

39
2ej.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

LA FARMACODEPENDENCIA EN ESTUDIANTES DE LA
FACULTAD DE PSICOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
(UNA APROXIMACION EPIDEMIOLOGICA)

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

NORMA ANGELICA BUITRON VILLAMAR

ASESORA:
ALMA MIREYA LOPEZ-ARCE CORIA

ASESOR ESTADISTICO:
BENITO RAMIREZ PRADO

MEXICO, D.F.

1995

FALLA 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.

A la vida, que me permitió asistir hoy a esta cita.

*A mi madre, porque su brazo ha sido, a veces
tan largo, que lo mismo me apoyó que me abrigó en él y,
otras veces tan corto, que me mostró que en este mundo
cada quien es responsable de sí mismo.*

A mis hermanos, que de día y de noche han estado junto a mí.

*A todas las personas que desde cerca o en la lejanía,
contribuyeron a mi arribo en esta meta.*

Noviembre de 1995.

AGRADECIMIENTOS:

Al Consejo Nacional Contra las Adicciones.

A la Dirección General de Epidemiología.

A la Dirección General de Servicios Médicos de la UNAM.

Al Instituto Mexicano de Psiquiatría.

A la Secretaría Escolar de la Facultad de Psicología de la UNAM.

A la Unidad de Computo, Informática e Instrumentación de la Facultad de Psicología de la UNAM.

A la Lic. Alma Mireya, por todo su apoyo,
comprensión y su excelente dirección.

A Benito Ramírez, por todo el empeño
y tiempo que me dedicó.

Al Dr. Horacio Quiroga, por recordarme
que en este mundo todo es relativo y,
por lo mismo, nada está dicho todavía.

A David Velazquez, por su escrupulosa revisión
y su disposición a prestar ayuda.

A Lety Bustos, por su elocuente
y comprensiva participación.

A la Lic. Guadalupe Santaella, por su participación
y su labor orientadora la cual me ofreció
desde el inicio del proyecto.

ÍNDICE

	Pag.
I INTRODUCCIÓN	
1.1 Resumen	1
1.2 Introducción	2
II ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN UTILIZADO	
2.1 Salud Pública y Epidemiología	7
2.2 Métodos de Investigación en la Salud Pública	19
2.3 Salud Pública y Farmacodependencia en México	22
2.4 Epidemiología	26
2.5 Epidemiología en el Campo de las Adicciones	30
III HISTORIA Y SITUACIÓN ACTUAL	
3.1 Antecedentes Históricos	32
3.2 Situación Actual de la Farmacodependencia	43
3.3 Situación en Estudiantes	51

IV FARMACODEPENDENCIA

4.1 Definición de Conceptos	61
4.2 Droga más Utilizadas	71
4.3 Clasificación de las Drogas	86
4.4 Etiología y tratamiento de la Farmacodependencia	88
4.5 Tratamiento	90
4.6 Historia Natural de la Enfermedad	95
4.7 Factores de Riesgo y Protección	97
4.8 Daños a la Salud	101
4.9 Problemas Psicosociales relacionados con la Farmacodependencia	106

V DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

5.1 Método	109
5.2 Resultados	118
5.3 Discusión	134
5.4 Conclusiones	144
5.5 Límites y Sugerencias	146
5.6 Bibliografía	149
5.7 Anexos	155

PARTE I
INTRODUCCIÓN

RESUMEN

Desde tiempos inmemoriales el hombre ha hecho uso de sustancias con propiedades psicotrópicas, primero con fines religiosos y curativos, después por los efectos que dichas sustancias producen en el organismo. En la actualidad, la farmacodependencia es un problema que esta adquiriendo gran relevancia por el notable aumento de las cifras de incidencia y prevalencia, este acelerado desarrollo en el uso y abuso de drogas crea graves problemas de salud personal y pública y, representa importantes costos sociales y familiares.

En México existe una cantidad limitada de investigaciones de farmacodependencia en poblaciones universitarias, pese a que las edades que comprenden esta población, se localizan entre las de más alto riesgo. Ante ésta situación se pensó en realizar una investigación en estudiantes de la Facultad de Psicología de la UNAM, con el fin de conocer el índice de prevalencia relacionado con algunos aspectos como son el patrón de consumo, la edad de inicio, el lugar de obtención, sexo, etcétera.

El enfoque de investigación utilizado fue el Epidemiológico ya que es dentro de este modelo que se estudian las variables como prevalencia, tipos de consumo, etc; que fueron usados dentro de este estudio.

La información se obtuvo mediante un cuestionario estandarizado para la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA 1991), aplicado en forma grupal en las aulas de ésta Facultad.

La muestra se obtuvo mediante una asignación al azar de grupos, Mientras que el tamaño de la muestra incluyó al 10% del total de la población, es decir 302 sujetos en total.

Los datos recolectados se sometieron a un análisis de frecuencias para establecer comparaciones en el consumo entre las diferentes variables sociodemográficas que se incluyeron. El índice de prevalencia fue de 20.5% sujetos que han consumido drogas al menos una vez en la vida.

Se realizó también una comparación entre el consumo de las diferentes sustancias investigadas en donde se encontró que la marihuana, es la droga mas consumida seguida por las anfetaminas y los tranquilizantes; finalmente, los resultados obtenidos en esta investigación fueron comparados con los encontrados en investigaciones previas.

Los datos arrojados por esta investigación, la cual es la primera dentro de la población escolar de dicha facultad, serán parte medular para la implantación de programas de prevención y de tratamiento bien estructurados.

INTRODUCCIÓN

Existen en la actualidad algunas disciplinas como la farmacoterapia, que estudian el uso de fármacos en la prevención y tratamiento de las enfermedades, ya que existen muchos agentes que estimulan o deprimen funciones biológicas o fisiológicas del ser humano de manera suficiente para aliviar los síntomas o, idealmente alterar en forma favorable el curso de las enfermedades. De esto se puede desprender que dentro del uso terapéutico, la utilidad de un fármaco depende principalmente de su capacidad para producir los efectos de alivio o cura deseados con un mínimo de efectos indeseables que puedan ser tolerados por el paciente. Sin embargo, el uso no médico de las drogas existe desde el comienzo de los registros históricos, por lo que es una expresión que encierra conductas muy variables que pueden estar asociadas con efectos adversos. Puede consistir en el uso experimental de una droga en una o varias ocasiones, debido a la curiosidad acerca de sus efectos o para satisfacer las expectativas de algunos grupos, por ejemplo el de los amigos. También puede implicar el uso casual o de recreación de cantidades escasas de una droga por sus efectos placenteros o el uso circunstancial en busca de ciertos efectos útiles en circunstancias particulares. Así, estas formas distintas de uso no médico pueden llevar a patrones de dependencia o uso compulsivo de una droga.

La farmacodependencia es en la actualidad, un problema mundial, cuya complejidad y riesgo de desarrollo epidémico ha provocado preocupación en todos los sectores de la población por las graves consecuencias que representa. Hoy en día ocupa uno de los diez primeros lugares dentro de las prioridades de la salud pública, ya que el perfil demográfico muestra el aumento en los índices de la drogadicción, así como el nacimiento de nuevas drogas cada vez más dañinas.

Debido a los cambios sociales y culturales que se suscitaron, después de la Primera y Segunda Guerras Mundiales, surge como consecuencia, en los jóvenes, el movimiento "hippie" en los Estados Unidos, propagándose rápidamente en México, lo cual causó el uso de drogas psicoactivas, sobre todo la marihuana, el LSD, el peyote, etcétera. Actualmente la marihuana continúa siendo la droga más utilizada, sin incluir el tabaco y el alcohol (Mc. Grath 1973).

En México como en todo el mundo, la drogadicción constituye un problema de índole multicausal, que hacia fines de la década de los sesenta y principios de los setenta no se restringió a grupos minoritarios que tradicionalmente consumían drogas, sino que comienza a incrementarse de manera muy acelerada extendiéndose a otros sectores de la población. Su abuso por los jóvenes representa un problema social y de salud pública que no debe ser ignorado. Sólo en el periodo de 1975 a 1986 el uso de sustancias inhalantes se cuadruplicó (Castro, 1987).

Es a partir de 1970 cuando se inician en México los estudios epidemiológicos sobre el consumo de drogas, aplicados en diferentes poblaciones por diversas instituciones y con distintos métodos de investigación. Los resultados obtenidos provienen de encuestas de hogares y escuelas de diferentes niveles sociales, estos estudios están orientados para conocer la magnitud del uso indebido de drogas y mostrar el panorama de la incidencia y prevalencia de la drogadicción.

Uno de los estudios que se fundamenta precisamente en este problema es la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), realizada en 1988 por la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud y el Instituto Mexicano de Psiquiatría. Según los datos obtenidos en dicha encuesta, el 4.8% de la población urbana encuestada entre los 12 y 65 años ha consumido una o más drogas cuando menos una vez en su vida; en tanto, los consumidores activos representaron 0.80% de la población encuestada.

La población masculina joven (12 a 34 años) es la más afectada; la prevalencia total (durante toda la vida) y actual (durante los últimos 30 días anteriores a la encuesta) en este grupo fue de 1.90% y 1.70%, respectivamente. Las drogas más consumidas por los sujetos estudiados fueron la marihuana (2.56%), los tranquilizantes (0.71%), los inhalantes (0.66%), las anfetaminas (0.65%) y la cocaína (0.28%).

De los 15.000 hogares encuestados por la ENA, 0.94% de los sujetos consumió alguna droga al menos una vez en el último mes antes de la encuesta.

De acuerdo a los estudios dirigidos por María Elena Castro en 1990 (IMP, 1990), entre las poblaciones más afectadas se encuentra la estudiantil, cuyo rango de edad oscila entre los 18 y 24 años; según la ENA, después de los inhalantes, las sustancias más utilizadas son la marihuana, los tranquilizantes del tipo de la diasepina, la cocaína y los estimulantes, excluyendo las drogas lícitas.

Tomando en consideración que es en los jóvenes en quienes se presenta el mayor índice de consumo y cuando se da el proceso de formación, se puede apreciar que es en esta etapa donde son más vulnerables, ya que se encuentran expuestos a una amplia gama de factores de riesgo, como son el cuestionamiento de valores sociales, la integración a diferentes grupos, etcétera.

Por otro lado, las investigaciones realizadas en poblaciones universitarias mexicanas son muy escasas, siendo la mayoría en estudiantes a nivel bachillerato; por lo que se hace necesaria la realización de investigaciones sobre el consumo de drogas en el medio universitario, pues según la Encuesta Nacional de Adicciones, este es el segundo grupo de edad, que consume más drogas (18 a 24 años).

En el Instituto Mexicano de Psiquiatría, desde 1975, se inició una línea de investigación en las escuelas secundarias y preparatorias, en la cual se

realiza periódicamente una encuesta para conocer los cambios en los patrones de consumo escolares. Estudios similares se tienen proyectados en niveles universitarios (Medina, 1993).

En la presente investigación se realizó un análisis de tipo epidemiológico-descriptivo en población universitaria sobre el uso y abuso de algunas sustancias psicoactivas que se caracterizan por tener el mayor índice de consumo.

Se utilizó el marco social epidemiológico (agente - huésped - medio), el cual es el modelo clásico para conocer la frecuencia y prevalencia dentro de la salud pública. El objetivo de este método permite observar un panorama general de este fenómeno con el propósito de implementar medidas de prevención en el medio estudiantil universitario.

El análisis se llevó a cabo con estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, con el fin de conocer la prevalencia del consumo de las sustancias adictivas.

El diseño básico mediante el cual se seleccionó la muestra fue unletápico y se obtuvo mediante una selección al azar de grupos. Respecto al tamaño de dicha muestra, se obtuvo a través del criterio de incluir al 10% del total de la población la cual constaba de 3,176 alumnos en el momento de realizar el estudio, por lo que la muestra se constituyó de 302 sujetos.

Para lograr el objetivo de la presente investigación se realizó una encuesta por medio de un cuestionario validado y estandarizado para la Encuesta Nacional de Estudiantes (ENE), por el Instituto Mexicano de Psiquiatría, dentro de la División de Investigaciones Sociales. Este cuestionario fue aplicado en forma grupal dentro de los salones de la facultad, incluyendo las siguientes drogas: alucinógenos, anfetaminas, cocaína, heroína, inhalantes, marihuana, opio, sedantes y tranquilizantes. Por otro lado, el índice de prevalencia fue comparado con algunos indicadores clínicos como son el patrón de consumo, la edad de inicio en el

consumo de drogas, el lugar de obtención y el primer proveedor, además de tomarse en cuenta las siguientes variables sociodemográficas: edad cronológica, sexo, semestre lectivo, tiempo dedicado al estudio y al trabajo durante el año anterior a la encuesta.

En los resultados se observa que el 20.5% de los alumnos de la muestra aceptaron haber consumido al menos una vez en su vida algún tipo de droga. La droga de mayor consumo fue la marihuana con un porcentaje del 12.3% del total de la población, seguida de las anfetaminas con el 6.3%, el siguiente lugar es para los tranquilizantes con el 4.3%, la cocaína con el 4.0%, los inhalantes con el 3.0%, los alucinógenos con el 2.6%, los sedantes y la heroína con el 0.7% para cada una y, finalmente el opio para el cual no hubo consumidores.

En cuanto al sexo el porcentaje de varones consumidores es del 54.8% en tanto que el de las mujeres es del 45.2%. Se observa que los varones consumen preferentemente marihuana y cocaína mientras que, las mujeres prefieren las anfetaminas y los sedantes.

Dentro del patrón de consumo los resultados indican que, para todas las drogas estudiadas, los consumidores experimentales ocupan el más alto porcentaje, mientras que para la edad de inicio en el consumo, son los jóvenes de 17 a 18 años los más afectados.

Para el lugar de obtención, el sitio más importante es la casa, seguida de la escuela, en tanto que son los amigos o conocidos los que proveen principalmente a los consumidores.

La información obtenida en este estudio, debe sumarse a la de futuras investigaciones, con el fin de crear y fortalecer programas a nivel de prevención, realizando estudios que permitan conocer los factores de riesgo y los factores de protección específicos en este tipo de población, para incrementar unos y disminuir otros. Además de crear sistemas de tratamiento para los usuarios activos.

PARTE II

**ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN
UTILIZADO**

SALUD PÚBLICA Y EPIDEMIOLOGÍA

Históricamente, el Modelo de **Salud Mental Comunitaria** dentro de la salud pública, se desvía del tratamiento individual y señala la importancia de factores socioambientales, tanto en la aparición de los problemas de salud como en los métodos de intervención y administración de los servicios.

Propuesto inicialmente por Mann en 1978, el modelo de salud mental, toma prestados muchos de sus conceptos de las áreas clínicas de la psicología, así como del campo de la Salud Pública (Calderón, 1984).

Las bases teóricas de la salud pública en el ámbito de la salud mental tienen como uno de sus objetivos la intervención comunitaria, y sus metas son:

- 1-) Reducir la incidencia y prevalencia de los llamados trastornos mentales mediante la prevención y el desarrollo de nuevas formas de tratamiento.
- 2-) Promover el desarrollo sano y la salud mental tanto del individuo como de la comunidad.

Dentro de la Salud Pública, la **Prevención**, es uno de los conceptos fundamentales en el modelo de salud mental y uno de los principales dentro de la psicología comunitaria, así como uno de los más difíciles de delimitar. El interés por la prevención de las alteraciones mentales, puede verse como parte de una vieja tradición histórica en la psicopatología y, en diversas ocasiones, se ha planteado como una necesidad básica. Uno de los primeros en tocar el tema de la prevención a principios de siglo fue Adolph Meyer, quien se interesó por educar al público en lo relativo a la naturaleza de las enfermedades mentales y a la naturaleza de los hospitales psiquiátricos; es también uno de los primeros que se refiere al cuidado posterior a la hospitalización.

