el adolescente, .

Tambien se realizaron sesiones de reflexión en los cen-
tros de Integración Juvenil, así como sociodramas.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Centros de Integración Juvenil A.C.
 - Boletín Informativo, Reunión Nacional 1989, Compromisos 1989 - 1994, CIJ, DIF. vol. 11 No. 2, México. pp. 35
 - (1985), Una Respuesta Integral al Fenómeno de la Farmacodependencia
 - (1987), Guía Técnica de Prevención: IPF, Escuelas, OPP, GO, VyPSS, CC, documento interno, México pp 112.
 - (1987), Manual de apoyo al proyecto de grupos de promotores preventivos, documento interno, México pp. 95
 - (1989), Educación para la Salud, Cuaderno temático, documento interno, vol. 1 México pp 40
 - (1989), Guía técnica de Prevención: Proyectos CPA y OPI, documento interno, México, pp 161
- 2.- Consejo Nacional contra las adicciones, (1989), Evaluación Cualitativa de Acciones en Atención Preventiva y curativa Ed. CIJ, Secretaría de Salud, México, tomo3,
- 3.- COOK, D.T. , Mc. Anany. G.E. "Estudios recientes de evaluación en Estados Unidos de América y sus implicaciones para América Latina", en Evaluación del impacto de los programas de Nutrición y de Salud, Publicación Científica No. 432, OPS-OMS,

- 4.- DINEMS/ UNESCC/ FNUFUID, Proyecto piloto de Orientación Escolar, Informe Evaluativo 1979-1982, Buenos Aires
- 5.- Espinoza V. M. , Evaluación de Proyectos Sociales (1980) Ed. Ministerio de Cultura Juventud y Deportes, Costa Rica pp. 213
- 6.- Fuentes G.B. Conocimiento y formación del adolescente Ed. Continental, México, pp. 205
- 7.- Garcia, Llián Carmen, Qué son las drogas "Marijuana", árbol editorial, S.A. de C.V. 1er. Edición Abril 1990, México D.F. pp. 105
- 8.- Garcia, Llián Carmen, Qué son las drogas "Inhalables", árbol editorial, S.A. de C.V. 1er. edición Abril 1990, México D.F. pp. 109
- 9.- Gómez, S.L.M. ; Guzmán, Programa de prevención de la Farmacodependencia implementado a Jóvenes de alto riesgo, México 1988 pp. 243
- 10.- Instituto Mexicano de Psiquiatría (1985) Programa contra las adicciones, México, D.F.
- 11.- Kisnerman, N (1972), Grupos Recreativos con Adolescentes, Cap.4 , Evaluación, Ed. Humanitas pp. 200
- 12.- Leyva, J.A., Adolescencia(1988), Revista ICy T, vol. 10, .
- 13.- Llanes, J. , (1987), La juventud y las drogas, México, Ed. Concepto pp. 137
- 14.- Llanes, J., (1982), Comunicación y drogas - Qué decir y como Ed. concepto S.A. México pp. 159

- 15.- Mata y Echeverria (1985), Rehabilitación de Niños y Jóvenes Farmacodependientes a través de un Programa Comunitario de consulta Externa de Salud Mental, Vol. 8 No.3
- 16.- Medina, M. ME; Rysn, P; Cortiz, A. (1979) Busqueda Intensiva de Casos y Monitores de Usuarios de drogas en una comunidad, en CEMESAM, Cuadernos Cientificos Vol. 11
- 17.- Mendez, C., Nucamendi, J.M. (1985), Tiempo libre, turismo Juvenil, Tesis Profesional, México D.F.
- 18.- MUUSS. R., (1969), Teoría de la Adolescencia, Buenos Aires, Ed. Paidós
- 19.- Organización Mundial de la Salud:
(1974) 20. Avo. Informe Serie de Informes Técnicos No. 551, documentos fotocopiado, ginebra.
- 20.- Padua, (1981). Técnica de Investigación aplicadas a las Ciencias Sociales, México Ed. Fondo de Cultura Económica .
- 21.- Piaget, J. (1980) El desarrollo del adolescente, Ed. Horme, Buenos Aires .
- 22.- Procuraduría General de la Republica, (1989) - Programa de atención a la Farmacoddependencia, - ADEPAR México.
- 23.- Rojas, Soriano Raul, Guía para Realizar Investigaciones Sociales, Textos Universitarios, -- México 1982, pp. 274 .