En 1931, Sullivan refiere que *"la alteración mental puede prevenirse ampliamente y limitarse de alguna forma mediante el control de factores psicosociales, ya que son problemas en los que interviene una gama de factores etiológicos"* (Vega, 1976).

El interés por la prevención reaparece con los trabajos de Lindemann en 1944 y Caplan en 1985, quienes formulan los primeros programas de intervención en crisis. Una breve revisión de la literatura médica nos demuestra que la prevención ha sido, en el desarrollo histórico de la medicina, más significativa que el tratamiento en lo que se refiere a la reducción de las enfermedades. Una de las dificultades con las que se enfrenta la prevención es que en la mayoría de los casos sus efectos no son visibles a corto plazo, sino que se aprecian hasta después de mucho tiempo. Sin embargo algunas enfermedades han desaparecido virtualmente debido al desarrollo de la medicina preventiva (Caplan, 1985).

Al discutir la prevención de las alteraciones mentales, Bloom (1981) señala que para estudiar el desarrollo de cualquier alteración o enfermedad, resulta útil considerar tres componentes que, combinados, explican su proceso:

- 1).- El individuo vulnerable,
- 2).- El entorno y
- 3).- El agente .

1) El individuo vulnerable: Es necesario entender sus características más importantes, su estado general de salud, su historia, su dotación genética, su vitalidad, su fatigabilidad, etc. Aunque Bloom se refiere a un individuo vulnerable en el estudio del proceso de desarrollo de una alteración que afecte a más personas, se habla de la importancia de conocer las características de los grupos vulnerables, que en la literatura especializada se conocen como grupos de alto riesgo.

2) El entorno: Se identifican las características importantes del medio ambiente, como por ejemplo sus fuentes de tensión y amenaza psicológica o física. Es importante en éste punto el apoyo de algún modelo ecológico como los desarrollados por Rappaport en 1977 y Mann en 1978.

3) El agente: Identifica aquello que de alguna forma pueda señalarse como la causa, o al menos, como un componente importante de la enfermedad o alteración. En el campo de los trastornos mentales, conocemos más de los factores ambientales causales o precipitantes, que de los agentes a nivel genético o físico.

Según este planteamiento, los esfuerzos preventivos pueden encaminarse a:

- 1.- Fortalecer a la persona o grupos vulnerables
- 2.- Modificar el entorno y,
- 3.- Destruir o modificar la influencia del agente

La elección del nivel de intervención se relaciona con el tipo de prevención que según la mayoría de los textos especializados es: primaria, secundaria y terciaria.

PREVENCIÓN PRIMARIA. Para el caso de la medicina, es el conjunto de actividades encaminadas a evitar que se presenten nuevos casos de una enfermedad. En un primer momento se orienta a la aplicación de medidas que atienden a la colectividad, para que dichas medidas sean eficaces, es necesario tomar en cuenta a que tipo de población se dirigen. En materia de adicciones, las medidas preventivas que suelen aplicarse en primera instancia son de tipo educativo y de fomento a la salud; ya que se representan opciones contrarias al uso de drogas diseñadas para la

población en general, que pretenden incidir y contrarrestar la presión ejercida por las condiciones y factores de riesgo o causales de la farmacodependencia y otros problemas psicológicos; éstas actividades son muy amplias y están relacionadas con aspectos afectivos, sensoriales, intelectuales, interpersonales, creativos, artísticos, vivenciales, filosóficos y sociopolíticos.

En un segundo momento, se atiende a grupos expuestos, o que tienen un riesgo elevado de consumir drogas. Las medidas preventivas y correctivas se orientan más hacia los individuos que conforman estos segmentos de la población para evitar la farmacodependencia durante y/o después de la exposición al riesgo. En éste caso, las acciones preventivas que se llevan a cabo son de tipo específico, destacando la información, la orientación, la difusión de contenidos educativos a través de los diferentes medios de comunicación a grupos específicos y de alto riesgo. A sí mismo, se considera a la investigación y a las disposiciones jurídicas (legislación y represión del narcotráfico) como parte de éstas medidas.

En el área de la salud mental, Caplan (1985) al proponer su modelo conceptual de la prevención primaria, señala que ante todo es un concepto comunitario y que la atención al individuo dentro de un programa de prevención primaria supone que éste representa a un grupo, como ya se mencionó, y que su tratamiento debe contemplar no sólo sus necesidades particulares sino su relación con el problema comunitario y los recursos disponibles para enfrentarlo. Caplan y Grunebaum en 1972, plantean como objetivo de la prevención primaria *"la reducción de la incidencia de casos nuevos de incapacidad y perturbación mental en una población"*. Por lo tanto, se puede afirmar que lo que se pretende, es evitar que se presente un problema, un mal o una alteración de cualquier tipo que afecte a la persona o a la comunidad, por medio de programas de intervención

dirigidos a una población determinada o a un entorno en particular; así, en el caso de la salud mental la educación es el recurso por excelencia para el logro de los objetivos de la prevención primaria y bien puede decirse que "educar es prevenir" (Sánchez, 1986).

Una característica importante dentro de los modelos de educación para la salud es que la información puede ser una condición necesaria, pero no suficiente para que los individuos cesen de actuar de un modo peligroso para ellos y para su comunidad o se impliquen en acciones saludables. Para ello será necesario recurrir a estrategias y procedimientos específicos de adquisición y cambio de conducta (Costa, 1986).

La mayor parte de las definiciones de educación para la salud asumen dos objetivos genéricos: enseñar conocimientos adecuados sobre la salud y proporcionar conductas o comportamientos facilitadores para la salud.

El comité de expertos de la OMS, en 1955 definió la educación para la salud como *"La suma de experiencias que modifican favorablemente los hábitos, las actitudes y los conocimientos relacionados con la salud individual y comunitaria"*. Por su parte, en el Diccionario Terminológico Internacional se define como *"La actividad formativa y educativa, dirigida al desarrollo de una actitud consciente y responsable por parte del hombre ante el fenómeno, conservación y restablecimiento de la salud y la capacidad de rendimiento"*.

En 1982 San Martín la define como *"La preparación sistemática del individuo a conocer su organismo desde el punto de vista físico y mental, y a conocer su ambiente de vida desde el punto de vista ecológico y social"* (San Martín, 1982, citado en Costa, 1986).

Cuando se habla de objetivos de educación para la salud implícitamente se debe aludir también a objetivos de promoción de la salud. Estos objetivos son:

- 1) Desarrollar hábitos y costumbres sanas en la gente.

- 2) Modificar las pautas de comportamiento de la gente cuando los hábitos o costumbres individuales y sociales son insanos o peligrosos para la salud.
- 3) Promover la modificación de aquellos factores externos al individuo que influyen negativamente en su salud.
- 4) Lograr que los individuos y los grupos organizados de la comunidad acepten la salud como un valor fundamental. Este objetivo pretende que la salud sea un patrimonio de la comunidad, y para ello ésta habrá de asumir responsabilidades y control de muchas circunstancias y condiciones que le afectan.

PREVENCIÓN SECUNDARIA. Ésta se orienta a la reducción de la prevalencia de un problema o alteración. Se trata de reducir al mínimo el problema. Sus principales recursos son la detección temprana y el tratamiento. La prevención secundaria no pretende reducir la incidencia, pero sí la cronicidad y gravedad de la enfermedad o problema. Dado que se apoya fuertemente en la intervención terapéutica, los programas a nivel de prevención secundaria deben encontrarse al alcance de los enfermos o en el caso de la farmacodependencia de los usuarios. Mientras que los esfuerzos de prevención primaria se dirigen hacia poblaciones generales, la prevención secundaria se orienta a poblaciones de alto riesgo. En lo que concierne a drogas, la prevención secundaria, se orienta al diagnóstico oportuno del padecimiento, con el fin de proporcionar el tratamiento temprano y completo y evitar la aparición de complicaciones, incapacidad y/o muerte. Se dirige más a la población que ha empezado a consumir drogas, pero aún no es farmacodependiente. Debe realizarse en las unidades de salud o en el hogar del sujeto enfermo, incluyendo la conscientización y la colaboración de la familia y del personal relacionado con el consumidor de drogas.

PREVENCIÓN TERCIARIA. Gerald Caplan (citado en Calderón, 1984), ha considerado como meta de la prevención terciaria a la reducción de los efectos residuales que se presentan después de que el trastorno o enfermedad ha terminado. Entendiendo por efecto residual a la reducción en la capacidad de un individuo para contribuir a la vida social y ocupacional de la comunidad. En esta definición queda implícito el papel crucial de los servicios de rehabilitación, los cuales permiten al expaciente funcionar a su máxima capacidad lo más pronto posible después de ser dado de alta de un hospital.

La atención posterior a la curación de estos pacientes, tiende a evitar tanto recaídas como nuevos internamientos y, puede realizarse en servicios de consulta externa o centros comunitarios especialmente programados para permitir la vigilancia del antiguo paciente en todas las actividades que realizan en el seno mismo de la comunidad.

Se destina a aquellos que están enfermos o que ya son farmacodependientes a través del tratamiento, la limitación del daño, la rehabilitación y la readaptación social. Es necesario que en este nivel también se involucre a la familia del paciente con el fin de que apoye y participe en este proceso, facilitando así la rehabilitación.

Mientras la prevención secundaria y terciaria son preferentemente de tipo individual, la prevención primaria se orienta más a comunidades o grupos. En todas ellas se requiere de la realización de acciones educativas, de capacitación, comunicación colectiva y movilización social.

Los principios antes señalados pueden servir como punto de partida para abordar algunos trastornos mentales y problemas sociales como la farmacodependencia y la delincuencia.

Muñoz (1976) propone cuatro enfoques de la prevención:

- 1) El enfoque del desarrollo o del ciclo vital, que supone que todas las personas se desarrollan de manera suficientemente regular como para permitir la creación de programas que faciliten la transición de una etapa a otra.
- 2) El enfoque de las áreas funcionales, que se refiere a una propuesta que identifica doce áreas que influyen de manera poderosa en la vida diaria de una comunidad que incluyen el hogar, la escuela, el vecindario, etc. y que pueden convertirse en fuente de influencia preventiva en diferentes niveles comunitarios.
- 3) El enfoque de las alteraciones específicas que destaca la posibilidad de aprender a prevenir los trastornos mentales aún cuando no sepamos como tratarlos de manera efectiva.
- 4) El enfoque de la población específica que parte de la relación existente entre lo que se quiere prevenir y el grupo en situación de riesgo.

En el caso de los trastornos mentales que pretenden abordarse desde los diferentes modelos de la psicología comunitaria la situación es más compleja, la relación entre los programas, la población y los problemas o alteraciones que se desean evitar, no se encuentra claramente definida por relaciones causales, ya que con frecuencia una misma situación se encuentra presente como posible causa, o al menos, como elemento concomitante en otra alteración. Por ejemplo, el fenómeno de la desintegración familiar es considerado como elemento profundamente relacionado con problemas tan diversos como la esquizofrenia, la farmacodependencia o la delincuencia.

La intervención comunitaria se relaciona estrechamente con procesos de cambio que no siempre son tomados en cuenta por los que diseñan los programas. Sin embargo, la resistencia al cambio es un comportamiento natural tanto en individuos como en grupos y, por lo tanto, debe ser tomada

en consideración; de otro modo, el éxito de los programas encaminados tanto a prevención como a tratamiento se verá disminuido considerablemente.

El cambio está presente desde la superación de la resistencia hasta el logro del objetivo final de un programa de intervención. Presentándose cambios a nivel personal, familiar, grupal, organizacional, institucional y comunitario, algunos a lo largo del proceso de intervención, otros como consecuencia de éste.

Por otro lado, en 1987 surgen algunos autores, entre ellos Wallack y Winkleby, quienes discuten las limitaciones de las tendencias actuales en relación a la promoción de la Salud Mental y resaltan la necesidad de que se aborden los factores ambientales y que las enfermedades de alta prevalencia sean consideradas al planear estrategias de prevención; a este respecto proponen tres líneas:

- A) Promoción de la salud en poblaciones generalmente sanas
- B) Prevención de la enfermedad y
- C) Protección de la salud

Por su parte, Bloom aborda el tema de la capacitación para la prevención primaria en salud mental y resaltan la importancia de que se efectúe en contextos comunitarios (Bloom, 1981).

Dentro de la salud mental comunitaria, Costa y López (Costa, 1986), afirman que existen varios modelos generales que se utilizan como marco de referencia en la planeación y el desarrollo de programas preventivos:

Modelo Psicosocial: Este modelo enfatiza la importancia de considerar tanto los factores medioambientales, como aquellos que suceden en la

historia personal y familiar del individuo. Desde éste modelo se habla de Factores de Riesgo y de Factores Protectores y se trabaja con los individuos afectados y con las llamadas "redes de apoyo".

Modelo Antropológico: Este modelo se centra en el análisis del estilo de vida, como factores más importantes para explicar el uso y abuso de drogas. Desde éste punto de vista los patrones de consumo se dan siempre dentro de una subcultura, la cuál es necesario conocer para comprender porqué se da el fenómeno (niños inhaladores, bandas juveniles, subcultura adolescente, etcétera).

Modelo Social: Este modelo considera que si se conoce la estructura demográfica, por ejemplo de los consumidores de droga, así como los detalles del patrón de consumo, puede construirse un modelo de transmisión que permita atacar brotes epidemiológicos, conocer tendencias, subgrupos afectados, etc.

Modelo Legal/Político: Predomina el interés por los fenómenos sociales, económicos y legales, a que da lugar la relación entre la oferta y la demanda. Tiende a considerar al fenómeno del narcotráfico y la farmacodependencia de manera integral, considerando de antemano módulos de atención médica integral para los usuarios. A éste modelo le interesa más lo que sucede en el grueso de la población, respecto a lo que sucede a los individuos o a los pequeños grupos. Su objetivo es reducir la disponibilidad de la droga, ya que se parte de la base de que la oferta (distribuidores) aumenta en relación al aumento de la demanda (consumidores).

En México, se viven diversos problemas de orden social y de salud relacionados con el tráfico y consumo de drogas, Las motivaciones personales para consumirlas, así como la forma de usarlas, tienen variantes significativas de un individuo a otro. Algunas personas las usan con un propósito específico o en una situación pasajera (usuarios ocasionales), pero cualquiera que sea la causa por la que se consuman, las drogas, conllevan a la larga un costo público y social muy alto y a una serie de delitos sociales.

El **Modelo Médico Tradicional** para atacar el problema de la farmacodependencia, resulta inadecuado en la intervención eficaz en un nivel organizacional, comunitario o social, ya que los problemas que se presentan a un nivel público, el cambio de actitudes no se logra fácilmente con la atención a la necesidad de información y conocimiento, sino que es un proceso que se extiende a factores psicosociales.

Los programas de prevención en los sectores de la educación y la salud deben poner en práctica estrategias para evitar o disminuir el consumo de sustancias y el nivel de trastornos mentales, actuando sobre los diferentes factores que pueden llevar a las personas a incidir en éstos problemas. También es necesario fortalecer los aspectos que protegen al individuo (Castro, 1992), así como acciones que permitan desarrollar ambas tareas. Entre las más relevantes encontramos:

Acciones en poblaciones específicas: Son las que contienen los programas preventivos dirigidos únicamente a una mínima parte de la población, cuyos integrantes presenten necesidades específicas o sean sujetos de riesgo debido a sus condiciones de vida. Un ejemplo común son las pláticas a estudiantes o padres de familia en los centros académicos o en programas llamados "Escuela para Padres".

Acciones Indirectas: Hacen referencia a las que se encuentran en campañas de conscientización acerca de los posibles trastornos y enfermedades mentales, realizadas por los medios de comunicación colectivos y dirigidas a toda la población.

Acciones Institucionales: Desde el ámbito institucional pueden tomarse decisiones que ayuden a eliminar un problema, así como el estudio de éste problema en su población.

disponibilidad, morbilidad, mortalidad, consecuencias sociales (por ejemplo accidentes, suicidio, delito, etc.).

La información se obtiene de muestras de individuos, idealmente seleccionados aleatoriamente de universos definidos, a quienes se aplican cuestionarios estructurados en los cuales frecuentemente tienen que elegir entre opciones de respuestas preestablecidas. Pueden aplicarse para estudiar muestras derivadas de la población general, usualmente a través de muestras de hogares, o bien de universos cautivos tales como estudiantes o personas en prisiones o bajo tratamiento. El análisis se basa en el estudio de similitudes y diferencias de subgrupos dentro de la muestra estudiada (por ejemplo actitudes hacia la prohibición de fumar en lugares públicos, en individuos de diferente edad, sexo o nivel socioeconómico).

Así pues, existe una gran variedad de aproximaciones para el estudio del problema de abuso de sustancias y sus consecuencias en un grupo social determinado. Cada una de ellas tiene distintos alcances y limitaciones; por lo que podría decirse que ninguno en sí mismo puede proporcionar información completa. Cada aproximación teórica puede considerarse como una "ventana" a través de la cuál se obtendrá información de un fragmento del problema.

Los métodos cuantitativos más usuales son:

- A) Encuestas a estudiantes
- B) Encuestas de hogares
- C) Encuestas en población institucionalizada
- D) Estadísticas sobre disponibilidad y consecuencias del consumo de drogas
- E) Sistemas de reporte.

En la presente investigación, se utilizaron las encuestas de estudiantes debido a que la población a estudiar estaba conformada precisamente por estudiantes y, que el problema del consumo de sustancias psicoactivas, afecta principalmente a la juventud. El tipo de estudios más frecuentes son las encuestas, ya que tienen la ventaja de que se aborda una población cautiva por lo que, tanto la selección de la muestra como la aplicación de cuestionarios es relativamente rápida y de bajo costo cuando se compara con otros métodos. Los estudios de tendencias a través de la selección y estudios de cortes transversales son relativamente sencillos. Debido a que el cuestionario es autoaplicable y anónimo, usualmente proporciona mayor información de consumo que otras aproximaciones. (Medina y cols. 1989).

Los estudios de escuelas son importantes porque nos proporcionan información sobre las drogas que se están usando, nuevos fármacos, así como sus distintas formas de uso y grupos de población afectados. De hecho nos indican de una manera temprana lo que puede ocurrir posteriormente en otros grupos de la población.

Por otro lado, -como más adelante se verá detenidamente- en México, al igual que en otros países la población escolar es un grupo considerado de alto riesgo en el uso de drogas; además de que dicho uso de drogas puede ser un factor de riesgo muy importante para la deserción escolar (Medina y cols. 1989).

SALUD PÚBLICA Y FARMACODEPENDENCIA EN MÉXICO

El abuso de drogas se ha incluido dentro de los principales problemas de salud, esto se contempla desde la Constitución de 1917. Las autoridades sanitarias son las responsables en llevar a cabo campañas para evitar y controlar el uso y abuso de sustancias que "envenenan al individuo y degeneran la especie humana", por lo que se ha considerado prioritario el desarrollo de los programas Contra la Farmacodependencia (CONADIC, 1992).

Las dificultades que el Estado y la Comunidad encuentran para combatir este problema, se deben a la cantidad de factores que intervienen en su presentación como son los individuales, familiares, sociales, etc; a los que la mayoría de especialistas consideran como factores favorecedores del problema de la farmacodependencia. Si a esto se le suma la diversidad de sustancias involucradas, las distintas formas de administración, la interacción entre cada tipo de droga, el individuo que las consume y su medio ambiente, el problema se complica aún más.

Dentro de los factores causales de ésta enfermedad, destacan por su importancia, los individuales, psicológicos y orgánicos, como son las características de la personalidad, la ansiedad, el aburrimiento, la depresión, y algunas otras psicopatologías, así como la tendencia y la predisposición de algunos organismos a desarrollar dependencia. Además está la intención de buscar sensaciones placenteras y evitar las molestias psíquicas y físicas y posteriormente, la capacidad para aprender a evitar los síntomas de la abstinencia.

Existe la aceptación general de que son diversos los factores que influyen en el uso y abuso de las drogas y que su interacción determina la complejidad de este problema.

La experiencia en México, como en otros países, muestra que el consumo de una droga puede generalizarse hasta adquirir proporciones "epidémicas", por ejemplo se observa un incremento en el consumo de la marihuana, por lo que los métodos de la salud pública pretenden anticiparse a través de la detección y la prevención de los factores de riesgo.

Este problema que involucra a la salud pública, ataca principalmente a los jóvenes y sus repercusiones se localizan tanto en la salud del individuo y la familia, como en el rendimiento laboral y escolar.

En nuestro país, existen al mismo tiempo, los problemas característicos de las tres etapas de la situación de salud del perfil de países industrializados (Fernández, 1983):

- A) Enfermedades infecciosas ligadas a la pobreza, la mala nutrición y la falta de higiene
- B) Enfermedades crónico-degenerativas, como el cáncer o las condiciones cardiovasculares entre otras, que aparecen con el incremento de la esperanza de vida
- C) Condiciones derivadas de la exposición ambiental a sustancias tóxicas y de la exposición a las condiciones sociales que se asocian con accidentes, violencias y conductas desadaptativas tales como el abuso de sustancias.

El uso y abuso de drogas está relacionado con una serie de fenómenos sociales tales como: desintegración familiar, migración, oferta de drogas, carencia de servicios, marginación, influencia cultural, influencia del grupo de iguales, problemas económicos y sociales; también la penetración de los medios masivos de comunicación que favorecen la pérdida de identidad y el deterioro de los valores (Arias, 1990).

Dos problemas asociados de manera importante a la crisis social económica por la que atraviesa el país, son los "niños de la calle" y las "bandas juveniles". En éstos niños, la prevalencia del uso de drogas es mayor que en otras poblaciones.

En la ciudad de México, se realizó un estudio longitudinal que involucró 54,112 casos de menores infractores, en dicho estudio se encontró que la intoxicación con drogas ocupa el tercer lugar, en cuanto a la causa de detención, afectando al 10% de los detenidos. Un factor estrechamente relacionado con ésta población específica, es la disfuncionalidad familiar, con padres ausentes o malos proveedores, con salida de la madre del hogar a trabajar, debido a malas circunstancias económicas, y con deserción escolar, (IMP, 1993).

Otra área en donde la farmacodependencia se convierte en un problema social, es en el terreno laboral, en donde se ha demostrado que en los trabajadores adictos la productividad se ve disminuida y en algunos casos llega a ser nula; también se incrementan los accidentes cuando el trabajador se encuentra bajo los efectos de alguna droga, ésta situación repercute en la productividad laboral y, por tanto, en el desarrollo del país. La prevención de la farmacodependencia, constituida como acción para evitar la expansión, no solo del uso y abuso de sustancias tóxicas, sino de la planificación de estrategias que modifiquen condiciones de vida y, con ello la salud mental, debe ser, según la Secretaría de Salud Pública, desarrollada en forma sistemática, planteándose la participación de todos los sectores; además se debe valorar: desde qué lugar debe realizarse dicha prevención, las formas de concebir el fenómeno, los objetivos perseguidos, los recursos con que se cuenta y, ante todo, las condiciones en que se presenta y desarrolla la farmacodependencia (ya sea desde la oferta o la demanda). Los aspectos de la oferta, son, su producción,

comercialización y tráfico, por lo desde ese lugar corresponde determinar las políticas y normas legales respectivas a los expertos en la materia. En la demanda se indaga la existencia de condiciones de riesgo, estudios epidemiológicos, organización comunitaria y en la modificación de éstas. Parte de la perspectiva de que el fenómeno de la farmacodependencia se convierte en un problema grave de la salud mental en el ámbito público por lo que se debe contar con acciones preventivas basadas en la educación para la salud. Esto presupone la necesidad de contar con el apoyo de la comunidad en general.

La participación de la comunidad, se genera a partir de la premisa de que la salud está implícita en todo proceso social y, por tanto, requiere de la intervención de la comunidad en su conjunto para actuar conscientemente en beneficio de las personas y del medio que comparten. Es importante entender que el proceso para resolver los problemas de farmacodependencia se encuentra principalmente en las formas de organización entre personas, grupos o instituciones, puesto que éstos problemas se deben resolver colectivamente mediante diversos sectores tanto de la comunidad como del gobierno, para poder responder a las necesidades y demandas.

El Consejo Nacional contra las Adicciones, concluye que el proceso educativo en el campo de las adicciones es un conjunto de acciones encaminadas a combatir el abuso en la ingestión de alcohol y otras drogas, dentro de diferentes fases que comprenden desde la producción y la comercialización de las diferentes drogas, hasta su uso propiamente dicho. Sin embargo todas estas acciones no podrían llevarse a cabo sin las investigaciones que nos ofrezcan un diagnóstico actual.

EPIDEMIOLOGÍA

La **Epidemiología** por su parte, es considerada como la ciencia básica de la prevención, y se define como ***"El estudio de la frecuencia y distribución de los fenómenos de salud y enfermedad en la población y de los determinantes de esa distribución y frecuencia"***. Utiliza como método la observación directa de los fenómenos de salud y enfermedad bajo condiciones naturales en la población. Tiene por objeto de estudio toda actividad humana relacionada con los fenómenos de enfermedad y salud, y se aproxima en términos de lugar y tiempo tratando de responder las siguientes preguntas: ¿Qué?, ¿Dónde?, ¿Cuándo?, ¿A quienes?, ¿Cuánto tiempo?, ¿Qué consecuencias tuvo?, etc. (Bulacio, 1993).

Para comprender y estudiar la epidemiología se debe aludir a algunos conceptos importantes como son: la tríada epidemiológica: agente, huésped y medio ambiente. El **Agente**, es la bacteria, microbio o sustancia capaz de actuar sobre el organismo y enfermarlo. El **Huésped**, es el organismo en que vive una bacteria, virus o sustancia parasitándolo; mientras que **Ambiente** es el grupo de factores externos potencialmente capaces de influir en un organismo.

Sin embargo el énfasis que se coloca en cada uno de los elementos de la tríada, varía junto con la transición epidemiológica de las condiciones de salud, a fin de enfrentar los nuevos retos que se asocian con el desarrollo. En el caso de la farmacodependencia, el AGENTE es el tipo de droga o drogas que se eligen, así como los patrones de consumo, el HUÉSPED es el individuo con sus características particulares de consumidores, y el MEDIO son las condiciones del ambiente y los correlatos sociodemográficos en donde se desenvuelve el individuo.

El término **INCIDENCIA**, es otro concepto importante, se refiere al número de casos nuevos de un desorden entre el tamaño de la población. Es útil porque nos indica qué tan rápidamente está creciendo un fenómeno. Los casos nuevos se suman a los casos existentes (o prevalencia) y nos indican qué tan afectada está la población que se estudia.

Un brote epidémico se da cuando después de un período relativamente estable en relación con la aparición de nuevos casos, aparece un incremento repentino.

La **PREVALENCIA** se refiere al número de casos de una enfermedad que se presenta, durante un período dado de tiempo, por lo general un año, por cada cien mil habitantes. Se encuentra en función de dos variables independientes: la incidencia y la duración. Debido a que está en términos de la población, forma así, una ecuación: el numerador es el número de casos y el denominador de la ecuación, es la población a la que pertenecen éstos casos.

En lo que se refiere a Farmacodependencia, existen tres parámetros para definir la Prevalencia:

- A) La **prevalencia total**, que se refiere al número global de personas que han usado drogas
- B) La **prevalencia lápsica**, que hace alusión al número de casos que han estado en contacto con el uso de drogas en los doce meses previos
- C) La **prevalencia actual**, que se refiere al número de casos activos en el último mes.

Entre la incidencia y la prevalencia existe una relación tal, que la reducción de la incidencia, reduce también la prevalencia, dado que los casos nuevos se cuentan en ambas; sin embargo una reducción en la prevalencia, no necesariamente produce una reducción en la incidencia.

La **DURACIÓN** se refiere al tiempo que transcurre entre el diagnóstico inicial y el término de la enfermedad en cuestión.

La epidemiología es uno de los enfoques más utilizados dentro de la Salud Comunitaria debido a que nos permite:

- I) Evaluar la magnitud de un problema
- II) Caracterizar a la población involucrada
- III) Identificar las posibles causas del trastorno bajo estudio.

La epidemiología es considerada por muchos investigadores como la mejor herramienta de la salud pública para cuantificar la magnitud de las condiciones de salud, sus determinantes y tendencias; permite realizar un diagnóstico inicial, en éste caso sobre el problema del consumo de drogas, que permita conocer qué sustancias son las que se están utilizando, qué características tienen los usuarios, cuáles son los problemas sociales y de salud que se relacionan con el uso de sustancias psicoactivas y cuál es la extensión y naturaleza del problema en cuestión. La información obtenida en el diagnóstico también es útil para influir en la toma de decisiones, por lo que constituye en sí mismo un elemento de intervención.

Por su parte (Mac Mahon, Pugh e Ipsen, citados en De Govia, 1993), mencionan que es importante distinguir dos tipos de epidemiología:

1.-Epidemiología descriptiva: que es el estudio de la frecuencia y distribución de los fenómenos de salud y enfermedad en una población dada; se interesa por los aspectos cuantitativos: incidencia, prevalencia, síntomas, etc.

2.- La epidemiología analítica: que se preocupa por la búsqueda de los determinantes de la frecuencia y distribución de los fenómenos de enfermedad y salud en la población. Maneja preferentemente aspectos cualitativos y estudia los contextos causales: naturaleza de la enfermedad y naturaleza de la población.

De Govia (1993) propone que en el campo de la salud mental se utilice el término **"PSICOEPIDEMIOLOGÍA"**, el cual define como: ***"El estudio de la frecuencia y distribución de los grupos humanos normales y patológicos en la comunidad y de las condiciones y procesos que determinan esa distribución y frecuencia"***, cuyo objeto de estudio es la ecología social. Dicho Autor, conceptualiza la psicoepidemiología como una aproximación organizada a la ecología social por medio de la observación y el análisis científico. Trata de las relaciones mutuas entre los hombres y percibe la enfermedad y la salud como aspectos particulares del proceso de socialización.

También la psicoepidemiología se divide en descriptiva y analítica.

La **Psicoepidemiología descriptiva** estudia la distribución y frecuencia de los grupos humanos normales y patológicos en la comunidad. Considera cinco ámbitos y contextos de interacción: la familia, la educación, el trabajo y la amistad, el amor y la sexualidad.

La **Psicoepidemiología analítica** estudia los procesos de grupo que condicionan la distribución y frecuencia de los grupos humanos normales y patológicos en la comunidad.

EPIDEMIOLOGÍA EN EL CAMPO DE LAS ADICCIONES

Como se explicó con anterioridad, el paradigma básico de la Epidemiología es la interrelación del papel de los diferentes elementos de la tríada epidemiológica (agente, huésped y medio ambiente). En el surgimiento y evolución de los problemas de salud, varía de acuerdo con el tipo de condiciones bajo estudio, por lo que el foco de interés en las enfermedades infecciosas es el agente, por ejemplo el virus del SIDA. En el caso de las enfermedades crónico-degenerativas, no existe un solo agente fácilmente identificable y la latencia entre la exposición a éste, por ejemplo -radiación- y la aparición de la enfermedad; -cáncer- es mucho mayor, de ahí que el foco de atención sea la interacción de los agentes con huéspedes quienes varían en su vulnerabilidad.