- 24.- Sally, J. Andrade, (1987), Evaluación de programas preventivos; La necesidad de una perspectiva más amplia que incluye, técnicas naturalistas En psicoactiva, revista Científica del Centro de Información y Educación para la prevención del-abuso de Drogas, Cedro, 2 Lima Perú.
- 25.- Siegel, S., (1983) Estadística No. Paramétrica, México, Ed. Trillas.
- 26.- Secretaria de Programación y Presupuesto, (1985) Anuario-Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, México, .
- 27.- Wagner F. (1984) Incidencia y prevalencia en el consumo de Drogas, Estudios Epidemiológicos realizados por el departamento de Investigación. Documento interno, México.

A N E X O S

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

El conocer las inquietudes del adolescente y su manera de ver el problema de las drogas, nos ayuda a una mejor calidad de comunicación para poder orientarlos.

CUESTIONARIO

Instrucciones: Las preguntas son de carácter confidencial por lo cual se pide que contestes lo más verazmente posible.

Datos generales: coloca la respuesta en el cuadro

- 1.- Sexo; a) femenino
 b) masculino

- 2.- ¿ Cuantos años tienes?
 - a) 11 años
 - b) 12 años
 - c) 13 años
 - d) 14 años
 - e) 15 años
 - f) 16 años
 - g) 17 años
 - h) 18 años

- 3.- En que grado de estudio te encuentras
 - a) 1er. año
 - b) 2do. año
 - c) 3er. año

4.- cuantas recamaras tiene la casa

- a) una
- b) dos
- c) tres
- d) cuatro ó más (especifica cuantas) _____

5.- Cuantas personas viven contigo incluyendote tu
(permanentemente o desde hace 5 meses)

- a) una
- b) dos
- c) tres
- d) cuatro
- e) cinco
- f) seis
- g) siete
- h) ocho
- i) nueve
- j) diez ó más (especifica cuantas)

6.- Con quien vives

- a) mamá
- b) papá
- c) con los dos
- d) con otra persona (menciona quien) _____

7.- Hasta que años estudio tu papá

- a) no sabe leer ni escribir
- b) sabe leer y/o escribir
- c) hasta cuarto de primaria
- d) primaria completa
- e) secundaria completa
- f) secundaria incompleta
- g) carrera técnica incompleta
- h) carrera técnica completa
- i) preparatoria o vocacional incompleta
- j) preparatoria o vocacional completa
- k) estudios Universitarios completos

- l) Estudios Universitarios incompletos
- m) Estudios de grado o especializados

8.- En tu opinión las personas que usan droga lo hacen por

- a) tener problemas personales
- b) tener problemas sociales
- c) ser malos hijos
- d) tener problemas familiares
- e) por gusto
- f) otro _____

9.- En tu opinión la persona que utiliza droga es

- a) un vicioso
- b) un enfermo
- c) esta en la moda
- d) esta en contra de la sociedad
- e) otra _____

10.- Para ti el uso de la droga da como resultado

- a) mayor imaginación
- b) mayor capacidad sexual
- c) perjudicarse físicamente y psicológicamente
- d) meterse en problemas
- e) no pasa nada
- f) otro _____

11.- Participas en todas las actividades que te corresponden junto con tu familia.

- a) sí
- b) no
- c) algunas veces
- d) nunca

12.- Que actividad realizas en tu tiempo libre

13.- Que dinámicas o pasatiempos realizas con tu familia

14.- A tu manera de pensar crees que una persona que se inicia en la drogadicción lo hace por :

- a) experimentar
- b) por sentirse superior a otros
- c) por problemas familiares
- d) por problemas económicos
- e) por estar en la moda
- f) otro _____

Cuales serian los consejos más importantes que darías para que una persona no consuma drogas (menciona 3)

1.- _____

2.- _____

3.- _____

16.- Que opinión tienes de lo que significa tener una familia.