Sin embargo, en el problema de las adicciones se hace más complejo: ya que participan un buen número de factores psicosociales, el foco de interés cambia a las variaciones en la susceptibilidad tanto del medio ambiente, como del huésped. En este tipo de problemas, se busca identificar los casos, enumerar la población afectada, medir la oportunidad de exposición e identificar la interacción entre los factores de riesgo.

Las aplicaciones de la epidemiología en el campo de las adicciones se agrupan en cinco grandes grupos:

I.- Establecer el diagnóstico de la situación de salud, esto es, contestar a preguntas tales como: ¿De qué se enferman o mueren los habitantes de una región?, ¿Cuáles son las tasas de morbilidad y mortalidad?, ¿Cuáles son los grupos en mayor riesgo?

II.- Medir el efecto de ciertas medidas terapéuticas: evaluar beneficios de medidas; evaluar la aplicabilidad en diferentes contextos; detectar efectos colaterales.

III.- Estudiar las causas de la enfermedad, en particular los factores de riesgo con importancia etiológica.

IV.- Completar el cuadro clínico, estudiar la historia natural y social de la enfermedad; la frecuencia de presentación de complicaciones; describir las condiciones de la sociedad en que se presentan.

V.- Evaluar prevención y tratamiento: medir el impacto de medidas; la cobertura de la atención; detectar complicaciones prevenibles.

PARTE III

HISTORIA Y SITUACIÓN ACTUAL:

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Con el cultivo de los cereales apareció una mitología basada en los ciclos vida-muerte, la que condujo a los hombres a ver en la metamorfosis de las plantas y las semillas su propio futuro. Con el desarrollo de la agricultura se modificaron los valores del cazador, tomando mayor importancia el "*mundo vegetal*" que el "*mundo animal*" y, es en esta época cuando la mayoría de los investigadores coinciden en señalar como el momento en que comenzaron a acumularse los conocimientos farmacológicos y un buen número de remedios botánicos para las dolencias.

Aún no es claro donde se originaron las drogas, sin embargo, pueden hacerse algunas afirmaciones. El norte de Asia y Europa, así como Canadá son pobres en psicofármacos, destacándose solo unas cuantas especies de setas y hongos.

En la franja meridional, llamada Creciente Fértil, que abarca desde el valle del Nilo al del Ganges, proliferan la adormidera, el cáñamo y las daturas. Lo mismo sucede en Indochina y China. El cáñamo quizá es originario de China o del Turquestán; la adormidera, con alto contenido de opio, del Asia Menor.

Desde el Oriente Medio hasta China creció un analgésico con la característica de propiciar la ensoñación como el jugo de adormidera, que coincide territorialmente con imperios duraderos como el egipcio, sumerio, arcadio, persa y chino.

Los más antiguos restos de fibra de cáñamo, fechables hacia el cuarto milenio A.C.; se han encontrado en China y un milenio más tarde en

Turquestán, por lo que, se puede considerar la posibilidad de que sea una planta cultivada originalmente en China.

Se sabe también que la medicina babilónica no solo utilizaba habitualmente opio, mandrágora, cáñamo, cerveza y vino, sino sustancias de gran actividad como eléboro negro y otros venenos. En todo el imperio griego creció con notable abundancia el "*cornezuelo de los cereales*" o Ergot.

Aparte del opio, las cervezas y los vinos, se sabe con certeza que los griegos conocieron y usaron el cáñamo, el beleño y la mandrágora, a veces mediante sahumerios o inciensos.

Las solanáceas se empleaban con distintos propósitos, desde el envenenamiento hasta la disposición jovial, también se usaron como analgésicos y somníferos, aunque siempre se consideraron fármacos de administración delicada. Con todo ninguna de éstas drogas llegó a adquirir una popularidad comparable al opio y al vino en Grecia.

Aun cuando el descubrimiento de la adormidera (mekón) se atribuye a Hermes, en la ciudad de Mekone, que luego se llamaría Sición, sus cabezas se extienden también en algunos puntos del mediterráneo, ya que aparecen en los cilindros babilónicos más antiguos, así como en las imágenes de la cultura cretense-micénica.

En cuanto a África, aunque los estudios de campo no son suficientes, la flora psicoactiva posee una notable variedad; parecen originarios el cáñamo y las daturas, así como la iboga, planta en torno a la cuál gira el culto bwiti en el Gabón y Zaire.

La primera sustancia que llega al registro escrito es el opio; ya en el tercer milenio A.C. tablillas cuneiformes descubiertas en Uruk representan a la

adormidera mediante dos signos de los cuáles el segundo significa "júbilo o gozo" (Lindesmith 1965, citado en Escotado, 1990).

En Roma, frecuentemente se ofrecían flores de cáñamo hembra (mariguana) en reuniones sociales. Sin embargo, las plantas fundamentales en son la vid y la adormidera. Por lo que respecta a los emperadores, una alta proporción consumía generosamente la adormidera, tanto en forma independiente como en tríadas.

Del Japón, no se tienen datos muy claros respecto a la orientación farmacológica, debido a la prohibición que pesó sobre los estudios históricos hasta acabar la segunda guerra mundial. Pero se puede saber que las listas más antiguas de la medicina sólo contienen un psicofármaco: el Betel, además de curiosos remedios como la secreción vaginal femenina.

En el continente Americano, desde el valle del Mississippi hacia el sur, apareció una flora psicoactiva extraordinariamente rica, tanto a nivel de estimulantes mas o menos leves, como al de plantas ricas en alcaloides indólicos, así como otras de más difícil clasificación entre las que destaca el tabaco. El cáñamo, la adormidera y la vid fueron traídos por los españoles y portugueses cuando comenzó la colonización.

En la América pre-colombina, existen en general dos factores característicos, el primero es una riqueza incomparable de flora psicoactiva sobre todo de estimulantes y plantas que contienen alcaloides indólicos; el segundo es la vinculación de su consumo con cultos religiosos, tanto a nivel de las grandes civilizaciones como de las pequeñas comunidades aisladas.

Hacia el siglo X A.C. en la actual Guatemala, surgió una cultura afín a la Olmeca, representada por asombrosos monumentos de Izapa. Es aquí

donde por primera vez aparecen "*pedras hongo*", sobre todo en las tumbasuntuosas, dichas piedras crecían unos 30 cms. de altura y siguieron produciéndose durante más de 15 siglos (Borhegy, 1963 citado en Viesca, 1994).

Si se observa que la zona de influencia Olmeca y luego Zapoteca constituyen el lugar del mundo donde hay mas profusión de hongospsilocibios (aproximadamente 20 especies diferentes) se puede pensar que el uso ritual tiene varios milenios de existencia en México y en otros puntos de mesoamérica.

De los Aztecas existe información fidedigna centrada básicamente en la trepadora (ololiuqui), una cactácea (peyote) y hongos psilocibios llamados teonanácatl.

Una droga ceremonial destacada fue la semilla de la flor de maravilla (ololiuqui). Otro enteógeno de amplia difusión fué el peyote, nombre que reciben los botones carnosos de *lophophora williamsi* o *anhalonium lewini*, un vegetal cactáceo. Hay quien afirma que los toltecas y chichimecas usaban el peyote por lo menos 1890 años antes de la llegada de los españoles. El más antiguo dato arqueológico de que se dispone es una pipa en cerámica con forma de venado, que tiene entre los dientes un botón de peyote y se ha fechado hacia el siglo IV A. C.

Quizá la sustancia de uso más extendido en el México prehispánico fue el pulque, la bebida fermentada por excelencia (Román, 1983). Algo muy difundido, fue el riesgo que corría el bebedor del pulque de ser poseído por los centzontotochtín, los cuatrocientos conejos, deidades del pulque que personificaban la infinita variedad de efectos que la embriaguez puede provocar en los diferentes individuos.

Sin embargo, según investigadores como Carlos Viesca Treviño (Viesca, 1994), se puede afirmar que el alcoholismo no representó un problema serio en las sociedades del México prehispánico, y que esto puede ser el

resultado de un adecuado punto de equilibrio entre las estrictas medidas represivas y la permisividad de la embriaguez en las fiestas religiosas.

Con la llegada de los españoles a México el consumo de alcohol se convierte en un serio problema, como lo hace notar Corcuera en 1991, quien señala que todos los cronistas de la época concuerdan en que los indios eran individuos proclives al vicio del alcoholismo, que era verdaderamente escandalosa la proporción de dipsómanos entre ellos, y la gran magnitud del problema (Corcuera, 1991 citado en Viesca, 1994).

Desde sus comienzos, el cristianismo desapruueba el uso de cualquier especie de plantas psicoactivas y años más tarde, la inquisición realiza en América una dura persecución contra los nativos por emplear ritualmente hongos psicobios, los supervivientes de estos pueblos fueron desplazados por el poderío de las sociedades industriales avanzadas.

Mientras tanto la religión predicada por Mahoma, influida por el judaísmo y en menor grado por el cristianismo, prohíbe las drogas y las bebidas alcohólicas (Sañchez, 1946 citado en Escotado, 1990). Sin embargo, Ibn padre de la medicina Musulmana, ingirió jugo de adormidera como eutanásico cuando lo consideró oportuno, aún cuando algunos teóricos consideran que murió accidentalmente, mientras hacía autoexperiencias sobre el poder narcótico y analgésico de la droga. Por otro lado, acostumbraban tomar un poco de opio como euforizante hasta los cincuenta años y a partir de entonces administrarlo cotidianamente.

En el siglo X las drogas comienzan a ser consideradas como diabólicas. Con el transcurso del tiempo este rechazo va fortaleciéndose al grado de que en la edad media es sumamente estrecho el nexo existente entre la brujería y la utilización de fármacos. Es claro, que no sólo realizar actos

mágicos se consideraba brujería, pues la simple administración de una droga se castigaba con la hoguera.

Aún cuando todas las drogas distintas del alcohol estaban prohibidas, su uso médico era perfectamente justificado. Esto explica que desde el siglo XI, tanto las solanáceas como el opio y el cáñamo sean empleados por médicos y boticarios respetables para la atención de diferentes achaques.

En el siglo XII el llamado *Antidotarium Nicolai* recomendaba el uso de la "*esponja soporifera*" como anestésico. Hacia finales del siglo XIV el uso médico del opio se encontraba muy difundido, produciendo una serie de sucesos interesantes que propiciaron una gran polémica. Pese a esto, el uso del opio como anestésico siguió difundiéndose, por lo que comenzaron a venderse triacas en las boticas; además, en Génova y Venecia decidieron comerciar con el producto en gran escala, importándolo desde Alejandría. Puede decirse que a partir de ese momento comienza el abrupto acenso del opio a la terapéutica de occidente.

Egipto al igual que la India, fabricaba y ofrecía sus productos "exóticos". Prosper Alpinus, quien estuvo en Egipto por el año de 1580, afirma en su libro sobre la medicina de los egipcios que varias preparaciones hechas a base de cáñamo como el "*assis*" y el "*børs*", eran bebidas produciendo entre sus consumidores alegría, locuacidad y toda clase de extravagancias, que eran seguidas mas tarde por accesos de melancolía, laxitud y sueño (Alpinus, 1591 citado en Eschohotado, 1990).

Los argumentos del cristianismo respecto a su oposición hacia el uso de las drogas estaban basados principalmente en las ventajas de la afluencia, la condena al hedonismo y en el hecho de no ser los hombres los dueños de su existencia. Sin embargo, a finales del siglo XVII, se manifiesta una crisis de valores, reclamando la libertad de conciencia, rechazándose que

el dolor sea grato a los ojos de Dios, lo que entre otras repercusiones provocó, que el opio llegara a ser considerado como un "Don Divino" debido a sus propiedades analgésicas y sedantes.

Con el tiempo los fármacos clásicos vuelven a ser permitidos, al punto de que se vuelven irrelevantes para los efectos éticos y legales y el tema de las drogas, se aborda de modo tan natural que en Europa incluso, desde el siglo XVII hasta finales del siglo XIX, la droga es de las clases privilegiadas más que de los pobres, dándose por hecho que el único problema para los usuarios es una adecuada dosificación.

En esta misma época en la que Washington se entretenía en cultivar y mejorar sus variedades de cannabis, en México el padre Antonio Alzate se horrorizaba de sus efectos alucinatorios y la identificaba con el "*pipiltzintli*" nombre que tenía el demonio encarnado en los dioses prehispánicos.

En cuanto a Europa y las nuevas sociedades que se conformaron durante los siglos XVI al XVIII, si bien encontraron peligrosa hasta la mas benigna de las plantas alucinógenas americanas, no sucedió lo mismo con algunos vegetales asiáticos que fueron considerados inofensivos y de uso placentero.

Sin contar con millares de remedios cuya fórmula era secreta, hasta principios del siglo XX todas las farmacias occidentales tenían obligatoriamente -como existencias mínimas de botica- preparaciones opiadas como estas:

- Polvo de opio, con un contenido del 10% en morfina
- Extracto de opio con el 20% de contenido en morfina
- Extracto total de opio con un contenido en morfina del 50%, etc.

Desde principios del siglo XIX se observa un interés extraordinario por toda suerte de fármacos psicoactivos, en el cuál no sólo influyen químicos, farmacéuticos y médicos, sino literatos, filósofos y artistas; y es en este momento en el que se produce el descubrimiento de fármacos puros, en una sucesión de alcaloides que comienza con la morfina (1805) para seguir con la codeína (1832), la cafeína (1841), la cocaína (1860), la heroína (1874), la mescalina (1888), y los barbitúricos (1903), etc. Considerando que la mayoría de estos hallazgos provienen de una decantación a plantas bien conocidas (adormidera, solanáceas, coca, café y peyote). La trascendencia de este acontecimiento, radicó en que el hecho de tener los principios activos significaba disponer de ellos en todo lugar y momento. Ya no sería necesario transportar grandes cantidades de vegetales de un sitio a otro, porque en un maletín lleno de morfina o cocaína podían acumularse hectáreas de sembradíos. Además en las plantas con varios principios activos podían separarse cada uno de los elementos y agregarse a otros; por lo que en menos de un siglo, el trabajo de la química orgánica había revolucionado el concepto de las drogas.

Los principios activos de las principales drogas no eran sino un tipo de compuestos alcalinos, formados básicamente por carbono, hidrógeno y nitrógeno, cuya característica común reside en una acción fisiológica muy intensa.

Como consecuencia de la profundización, que se observa en la farmacología, nace la etnobotánica que estudia a las plantas consideradas como droga. Al mismo tiempo que resurge la toxicología y se hace manifiesto que su campo de estudio interesa de modo directo a la antropología, la bioquímica, la medicina y la psicología.

La guerra civil americana (1861-1865) fué el primer experimento masivo para la morfina, que era administrada intravenosamente a los heridos para

mitigarles el dolor, en ocasiones, hasta en varias veces al día, durante meses. Una vez acabada la guerra, no tardaron en presentarse casos de dependencia que recibieron el nombre de "Army Disease" y "Dependencia artificial".

En 1864, el futuro premio nobel de química A. Von Bayer condensa por primera vez la urea y el ácido malónico, sintetizando la molécula barbitúrica. El más antiguo compuesto con propiedades hipnóticas (barbital) se descubre en 1888, aunque dichas propiedades sólo sean percibidas un tiempo más tarde gracias a las investigaciones de A. Von Mehring y E. Fisher, tras de las cuáles se comercializa con el nombre de veronal. Para 1913 ya se sabía que las muertes por sobredosis accidental eran mucho mas frecuentes que con la morfina, porque la aparición de tolerancia no hace disminuir los límites de las dosis letales y al ir en aumento las tomas va reduciéndose el margen de seguridad para el usuario. Se observó también que el síndrome de abstinencia del adicto al barbiturico era mas grave que el inducido por opiáceos y semejante al del cloral o el paraldehído, suscitando un cuadro de delirium tremens, con crisis epileptoides cuyo desenlace es un "estado epiléptico" seguido por semanas de delirio, muchas veces mortal.

Durante el siglo XIX, el vino y los licores se caracterizaron por un consumo severamente restringido en varias entidades de Estados Unidos. Las demás drogas (estupefacientes y psicotrópicos) son mercancías completamente libres. El impacto que produjo esta libertad en el consumo durante finales del siglo XIX y principios del siglo XX se puede observar en el aumento significativo de consumidores de drogas sobre todo de cocaína. Algunos acontecimientos, como el resurgimiento del cristianismo, influyeron en la nueva prohibición hacia las drogas. Otro de los rasgos que más influyeron fueron las tensiones sociales producidas por el rápido proceso

de proletarización e industrialización, combinado con la aparición de grandes concentraciones humanas, algunas de las cuáles comenzaron a simbolizar a los grupos "desviados", lo que se traduce en sectores definidos por su marginación. Por lo que, las acciones encaminadas a la prohibición de las drogas, divididas durante el siglo XIX, adquieren una gran fuerza que logra ilegalizar la ebriedad en cualquiera de sus formas. La mayor preocupación era por el alcohol y el tabaco, pero ésta se debía solo a que era considerablemente mayor su consumo por la gente.

A comienzos de 1912 se firmó un tratado surgido de una conferencia en la ciudad de La Haya. Firmaron las delegaciones de doce países, esta conferencia estuvo matizada por tal discordancia de intereses que el convenio quedó pendiente de que se unieran otros países, estipulándose solamente un control sobre preparación y distribución de opio, morfina y cocaína, limitándose estas sustancias a usos médicos solamente.

Se convocó a una segunda conferencia en 1913 y en 1914 a una tercera, en la cuál, la presión que ejerció Estados Unidos sobre América Latina logró que firmaran cuarenta y cuatro gobiernos de los cincuenta y ocho reconocidos entonces.

En 1925 se celebró en Ginebra un convenio en donde se mantuvo el principio de La Haya, según el cual se limitarían a "usos médicos y científicos", la producción, venta y empleo de los fármacos incluidos en sus cláusulas.

La ratificación del convenio de Ginebra, produjo una norma algo más técnica, donde siguió siendo una clara preocupación el uso ilegal del éter, igualmente eran acreedores a sanción la tenencia y el tráfico.

En 1931 se celebró en Ginebra otra convención con menos países que en la anterior. Entre los países productores más importantes de materias

primas que seguían ausentes estaban China, Rusia, Afganistán y Bolivia. En esta convención quedó aprobado un convenio cuya principal finalidad era poner en práctica lo acordado en 1925, a través de evaluaciones de cantidades necesarias para usos médicos y científicos; cada país se obligaba a presentar ante el Comité Central Permanente los resultados de dicha evaluación. Todas las acciones realizadas contra el consumo de drogas obtuvieron como resultado que los niveles de consumo se redujeran en cantidades poco significativas en la mayoría de los países que intervinieron en los tratados. Por lo que al término de la segunda guerra mundial, como era de esperarse los niveles de adicción se incrementaron a una proporción mayor de la que había en 1931.

A partir de este momento comienza una escalada siempre en forma ascendente del número de adictos a los fármacos, el cuál ha llegado hasta los niveles actuales, lo que representa un grave problema que abarca las esferas de lo económico, de lo social, lo personal, así como en el ámbito de la salud a nivel mundial.

De la antigüedad nos llega un concepto griego: "**Pharmakon**" que indica remedio y veneno, no una cosa u otra sino las dos inseparablemente, cura y amenaza se solicitan recíprocamente en este orden de cosas. El concepto inglés "**Narcotics**", traducido al francés como "**Estupefiants**", es lo que llamamos estupefaciente que viene del griego "**Narkoun**", que significa adormecer y sedar.

En la actualidad cada cultura elige e inventa sus propias drogas de acuerdo con su tradición; sin tener en cuenta la farmacología. Son las actitudes sociales quienes determinan cuáles son las drogas admisibles e inadmisibles, atribuyendo o no cualidades éticas a los productos químicos.

SITUACIÓN ACTUAL DE LA FARMACODEPENDENCIA

La actitud en el consumo de drogas en los últimos 15 años en el mundo, ha experimentado una gran transformación; la cocaína que se consideraba con dotes especiales para ciertas curas, hoy se conoce como una de las drogas más peligrosas. Este cambio de estatus ocurre de igual manera en la historia de Estados Unidos, en donde aproximadamente en el año de 1900 utilizaban la cocaína como remedio anestésico, administrándola principalmente a los soldados jóvenes, quienes la consumían junto con los derivados de opiáceos, para aliviar su dolor y angustia derivados de las guerras. La respuesta popular fue muy similar a lo que actualmente sucede: una "epidemia" del uso de la cocaína. En los años cuarentas, un fenómeno muy parecido estaba sucediendo en el Japón, los beneficios inicialmente atribuidos a la droga -euforia y estimulación del Sistema Nervioso Central-, son considerados posteriormente como "riesgos seductores"; y la droga como una amenaza para la sociedad, conforme al paso de los años se han descubierto nuevas drogas, con actitudes que siguen la misma pauta: las reacciones que se presentan con el tiempo, en cierto número de poderosos químicos y narcóticos, tales como el opio, la morfina, la marihuana, el alcohol, etcétera.

En el caso de la cocaína, como en el caso de las otras sustancias, el rechazo de los consumidores hacia la condena de su uso, ha producido una reacción contra éste estilo prohibitivo. Además de que diferentes sectores de la sociedad pugnan también por un cambio de actitudes dirigido a la aceptación y la promoción de esfuerzos por lograr su aceptación legal. En contraparte a esta postura, los grupos conservadores ofrecen datos como los que se observaron durante la segunda guerra mundial, en donde las medidas de control antinarcótico estuvieron acompañadas por un consumo relativamente reducido de la cocaína y el

opio. Independientemente de los argumentos que presenta cada postura, es imprescindible recordar que los factores sociales y legales que afectan el consumo de la droga son complejos, ya que no existe una sola influencia que determine un nivel particular del uso y abuso de las drogas.

Por otro lado, el estudio de los esfuerzos anteriores hacia las limitaciones del consumo de narcóticos puede ayudarnos a enfocar las cuestiones de política contemporánea con una apreciación de las opciones que reduzcan o que fomenten la ingestión de éstas sustancias.

En México, la drogadicción constituye un problema multicausal que hacia fines de la década de los sesenta y principios de los setenta, se extendió a otros sectores de la población, que anteriormente no se encontraban dentro del consumo, y su abuso por los jóvenes -principalmente- y por la población en general -después- constituye un problema social y de salud pública que no debe ser ignorado (Medina, 1989).

En 1972 se iniciaron en este país los estudios epidemiológicos del consumo de drogas, realizados en diferentes poblaciones por diversas instituciones. Los resultados más significativos provienen de encuestas a hogares y escuelas de diferentes estratos sociales; éstos estudios están orientados a conocer la magnitud del uso indebido de drogas y mostrar el panorama de su incidencia. Su continuidad permite conocer las tendencias del fenómeno, ya que se brindan parámetros fijos para evaluar el aumento, la disminución y los cambios ocurridos en los grupos afectados.

La Dirección General de Epidemiología y el Instituto Mexicano de Psiquiatría, tienen a su cargo al Sistema Nacional de Encuestas de Salud, del cual se deriva la Encuesta Nacional de Adicciones, que se lleva a cabo periódicamente con el fin de conocer los aspectos más importantes relacionados con el fenómeno de la drogadicción.

En la primer Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), que se llevó a cabo en 1988 (IMP, 1989 y 1990), se contempló a una muestra de individuos cuyas edades oscilaban entre los 12 y 65 años de edad, los resultados confirmaron investigaciones previas, en el sentido de que el problema de abuso de drogas ha continuado en aumento por lo que merece la atención de diversos sectores encargados de la prevención y tratamiento.

Para la realización de la Encuesta Nacional de Adicciones se utilizó el Marco Muestral Maestro de la Dirección General de Epidemiología; se consideraron únicamente localidades urbanas de más de 2,500 habitantes, que representan al 65% de la población total del país, se entrevistó a un solo individuo por hogar, siendo 15,000 hogares entrevistados.^φ De dicha encuesta se desprende que existen un total de 1,713,000 usuarios de cuando menos una vez y que representan el 4.8% de la población considerada en el estudio. Los usuarios activos en los doce meses anteriores al estudio representaron el 2.1% de la población y los usuarios activos durante los treinta días anteriores a la encuesta representaron el 0.94%.

De acuerdo con esta encuesta, la población masculina joven, (12 a 34 años) es la más afectada; la prevalencia total -que se refiere al consumo alguna vez en la vida- y la actual -que se refiere al consumo durante los treinta días anteriores a la encuesta- en este grupo, fue de 7.90% . Las drogas mas consumidas fueron la marihuana (2.56%), los tranquilizantes (0.71%), los inhalantes (0.66%), las anfetaminas (0.65%) y la cocaína (0.28%).

^φ En la publicación de los resultados de esta encuesta sólo se incluye el total de entrevistas completadas que fue de 12,581; por lo tanto, no se contempla el total de sujetos incluidos en la muestra. Sin embargo dicho dato puede calcularse si se realiza una operación aritmética llamada regla de tres, sabiendo que el 4.8% de la muestra esta constituido por 1,374,994 sujetos en total.

Para las otras drogas investigadas (estimulantes, cocaína, alucinógenos, analgésicos narcóticos, heroína y opio) los porcentajes reportados fueron más bajos.

Así mismo, es la marihuana, la droga que tiene el mayor porcentaje de consumidores consuetudinarios (1.08%); seguida de los tranquilizantes (0.37%) y las anfetaminas (0.36%).

En lo que a sexo respecta, se observó que los hombres usan mayormente marihuana e inhalables, mientras que las mujeres prefieren el uso de las drogas médicas.

Con el fin de establecer comparaciones entre las diferentes zonas del país, la ENA dividió los resultados por regiones. Esto permitió conocer cómo se distribuye el consumo de drogas a nivel nacional.

Para la marihuana, las regiones donde predominó el consumo fueron la noroccidental (Baja California Norte, Baja California Sur, Sinaloa y Sonora) y la centro (Estado de México, Hidalgo, Guanajuato, Morelos, Puebla, Tlaxcala y Querétaro). Mientras que los inhalables y la cocaína destacaron en la Ciudad de México y la región noroccidental. En cuanto a la heroína, su principal consumo se localizó también en la región noroccidental y en la nororiental (Coahuila, Chihuahua, Durango, Nuevo León, San Luis Potosí y Tamaulipas). También los centros turísticos y las grandes concentraciones urbanas son zonas de importante consumo.

Las regiones fronterizas con Estados Unidos y el Distrito Federal son los lugares en donde la adquisición es más frecuente para la cocaína, opio, tranquilizantes, anfetaminas, inhalantes y marihuana. La región centro, aunque representa un comportamiento similar al del Distrito Federal, presentó los mayores porcentajes para sedantes y alucinógenos.

En 1993 se realizó la segunda Encuesta Nacional de Adicciones (IMP, 1993) y (CONADIC, 1995), obteniendo los siguientes resultados.

Dentro de las sustancias psicoactivas consideradas como ilícitas (mariguana, cocaína, heroína, opio, alucinógenos e inhalantes*) la prevalencia total fue de 3.9, lo que equivale a más de un millón y medio de personas (1,589 716). Como en la encuesta anterior, el consumo en el sexo masculino (7.7%) fue superior al del sexo femenino (0.8%). Lo que significa que mientras casi un millón y medio de varones han consumido drogas ilícitas, en el sexo femenino la prevalencia 175 681 mujeres.

En lo que respecta al tipo de prevalencia, se puede observar que el porcentaje para el consumo de al menos una vez en la vida fue de 3.9%; en los últimos doce meses de 0.7% y de 0.4% en los últimos treinta días. Lo que indica que en la actualidad todavía es considerablemente menor el número de personas que consumieron drogas durante el último mes anterior a la encuesta.

Un dato importante de resaltar es que para este tipo de drogas el grupo de edades de mayor consumo es el de 26 a 34 años (6.1%), de los cuales una amplia mayoría fueron del sexo masculino; quedando en segundo lugar el de 19 a 25 y el de 35 ó más (4.7% cada uno).

La proporción en general fue de 8 hombres consumidores por cada mujer, lo que comparado con la proporción de sexos para las drogas de uso médico, en donde por cada varón consumidor existen casi dos mujeres, indica que las tendencias por sexos en ambos tipos de drogas son las mismas que se manifestaron en la encuesta anterior.

Al hacer un análisis de las diferentes drogas médicas (analgésicos, depresores, tranquilizantes, sedantes y estimulantes), se observó que la prevalencia para el consumo de "alguna vez en la vida fue de 15.4%, es

* En el caso de los Inhalantes, que no se consideran estrictamente ilegales por su aplicación industrial y doméstica, se tomó en cuenta que su venta está estrictamente prohibida a los menores de edad.

decir aproximadamente 6,541 824 personas. [⊗] La prevalencia para los doce meses anteriores a la encuesta fue de 4.8% mientras que, la prevalencia para los treinta días anteriores fue de 1.8%). Para los depresores del Sistema Nervioso Central (tranquilizantes), en el grupo de 19 a 25 años de edad la proporción es de tres mujeres por varón, reduciéndose en los grupos de mayor edad a dos mujeres por varón. Por lo que respecta a los estimulantes o anfetaminas la proporción en general es de tres mujeres por cada varón. Sin embargo, para los analgésicos, el sexo femenino consumió sólo un poco más (57.8%) que el sexo masculino (42.2%). Cabe resaltar que la mayor proporción de mujeres consumidoras se dedica al hogar en tanto que la mayoría de consumidores masculinos son empleados.

Como para las drogas ilícitas, el porcentaje mayor de prevalencia en las drogas médicas fue para la prevalencia total y el menor, para la prevalencia actual.

Respecto al consumo por regiones se encontró que para las drogas de tipo médico, el mayor consumo se localiza en la región norcentral (Agua Calientes, Colima, Jalisco, Nayarit y Zacatecas) y la centro sur (Guerrero, Michoacán, Oaxaca y Veracruz). En el consumo de drogas ilícitas, la región noroccidental ocupó el primer lugar en consumo. El segundo lugar fue para la región centro sur.

A pesar de que al momento de realizar esta investigación no se contó con el porcentaje total de prevalencias, si se observan las cifras tanto de las

[⊗] De este 15.4% de consumidores, un 83% indicó que usaba las sustancias bajo prescripción médica, mientras que el 17% las emplea fuera de prescripción. Sin embargo, debido a que el consumo de estos medicamentos es muy alto entre la población general y dado que es común que los entrevistados sientan temor de manifestarse abiertamente como usuarios de fármacos, en esta encuesta se tomaron en conjunto, con el fin de analizar los resultados obtenidos, tanto a los usuarios con prescripción como a los que carecían de ella.

drogas de tipo médico (15.4%), como las ilegales o ilícitas (3.9%); se puede observar un incremento en los porcentajes de personas que han incurrido en las drogas con relación a la ENA de 1988. Por lo que se puede concluir que los índices de consumo registran una tendencia rápida hacia el incremento y que cada vez es menor la edad de inicio en el consumo de éstas con fines de intoxicación.

Los datos obtenidos en la ENA '93 al igual que los de la realizada en 1988, pueden extrapolarse al total de la población que vive en las zonas urbanas, considerando que el estudio no cubre zonas rurales, ni población de grupos específicos como son los que habitan en centros de reclusión, de protección o de tratamiento, ni a población sin lugar fijo de residencia.

En México, una versión especial dentro de las drogas de abuso son los inhalantes (Thinex, cemento adhesivo, gasolina, etc.) que emplean principalmente jóvenes de escasos recursos a los que causa daños irreversibles en el cerebro, con efectos indeseables por tratarse de personas en etapa de desarrollo físico y emocional.

En 1994 la Dirección General de Epidemiología realizó en forma anónima, una encuesta a un grupo representativo de personas de 12 a 65 años de edad que viven en comunidades con más de 2500 habitantes dentro del Distrito Federal, en esta área, aproximadamente una sexta parte de la población masculina, ha consumido por lo menos una droga, situación diferente para la población femenina. El consumo mayor se detecta entre la población de los 12 a los 34 años. Al rededor de una décima parte de los entrevistados (lo que representa al 2% de la población masculina) consumió marihuana durante el último año, y casi el 1% de la población femenina hizo consumo de algún estimulante.

Una vez más, destaca entre las drogas, la marihuana y en segundo término los tranquilizantes y los inhalables. En cuanto al consumo por sexos, se

observó que los varones emplean en mayor porcentaje la marihuana mientras que las mujeres emplean tranquilizantes preferentemente.

Los lugares en los que se adquiere por primera vez la droga son: la casa, el trabajo y la escuela. Se puede apreciar que los lugares donde se adquieren los estimulantes y los inhalantes, son fundamentalmente la casa y el trabajo. Es importante observar contra lo que podría esperarse, que el hogar juega un papel primordial como sitio de adquisición de drogas.

En el Distrito Federal, se observa un incremento en el consumo de las drogas ilícitas, de éstas, las que más se emplean son la marihuana, y en segundo término la cocaína. De las drogas lícitas, las que más se consumen son los tranquilizantes y los estimulantes (CONADIC, 1994).

Fumar tabaco constituye la forma principal de inicio hacia las drogas y, es alarmante observar que la edad del comienzo de este hábito oscila entre los 12 y los 17 años y cada vez tiende a ser más baja. Por lo que se podría esperar que ocurriera lo mismo con las drogas. (Casillas, 1980).

Por lo que respecta a las drogas, se puede apreciar que aun cuando su uso no se ha generalizado como el alcohol y el tabaco, se observa un incremento constante en su consumo.

SITUACIÓN EN ESTUDIANTES

Se considera que la población escolar y los jóvenes merecen especial atención ya que se ha encontrado una tendencia mayor al uso de drogas en éstos, que en los adultos. Las características por las que la población escolar está ubicada dentro del grupo de alto riesgo en el uso de fármacos es en primer lugar, porque los estudiantes están en una edad en la que se inicia el proceso de formación de los individuos lo que los coloca en una situación más vulnerable, ya que se encuentran expuestos a una amplia gama de factores de riesgo, como son la adquisición de valores sociales y morales, la integración a diferentes grupos, la autoaceptación, etcétera.

Por otro lado, algunos autores como Mc Grath (1973), aseguran que en los estudiantes se genera un proceso de cuestionamiento social e inconformidad con las normas sociales ya que la universidad funciona como vehículo de cambio social lo que puede propiciar el consumo de drogas.

En el Instituto Mexicano de Psiquiatría se consideró que la información que se obtiene de las encuestas nacionales de adicción se vería notablemente enriquecida con la información obtenida de encuestas a población escolar debido a que abordaban a un grupo de alto riesgo específico para el consumo de drogas.

En 1976 se realizó la primer Encuesta Nacional de Estudiantes (ENE), con la participación del Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP) y la Secretaría de Educación Pública (SEP). A partir de ese año y hasta 1986, se realizó una encuesta anual, considerando a los estudiantes de educación media y media superior, es decir de secundaria y bachillerato. Estos estudios epidemiológicos y sistemáticos permitieron conocer

algunos aspectos importantes de la población estudiantil que ha ingerido drogas, como son la tendencia en el consumo, la cual se obtuvo al comparar los porcentajes de la encuesta nacional de 1976 y los de la encuesta de 1986.

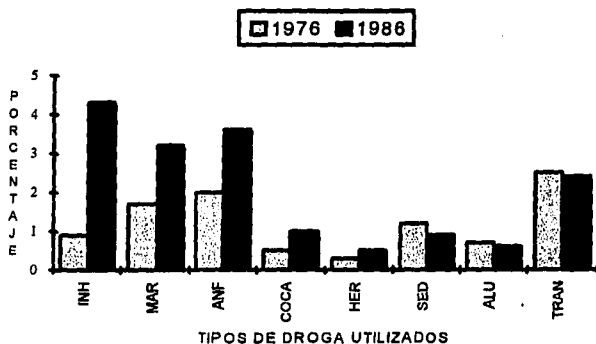
El diseño básico de la muestra para todas las encuestas fue bietápico y estratificado, utilizándose los registros oficiales y computarizados de la Secretaría de Educación Pública en los que se incluye a todas las escuelas incorporadas y no incorporadas, públicas y privadas de enseñanza media y media superior del país. La encuesta llevada a cabo en 1986, es una réplica de la realizada en 1976 y los años subsecuentes siendo el tamaño aproximado de cada muestra de 1,532,000 sujetos.

La siguiente gráfica nos muestra la evolución de las drogas estudiadas, en la que podemos ver que las drogas que aumentaron su consumo fueron los inhalantes, marihuana, anfetaminas, cocaína, y heroína. Mientras que las drogas que tuvieron un decremento (tan ligero que fueron consideradas como "aparentemente estables") son los sedantes, alucinógenos y tranquilizantes. Además se puede observar que los solventes se convirtieron en el grupo de drogas más utilizado. Otro aspecto importante fue que el uso de la cocaína había aumentado y, aún cuando el incremento era menor, se consideraba la posibilidad de que aumentara significativamente si se tomaba en cuenta que en Estados Unidos era la droga más utilizada por los jóvenes, además de que según los datos la mayoría de los jóvenes que la probaron una vez la seguían empleando, es decir que eran pocos los usuarios experimentales.

Por otro lado, los inhalantes fueron la droga cuyo aumento se consideró más preocupante, tanto por el porcentaje en que se incrementó su uso, como por los efectos que provoca, y por su amplia disponibilidad debido a su uso doméstico e industrial.

GRÁFICA NO. 1

PREVALENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS EN 1976 Y EN 1986



Fuente: El uso de drogas entre los estudiantes. Resultados de una investigación llevada a cabo durante el periodo de 1975 a 1986 (Castro, 1987).

En lo que se refiere a la marihuana y los inhalantes, los varones fueron el sexo con más consumo, sin embargo, para la marihuana la edad de mayor consumo fue de los 17 en adelante; mientras que para los inhalantes fue de los 14 a los 16.

Por lo que respecta a las drogas de uso médico como son los tranquilizantes, anfetaminas y sedantes, resultó mayor el número de mujeres que las consume, siendo la edad con más prevalencia la de 17 años en adelante, misma que podía considerarse con certeza la más afectada, además de que se sabía que la población joven observaba el mayor porcentaje de consumo en drogas.

Otra de las conclusiones hechas con los datos que arrojaron estas encuestas es que la mayoría de los consumidores eran de tipo experimental. Por lo que se proponía implantar medidas preventivas que redujeran el consumo experimental y detener el consumo excesivo para evitar que los sujetos que no habían consumido drogas hasta ese momento lo hicieran.

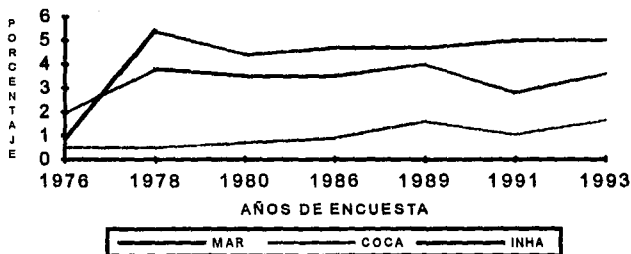
La medida considerada como principal en el ataque contra el consumo de drogas fue sin lugar a dudas, las de tipo educativo y social que detuvieran la tendencia a aumentar su uso por la población estudiantil, como había venido sucediendo por lo menos durante la última década (Castro, 1986).

En 1986, se encuestaron aproximadamente 1,523,638 estudiantes de los cuales 11.9% (181,313) informaron haber consumido drogas excluyendo al alcohol y al tabaco por lo menos una vez en su vida, de ellos, 10.2% eran usuarios leves, 1.4% moderados y 0.3% excesivos, lo que significaba 4,596 casos aproximados de usuarios excesivos dentro de la población estudiantil en el país, reafirmando los datos de las encuestas anteriores. Como puede verse en la gráfica 1, los inhalantes son el tipo de droga más consumida seguida por la marihuana y en tercer lugar las anfetaminas. Finalmente, se considera que "el uso y abuso de drogas es un problema moderno que se propaga entre la población como una epidemia" (Castro, 1987).

En la gráfica número 2 se puede observar la tendencia en el uso de las tres principales drogas que consumen los estudiantes en el Distrito Federal: marihuana, inhalantes y cocaína de 1986 a 1993.

GRÁFICA NO. 2

TENDENCIA DEL USO DE DROGAS EN ESTUDIANTES



Fuente: De la Serna, Rojas, Estrada y Medina Mora, 1991; Castro, 1992; SEP, IMP, 1991, 1993.

La ENE de 1991 incluyó una muestra de 61,779 estudiantes, por primera vez, no solo del medio urbano sino también rural de los cuales 51.8% fueron hombres y 47.1% mujeres.⁰ De acuerdo con los resultados, las drogas más consumidas por los estudiantes son en primer lugar, los inhalantes (3.5% alguna vez en la vida, 1.5% en el último año y 0.8% en el último mes); en segundo lugar las anfetaminas (2.3%, 1.3% y 0.75 respectivamente); los tranquilizantes (1.77%, 1.07% y 0.61% respectivamente) y la marihuana (1.54%, 0.6% y 0.39% respectivamente).

En general fueron los varones, los que consumieron drogas en mayor proporción que las mujeres, sin embargo, en las drogas de uso médico las

⁰ En los resultados, no se analiza a la población urbana y rural por separado, ni se hace ninguna comparación entre estas poblaciones. Sin embargo es importante apuntar que la muestra ya incluye sujetos que viven en áreas rurales.

mujeres presentaron un índice mayor. El consumo más alto se detectó en la edad de 16 años, excepto con los inhalantes, cuyo consumo en el mes anterior a la encuesta fue más frecuente entre los menores de 16 años.

Por otro lado se observa en los hombres una relación directamente proporcional entre su edad y el riesgo hacia el consumo de drogas, es decir, que entre más edad tengan, mayor será el riesgo de consumir sustancias.

En el siguiente cuadro se muestran las prevalencias totales (alguna vez en la vida) obtenidas en esta encuesta para cada una de las drogas. Se puede observar que después del alcohol y el tabaco, las drogas con mayor consumo son los inhalantes seguidas de las anfetaminas y los tranquilizantes.

Cuadro 1 Encuesta Nacional de Uso de Drogas en comunidad escolar.

DROGA REPORTADA	PREVALENCIA ALGUNA VEZ EN LA VIDA 1991 (N=81,779)
ALCOHOL	50%
TABACO	28%
ANFETAMINAS	2.3%
SEDANTES	1%
TRANQUILIZANTES	1.77%
INHALABLES	3.5%
MARIJUANA	1.54%
COCAÍNA	1%
ALUCINÓGENOS	1%
HEROÍNA	0%

Fuente: SEP/IMP, Encuesta nacional sobre el uso de drogas entre la comunidad escolar, 1991. México.

En comparación con la cantidad de estudios realizados con la población escolar de nivel medio y medio superior, tenemos que hay un número muy reducido de investigaciones publicadas en donde se considera a los estudiantes del nivel superior a pesar de localizarse en el segundo grupo de edad con mayor porcentaje de consumo (19-24) según los datos de la ENA.

Se considera que los aspectos de salud en estudiantes universitarios se encuentran muy escasamente estudiados, sobre todo si se observa la abundancia de estudios de este tipo en la primera década de la vida. Además de apuntar que dicha población merece atención puesto que constituye un grupo para cuya formación el país ha invertido una gran cantidad de recursos materiales y que de su incorporación a la vida productiva se espera la solución a diversos tipos de problemas (Limón y Torres 1982).

Otra razón por la que se considera de importancia realizar estudios de adicción a drogas en estudiantes de nivel superior, es por los efectos biológicos que provocan en el organismo al ser ingeridos y que dificultan o imposibilitan el aprendizaje (Dichos efectos se explican ampliamente en Drogas más Utilizadas así como en Daños a la Salud). Además, tenemos que el uso de drogas y la conducta delictiva, son eventos tan asociados que, en algunos casos se ha propuesto considerarlos como parte de un sólo síndrome que refleja desórdenes de conducta, procesos comunes de desarrollo social o estilos de vida particular: Existen evidencias que indican que la percepción que la comunidad tiene del joven que usa drogas, tiende a catalogarlo como agresivo, violento y con una inclinación a organizarse en grupos para realizar actividades antisociales. (Castro, 1988).

Loredo-Silva; Tovar y Mejía-Laguna realizaron en 1977 una investigación, mediante un muestreo al azar en el que, encuestaron a 1,383 alumnos de

primer ingreso a facultades y escuelas superiores de la UNAM. Como es sabido a todos los alumnos de primer ingreso se les aplica un examen médico general, sin embargo a los alumnos incluidos en la muestra, además se les pidió que contestaran un cuestionario llamado "aficionados y no aficionados al uso de fármacos sicotrópicos". Del total de la muestra, 77 alumnos todos del sexo masculino aceptaron haber usado o estar usando algún fármaco, lo que equivale al 5.56%. Una segunda etapa de la investigación se proponía captar a los consumidores para realizar un estudio más amplio y someterlos a tratamiento, sin embargo, sólo se presentaron 7 alumnos, los que rechazaron ser sometidos a rehabilitación. Por otro lado, la droga que con mayor frecuencia se consumió fue la marihuana con el 60.21%, siguiéndole el LSD y la cocaína con el 3% cada una y, finalmente, los hongos, morfina, thiner y merthiolate con 1% cada uno (Loredo, 1977).

En 1982, Limón y Torres se propusieron investigar si existía consumo de drogas en una universidad estatal y relacionar este consumo con algunos factores de tipo económicos, sociales, familiares y educacionales. La población, comprendía las edades de 17 a 30 años, de los cuales 56 pertenecían a la División de Ciencias Sociales y 49 a Ciencias y Artes para el Diseño. De los 105 alumnos estudiados 15.5% respondió haber consumido drogas en alguna etapa de su vida; siendo la edad promedio de inicio a los 16.6 años. Del total de usuarios encontrados, 28.57% pertenecían a la División de Ciencias Biológicas y Salud Mental, mientras que el restante 71.42% a las Divisiones de Ciencias Sociales y Humanidades y Ciencias y Artes para el Diseño. Un dato significativo es que los consumidores de la primer División fueron hombres todos, en tanto que los de la segunda, el 80% fueron hombres y el 20% mujeres.

En el consumo experimental se encontró el 72%, mientras que en el habitual se incluyeron el 28% de los cuales en el momento de la publicación sólo el 14% continuaba presentando consumo habitual.

Por otro lado, la Marihuana fue el fármaco más frecuentemente usado, siendo menor la frecuencia de tranquilizantes, anfetaminas e inhalantes. La forma de obtención más usual e importante fue a través de los amigos (Limón, 1982).

En la UNAM, la Dirección General de Servicios Médicos, aplica cada año, el Examen Médico Automatizado (EMA) a todos los alumnos de primer ingreso. En 1986, se insertaron 2 pruebas psicológicas con el fin de establecer los perfiles de personalidad de acuerdo a la carrera elegida, y detectar alumnos con algún grado de psicopatología.

A través de la aplicación del Cuestionario General de Salud de Goldberg D. P. y el Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI), de Hathaway y Mc Kinley, se pretende identificar a aquellos alumnos de primer ingreso que probablemente necesiten atención psicológica y/o psiquiátrica y ser canalizados al Departamento de Psiquiatría y Salud Mental para corroborar dicha necesidad e intervenir con un tratamiento adecuado.

Debido a que se considera a la incurrancia del uso y abuso de sustancias tóxicas como un factor de suma importancia que influye de manera determinante en el adecuado aprovechamiento y desarrollo posterior del profesionista, el EMA, incluye un total de 151 reactivos, de los cuales únicamente 8 (5.3%) están encaminados a detectar alumnos que probablemente tengan problemas relacionados con drogas, alcohol y tabaco; además de que el objetivo de las preguntas se limita a identificarlos por lo que las preguntas son muy generales.

Durante el ciclo escolar 92-93 ingresaron a la UNAM 57,682 alumnos, 26,696 a la licenciatura y 30,986 al bachillerato. Como cada año, les fue aplicado un Examen Médico de Primer Ingreso (EMPI), el cual fue

respondido por 29,028 alumnos (50.32% de los alumnos ingresados), 13,843 (47.68%) a nivel licenciatura y 15,185 (52.31%) dentro del Bachillerato.

Dicho exámen arrojó los siguientes datos: En nivel licenciatura 106 sujetos han consumido algún tipo de droga, lo que equivale a 0.76% de los alumnos de este nivel que contestaron el cuestionario. Mientras que en el nivel bachillerato 67 estudiantes han consumido algún tipo de droga, cifra que representa el 0.44%.

Se puede observar también que en casi todas las facultades el número de consumidores hombres es mayor que el de mujeres, excepto en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia en donde es mayor para la mujer, y en las facultades de Contaduría y Administración, Filosofía, Medicina y Veterinaria, en donde el consumo es igual para ambos sexos.

Por otro lado, las facultades de mayor consumo fueron Filosofía, seguida de Ciencias Políticas y Sociales y, en tercer lugar, Ingeniería. La facultad de Psicología ocupa el séptimo sitio de la ingesta de drogas.

Como se puede observar, los resultados obtenidos por el EMA apoyan la tesis de algunos autores como Mc Grath (1970), que afirma que los estudiantes del área de humanidades y Ciencias Sociales son más proclives al uso y abuso de drogas que los estudiantes del área de Ciencias Exactas. De igual manera, los resultados de la investigación de Loredo en 1977, ratifican esta tendencia.

PARTE IV
FARMACODEPENDENCIA

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS

Dentro del campo de la farmacodependencia se considera a los fármacos con efectos sobre el Sistema Nervioso Central los cuales producen cambios fisiológicos que alteran las emociones y consecuentemente la conducta; así, el hecho de que una persona consuma una droga determinada, obedece a las consecuencias que ésta causa, o que el individuo busca; es decir, se considera la elección de la droga como un proceso deliberado, y posteriormente, la unión entre el sujeto y la droga que eligió.

De acuerdo a la última definición de la Organización Mundial de la Salud, (OMS, 1990). El término **DROGA**, se define como *"cualquier sustancia química que al ser introducida en el organismo tiene efectos sobre el Sistema Nervioso Central y provoca cambios mentales y emocionales que se manifiestan en su comportamiento"*.

Lindesmith, (1975) distingue a los fármacos en Adictivos y no Adictivos. Los **FÁRMACOS ADICTIVOS** son aquellos que producen dependencia física después de un periodo de uso regular, de modo que cuando se suspende bruscamente su ingestión, se presenta una reacción corporal característica desagradable y dolorosa; los síntomas de abstinencia desaparecen con la administración de otra dosis del fármaco.

Los **FÁRMACOS NO ADICTIVOS**, a veces se usan en forma regular y hasta en grado compulsivo por algunas personas, pero lo más frecuente es que se empleen de modo irregular, según se disponga

de ellos o de acuerdo con circunstancias sociales o el talante individual.

Mientras que la **FARMACODEPENDENCIA** se define como *"el estado psíquico, y a veces también físico, resultante de la interacción entre un organismo vivo y una droga, que se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones, que comprenden siempre una pulsión a tomar el fármaco de modo continuo y periódico, para obtener sus efectos psíquicos y/o para evitar el síndrome de abstinencia"*. (CONADIC, 1992). Esta es una definición muy general de manera que engloba las relaciones que se establecen entre el individuo y la droga.

Por su parte Jaffe (1991) propone el concepto de **DROGADEPENDENCIA** en donde describe que algunos individuos que comienzan a ingerir drogas, con el correr del tiempo, desarrollan dependencia; es decir que continúan tomándola en ausencia de indicaciones médicas, a menudo a pesar de las consecuencias médicas y sociales adversas, y se comportan como si sus efectos fueran necesarios para mantener su bienestar. La intensidad de esta "necesidad" o dependencia puede variar entre un deseo leve y una "compulsión" al uso de la droga, pudiendo mostrar preocupación por conseguirla cuando su disponibilidad es incierta.

Jaffe, reconoce grados dentro de la drogadependencia -que puede ser considerada como un síndrome- y que su intensidad está calibrada por las conductas que se asocian con el uso de la droga. Por lo que no hay líneas precisas que separen la drogadependencia del uso no dependiente pero recurrente de drogas. Define la

existencia de drogadependencia sobre la base de la presencia de tres o más de los siguientes criterios:

- 1) Ingestión de la sustancia con más frecuencia o en mayor cantidad que la determinada,
- 2) Esfuerzos infructuosos para suspender o reducir el uso de drogas,
- 3) Inversión de gran cantidad de tiempo adquiriendo la droga, usándola o recuperándose de sus efectos,
- 4) Intoxicación frecuente o síntomas de supresión,
- 5) Abandono de las actividades sociales o laborales debido al uso de la droga,
- 6) Uso continuado a pesar de los efectos psicológicos o físicos adversos,
- 7) Tolerancia pronunciada y,
- 8) Uso frecuente de la droga para aliviar los síntomas de supresión.

Otra definición de Farmacodependencia creada por el comité de expertos de la OMS asegura que es: *La necesidad que tiene el individuo (por adicción o por hábito) de usar o abusar de una sustancia (droga) con la intención de sentir los efectos que tiene sobre el Sistema Nervioso Central, ya sean placenteros o para disminuir o evitar sensaciones desagradables, como los síntomas de la abstinencia física.*

La Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10) la define como *"el estado físico y psíquico, causado entre la interacción de un organismo vivo y de un fármaco, caracterizado por modificación del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible para tomar el fármaco en forma continua o periódica, con el fin de experimentar sus efectos psíquicos y, en*

ocasiones, para evitar el malestar producido por la privación". Como se puede observar, todas estas definiciones cumplen con el requisito de ser funcionales para la explicación de este fenómeno. Fueron incluidas en el presente estudio debido a que, después de la revisión correspondiente, se consideró que engloban a la mayoría de las existentes.

ADICCIÓN, este término se utiliza para señalar un grado grave de farmacodependencia que es un extremo del compromiso continuo con el uso de la droga. El término encierra un sentido cualitativo más que cuantitativo del grado con que la droga invade la actividad total de la vida del consumidor y de la variedad de circunstancias en las que el uso de la droga controla su conducta.

Por otro lado, el DSM-III-R (utilizado para establecer diagnósticos) se basa en criterios claramente definidos para intoxicaciones por sustancias determinadas, ya que se contempla que un factor esencial el establecer con qué tipo de drogas se intoxica el individuo.

Durante el uso prolongado de drogas, se presentan otros factores que afectan en forma profunda el patrón de consumo y la probabilidad de continuar con su uso. Entre estos factores esta la capacidad de algunas sustancias de producir tolerancia y/o dependencia física. Así se distinguen dos tipos de dependencia asociadas con este hábito: la física y la psíquica.

En el DSM III-R, la **DEPENDENCIA** es definida como *"un conjunto de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que indican que la*

persona ha perdido el control para el uso de la sustancia psicoactiva y continua usándola a pesar de sus consecuencias adversas”.

En 1964 el Comité de Expertos de la OMS introdujo el concepto “dependencia” para reemplazar el de adicción o habituación. El término puede ser generalmente utilizado al referirse a todas las drogas psicoactivas (dependencia a drogas, dependencia química, dependencia al uso de sustancias), o para referirse específicamente a una droga en particular o clase de droga (dependencia al alcohol, dependencia a los opioides).

DEPENDENCIA PSICOLOGICA: se desarrolla por un mecanismo “positivo” en la búsqueda de placer; es la necesidad emocional compulsiva de un individuo por usar una sustancia para experimentar sensaciones placenteras, aunque fisiológicamente no le sea necesaria y su ausencia no desencadena síndrome de abstinencia. En ocasiones, esta dependencia es mucho más fuerte que la física, puesto que está asociada a hábitos de la vida cotidiana del sujeto; su funcionamiento por lo general se hace con el objetivo de evadirse de situaciones desagradables o intolerables, o bien crea una sensación de satisfacción ante la vida; así, esta necesidad compulsiva no pasa inadvertida.

Por lo general, la farmacodependencia se asocia con el desarrollo de tolerancia y dependencia física aunque esto no siempre es así.[¶]

[¶] La relación entre la tolerancia y la dependencia física y la conducta de búsqueda y uso compulsivo de la droga es compleja y varía con las categorías de las drogas. Por ejemplo, aunque los pacientes que reciben opioides en forma regular durante más que unos pocos días desarrollan cierto grado de dependencia física, la abrumadora mayoría no presenta una conducta de búsqueda de droga y no se toman consumidores compulsivos. Algo muy similar ocurre con los pacientes que se someten a tratamiento con benzodiazepinas. Así, en la actualidad, la dependencia física se

DEPENDENCIA FISICA: Es el estado de adaptación biológica de un organismo en el que es necesaria la presencia de una sustancia (droga) para seguir funcionando normalmente, su supresión desencadena el síndrome orgánico de abstinencia, que revela síntomas de privación peligrosos o mortales. Las características comunes del síndrome de abstinencia son las siguientes:

- 1.- La existencia de ésta dependencia permanece desconocida mientras se continúa tomando la droga; no lleva consigo ninguna consecuencia social o médica notable, hasta que se suprime la droga o se vuelve inaccesible.
- 2.- La gravedad de la dependencia física y la seriedad del síndrome de privación varían en proporción directa de la cantidad, la frecuencia, la duración y el tipo de droga en cuestión. [▲]

En otra definición de Dependencia Física, se asegura que ésta se refiere a la alteración del estado psicológico (neuroadaptación) producido por la administración repetida de una droga, requiriéndose su administración continua para evitar la aparición del síndrome de supresión o abstinencia característico para esa droga en particular. El tiempo requerido por cualquier droga para producir dependencia física depende de varios factores, pero el grado de alteración del Sistema Nervioso Central y la continuidad de esta alteración parecen ser los más importantes para muchas drogas. Sin embargo, la

considera no tanto una causa directa de la farmacodependencia como uno de los varios factores que contribuyen a su desarrollo y a la tendencia de recaer después de la supresión.

[▲] Dela Garza y Vega, 1987.

manifestación clínica de un síndrome de supresión depende de los criterios para la determinación de sus síntomas, la sensibilidad de los métodos utilizados para detectarlos y la tasa de eliminación de la droga de su lugar de acción. En la actualidad aún se mide el grado de dependencia física de todo el organismo mediante la gravedad del síndrome de supresión producido por la suspensión abrupta de la droga.

Se denomina **DEPENDENCIA CRUZADA** a la capacidad de una droga para suprimir las manifestaciones de la dependencia física producida por otra y para mantener el estado de dependencia. La dependencia cruzada puede ser parcial o completa. La mayor parte de los hipnóticos sedantes muestra un grado razonable de dependencia cruzada entre los barbitúricos y los anestésicos volátiles.

Para la OMS la **TOLERANCIA** Es el proceso de adaptación de un organismo a los efectos de una droga, lo que implica la necesidad de aumentar la dosis para obtener resultados de igual magnitud, de modo que se necesitan dosis más elevadas para producir el efecto inicial.

Contrariamente a la dependencia física, La tolerancia sólo existe durante el uso de la droga. Cuando la tolerancia se ha desarrollado lentamente y la droga engendra además una dependencia física (por ejemplo la heroína o el alcohol), el aumento de la dosis eficaz acelera e intensifica la aparición de la dependencia física.

La importancia de la tolerancia y la rapidez con que se adquiere, depende de la droga, del individuo que la consume, de la dosis y de la frecuencia de uso.

La tolerancia en sí misma no afecta necesariamente la probabilidad del consumo continuo, pero puede afectar los patrones de uso mediante el aumento de la cantidad de droga que debe ser tomada para producir un efecto dado. La utilización de cantidades aumentadas puede, a su vez, realzar el riesgo de aparición de efectos tóxicos o producir otros problemas si la droga es costosa o se obtiene en forma ilícita.

TOLERANCIA CRUZADA: Resistencia adquirida para una droga que provoca a su vez tolerancia a otras drogas químicamente relacionadas con la primera (Agnew, 1979).

USO DE DROGAS: Consumo de sustancias que no poseen propiedades terapéuticas, con el objeto de experimentar sus efectos psicotrópicos.

Respecto al **ABUSO DE LAS DROGAS**, no existe una definición muy clara, pero se habla de abuso cuando se consume una droga excesivamente, de modo esporádico o persistente, incompatible o sin relación con un empleo médico aceptable. Cuando las drogas se toman o administran en algunas circunstancias o a una dosis que aumenta significativamente su nocividad, sean o no utilizadas con un fin terapéutico, legal o prescritas por el médico.

Para Jaffe (1991), el término abuso de drogas se refiere al uso de cualquier droga en una forma que se desvía de los patrones médicos o sociales aprobados en el marco de una cultura dada. El término lleva la noción de desaprobación social y no es necesariamente

descriptivo de algún patrón particular de uso de la droga o de sus consecuencias adversas potenciales.

Como se puede observar en esta definición se toma en cuenta la gran variación en lo que se considera abuso de cualquier droga en particular, no sólo entre diferentes culturas, sino también entre distintos tiempos y situaciones dentro de la misma cultura, ya que gran parte de esta definición es social. Por ejemplo, la intoxicación alcohólica crónica se considera abuso de droga en la sociedad occidental; sin embargo, no se considera así la intoxicación grosera en ciertas ocasiones.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA: *"Se define como el conjunto de manifestaciones clínicas, fisiológicas y psicológicas que presenta el individuo al depender de una droga, cuando suspende su consumo bruscamente o lo disminuye".*

El comienzo y la evolución del estado de abstinencia están limitados en el tiempo y se relacionen con el tipo de sustancia y la dosis consumida inmediatamente antes de la abstinencia. Los síntomas somáticos varían de acuerdo con la sustancia consumida. Los trastornos psicológicos (ansiedad, depresión, trastornos del sueño, irritabilidad, etc.) son también rasgos frecuentes de la abstinencia.

POLIUSUARIOS: son las personas que consumen dos o más drogas a la vez o alternadas.

Por otra parte, existen drogas **LÍCITAS** ó legales, como el alcohol y el tabaco, que son aceptadas socialmente, y que además tienen un respaldo legal para su producción, consumo y venta.

También, existen sustancias cuyo uso está prohibido por la sociedad, drogas **ILÍCITAS** o ilegales para las que incluso se han implementado leyes que vedan y castigan la producción, venta y consumo, por ejemplo: la marihuana, la cocaína, el opio, etcétera. Aunque también existen otras sustancias que se consideran como legales, pero que su obtención requiere de ciertos requisitos netamente médicos, de las que se puede abusar, y cuyos fines legítimos son esencialmente terapéuticos, por ejemplo, los antidepresivos, algunos psicotrópicos, tranquilizantes, estimulantes y anestésicos, entre otros. El sector salud controla la venta de estas sustancias, por lo que en los últimos años se han modificado las disposiciones sanitarias de las mismas.

DROGAS MÁS UTILIZADAS

A continuación se presentan las drogas que se utilizan con mayor frecuencia por la población consumidora, junto con sus características principales.

MARIGUANA: planta silvestre cuyo nombre científico es *Cannabis Sativa*. Contiene sustancias alcaloides que producen efectos psicotrópicos; en dosis pequeñas induce un efecto relajante, hay desinhibición emocional, distorsiones perceptuales y sensoriales, lentificación motora y cognitiva. Mechoulman R. en 1906 descubrió que contiene un principio activo que es el *Delta 9 tetrahidrocannabinol*, (*THC*), contenido en la planta en concentraciones variables; se encuentra en forma de resina en mayores concentraciones en las cabezas floridas de la planta femenina. Se utilizan también las hojas, las cuales se ingieren de diferentes maneras: fumada, masticada y bebida. La marihuana ha sido utilizada durante la historia como planta medicinal, para varias enfermedades como artritis, dolores musculares, etcétera. Se prohibió hasta que se descubrieron sus efectos sobre el Sistema Nervioso Central, así como para los fines que era empleada.

La experimentación en ratas y conejos indica que no produce una dependencia física demostrable; respecto a este tema, existe gran controversia acerca de si produce o no dependencia física, sin embargo, manifiesta tolerancia, estrés, trastornos alimenticios y en algunas ocasiones provoca manifestaciones agresivas. En Daños a la salud se expone este tema con mayor amplitud.

Según Oughourlian (1977) en la intoxicación aguda, llamada también embriaguez cannábica, se observan cuatro fases:

1. - **FASE DE LA EUFORIA.** Se manifiesta un estado de embriaguez hipomaniaca, el sujeto experimenta un estado de bienestar físico y psíquico (euforia), que desea compartir; por eso muchas veces se fuma en grupo. Los efectos sobre la capacidad de representación hacen que el individuo hable, lo que se denomina "soltar el rollo"; expone sus ideas, visiones, temas eróticos y viajes. Las características particulares de ésta fase dependen de la personalidad, cultura y carácter del consumidor.

2. - **FASE DE LA CONFUSIÓN.** Aparece hiperestesia sensorial: las percepciones se hacen más vívidas y agudas, los sonidos adquieren resonancia intensa y los colores brillantes, el sujeto percibe deformadas a las personas, sonidos, objetos y sabores. Se producen alteraciones de la personalidad, sensación de irrealidad, perturbación marcada de la sensación espacio-tiempo, lo que produce actos de reacciones diversas como agresión al exterior e impulsividad.

3. - **FASE DE ÉXTASIS.** Después viene una fase depresiva, de relajación, la vuelta a la tranquila satisfacción, esta fase se ve interrumpida por ilusiones que se van espaciando hasta desaparecer.

4. - **FASE DEL SUEÑO Y DEL DESPERTAR.** A la etapa de relajación sigue una etapa de sueño. El despertar va acompañado de debilidad física y psíquica.

Estos estados varían según la dosis ingerida. El estado del sujeto y el ambiente donde se lleva a cabo la ingestión. La intoxicación crónica se caracteriza por disminución de la atención, inestabilidad emocional, lentificación del habla, de los movimientos y del pensamiento, estupor marcado por deterioro de la personalidad; las personas se distinguen por su apatía, negligencia, progresiva decadencia ética y actos violentos.

En los grandes consumidores se origina la psicosis cannábica, por percepciones que se manifiestan por cambios del color y la forma de los objetos y pérdida de la tercera dimensión. (CONADIC, 1992).

Algunos autores mencionan que la marihuana no origina daños orgánicos, pero investigaciones recientes (Organización Panamericana de la Salud, 1990), afirman que los usuarios de cannabis sativa consumida de modo prolongado presentan un efecto deletéreo en la memoria y capacidad para aprender, así como toxicidad a largo plazo en los pulmones, en el sistema inmunológico, en las funciones reproductivas y del encéfalo; aunque algunos especialistas en adicciones aseguran que no existen daños orgánicos, pero que debe ser prohibida su venta y consumo debido a que el individuo en estado de intoxicación puede ser peligroso tanto para sí mismo como para las personas que lo rodean, a lo que se debe sumar la problemática que representa el narcotráfico.

INTOXICACION AGUDA

En la intoxicación aguda por la marihuana se presentan los siguientes síntomas: agresividad, irritabilidad, desorientación, alucinaciones, despersonalización, delirio, ilusiones, ansiedad, pánico, euforia, alteración en la coordinación de los movimientos,

midriasis, hiperreflexia, hiperfagia, dolores musculares, taquicardia y taquisfigmia (rapidez en los músculos del corazón), ojos enrojecidos y boca seca.

INTOXICACIÓN CRÓNICA

Existen recurrencias de los síntomas de la intoxicación aguda, temblores, alteraciones en la memoria, desorientación, sueño sobresaltado, somnolencia, apatía, verborrea y psicosis.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA

Se dice que no ocasiona dependencia física, pero produce somnolencia, boca seca, apetito por los chocolates y cansancio.

COCAÍNA: principal alcaloide cristalino que se extrae de las hojas desecadas de coca "*erythroxylon coca*", el cual es un arbusto de la familia de las eritroxiláceas. Aunque es originario de los valles andinos y húmedos del Perú y Bolivia, se cultiva en la India, Java y en muchas otras partes del mundo. Las hojas de coca son masticadas en estado crudo por los habitantes de diversos países sudamericanos, debido a su acción euforizante y contraria a la fatiga física, para dar alivio a la difícil vida de la región que se caracteriza por la pobreza y la desnutrición, aunadas a la altitud de los poblados y las distancias prolongadas que sus habitantes tienen que recorrer. La cocaína se encuentra en proporción del 1% aproximadamente en las hojas de coca, sus propiedades anestésicas fueron descubiertas en el 1882 por K. Koller y S. Freud, el creador del psicoanálisis. En 1895 se comenzaron a difundir sus efectos euforizantes y, hacia 1940 su uso comenzó a generalizarse. La cocaína se inhala o se inyecta con fines hedonistas produciendo excitación ebriosa, ideativa y motriz,

una sensación placentera, locuacidad, lucidez, hiperideación, ansiedad, aumento de la actividad muscular, prurito de movimiento y alivio de la sensación de cansancio, a la media hora de su ingestión la lasitud reemplaza a la excitación del momento.

Puede manifestarse temblor, aumento de reflejos, convulsiones y crisis epilépticas. El atractivo de los efectos euforizantes y estimulantes y la facilidad de su manejo favorecen su consumo. La cocaína aumenta la capacidad de erotismo, psíquicamente disminuye las inhibiciones; el consumidor habitual pronto comienza a experimentar sus efectos negativos cuando la suspende, como la falta de apetito, insomnio y adelgazamiento, alucinaciones visuales liliputenses, el individuo ve personas o animales muy pequeños que se mueven bajo su piel, delirio, impotencia, desviaciones sexuales, pérdida del pudor, locuacidad, motrocidad, capacidad psíquica, etcétera.

INTOXICACIÓN AGUDA

En general, los síntomas de una intoxicación aguda por cocaína son: agitación euforia, ansiedad, excitación, alucinaciones, temblores, insomnio, delirio, pérdida de autodominio, pulso lento, depresión respiratoria, midriasis, alteraciones visuales y auditivas, espasmos musculares, hiperreflexia, piloerección, dolor abdominal, vómitos y náuseas.

INTOXICACIÓN CRÓNICA

Excitación, ansiedad, verborrea, hipomanía, irritabilidad, alucinaciones, temblores, acroparestesias y pérdida de peso, y muerte.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA

Astenia, fatiga, apatía, sopor, somnolencia y sueño irregular y miosis, agresión, irritabilidad, desesperación y alucinaciones.

TRANQUILIZANTES: también llamados psicofármacos, son sustancias que disminuyen la ansiedad y la angustia; su uso por lo general se inicia con el fin de eliminar algunos trastornos mentales, aunque muchos adictos lo utilizan con fines "preventivos" para evitar probables ataques de angustia y evadirse así de la realidad, o bien para no sentir los efectos del síndrome de abstinencia, estos medicamentos se encuentran semicontrolados por las siguientes disposiciones de la Secretaría de Salubridad: que la receta sea expedida en un lapso no mayor de un mes y que cuente con sello de la Institución que la extiende y la cédula profesional del especialista que la receta. Se clasifican sobre la base de su similitud química, distinguiéndose los siguientes grupos de fármacos:

BENZODIACEPINAS y sus derivados, son productos especialmente como el diazepam, clordiazepóxido, bromacepam, alprazolam y algunos antiepilépticos. Se los emplea para tratar la ansiedad, los ataques de angustia y también como sedantes y relajantes musculares.

FENOTIAZINAS, son sustancias que producen sedación, acción antihemética, trastornos de la termoregulación, efecto antipruriginoso, antihistamínico y analgésico.

Se distinguen 25 derivados de las fenotiazinas y pueden tener o no acciones relajantes; los tranquilizantes son las promazinas, de las cuales la más conocida es la clorpromazina; las piperazinas

(trifluoperazina) y un grupo misceláneo (trioridazina). Se les utiliza en la psicosis para calmar la angustia, tensión, agitación y excitación psicomotriz. Las no tranquilizantes se emplean como drogas antiparkinsonianas, antihistamínicas y analgésicas.

LITIO, las sales de litio tienen como efecto la disminución de la actividad, la inquietud y el insomnio. Difenilmetano, son depresores del Sistema Nervioso Central, tienen acción antihistamínica, atropínica y antiemética.

INTOXICACIÓN AGUDA

Se presentan cefalea, hiperactividad, ideas delirantes, desorientación, alteraciones de la atención, mareos, depresión alteraciones de la atención, desorientación, sopor, depresión respiratoria, cianosis, ataxia. Con dosis mayores provoca incoordinación motora, lenguaje incoherente, somnolencia, sopor, visión borrosa, diplopia, nistagmus, miosis, shock, hipotonía, arreflexia, coma y, finalmente, la muerte.

INTOXICACIÓN CRÓNICA

Ansiedad, irritabilidad, desnutrición, temblores incoordinación motora, autocrítica, dolores musculares, somnolencia, disartría, nistagmus y coma.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA

Astenia, delirio, ideas delirantes, ansiedad, insomnio, temblores, convulsiones, taquicardia, hipotensión y dolor abdominal, diarrea, taquicardia.

ESTIMULANTES: En el siglo XVII llegaron a Europa los primeros granos de café cuyo empleo se generalizó rápidamente, este grano posee un alcaloide llamado cafeína, capaz de aumentar la actividad de la corteza cerebral y de otras regiones del Sistema Nervioso Central; se encuentran en una porción de 2% en cada grano de café, y 4% en las hojas del té.

Si bien la acción repetida no provoca una excitación aguda, son frecuentes el insomnio, la pérdida del apetito y taquicardia. La yerba mate, el cacao y la cola contienen principios químicos con acciones estimulantes similares a las del café.

AMINAS: el conocimiento de la efedrina permitió la síntesis de las anfetaminas, éstas provocan un poderoso efecto estimulante general en el Sistema Nervioso Central; se emplean en los síndromes depresivos para combatir la fatiga, el sueño y como anorexígeno.

Las principales son la anfetamina (Bencedrina), uno de sus isómeros, la dextroanfetamina (Dexsedrina) y la meta-anfetamina (Metedrinas).

En ciertas personas desencadenan episodios psicóticos paranoides agudos. La Segunda Guerra Mundial contribuyó al conocimiento de las aminas despertadoras; ambos mandos se sirvieron de ellas para evitar los efectos de la fatiga en las tropas. En 1953, existían en Japón 500,000 adictos, lo que determinó que el gobierno limitara su uso a partir de 1954.

ANTIDEPRESIVOS: Comprenden varias familias, dentro de ellas están los inhibidores de la MAO, que se emplean en los estados psicóticos y neuróticos depresivos. Dibenzazepina y derivados, los principales son la imipramina, la desmetilimipramina y la amitriptilina, emparentados con la fenotiazina, pero de acción estimulante.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

INTOXICACIÓN AGUDA

Vómito, diarrea, dolor abdominal, resequeidad de las mucosas, libido alterado, midriasis, sudoración y arritmia. En dosis mayores se presentan shock y coma.

INTOXICACIÓN CRÓNICA

Ansiedad, excitación, irritabilidad, temblores y pérdida de peso.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA

Astenia, fatiga, apatía, sopor, somnolencia, sueño irregular y miosis.

INHALANTES: Uno de los primeros inhalantes que se conoció fué el gas hilarante, que es un óxido nítrico que provoca en quien lo inhala rictus, contracciones y episodios de risa incontrolables. Los primeros casos de intoxicación se dieron en 1860, pocos años después, se conocieron otras sustancias, entre las que sobresalen el éter, el cloroformo y el cloruro de etilo. Este descubrimiento abrió el camino a otras sustancias toxicológicas: la de las sustancias inhalantes, el éter se convirtió en la droga capaz de suministrar sensaciones de embriaguez, euforia, exaltación de las ideas y desaparición de la sensibilidad y agresión. Los principios activos de los inhalantes son de una amplia variedad.

A los efectos del simple cemento (pegamento), se sumaron los de una insólita cantidad de sustancias: acetona, removedor de pintura, lacas, solventes, tinher, benzenos, hidrocarburos aromáticos, nafta, inhalantes de uso médico, roceadores para el pelo, desodorantes y hasta tintas. Los consumidores inhalan para sentirse eufóricos, excitarse, sentir alegría de vivir y desligarse del medio ambiente. De este grupo las sustancias que tienen uso médico son el éter, el

cloroformo y el óxido nitroso, que se emplean como anestésicos. Son consumidos especialmente por jóvenes y niños (entre los 7 y 14 años) de clases de escasos recursos económicos, debido a que son fáciles de conseguir y tienen un bajo costo en comparación con otras drogas. Su abuso es frecuente en las llamadas colonias perdidas, donde muchos jóvenes las consumen en ocasiones para sentir calor e inhibir el apetito. Sin embargo, también abusan de estas sustancias personas de la clase media y alta, para satisfacer su curiosidad, para divertirse, o como resultado de trastornos de personalidad.

Los inhalantes provocan una marcada dependencia psíquica, fuerte dependencia física y una gran tolerancia. Los efectos posteriores a una intoxicación son náusea, depresión, insomnio y pérdida del apetito. Además, el usuario se reconoce porque tiene los ojos llorosos, está eufórico o somnoliento, habla con dificultad y camina tambaleándose, en forma parecida a como lo hace el alcohólico.

INTOXICACIÓN AGUDA

Alucinaciones, desorientación, excitación, delirio, inquietud, pánico, irritabilidad, alteraciones de la atención, incoordinación motora, marcha anormal, lenguaje incoherente, cefalea, somnolencia, temblores. Con dosis: mayores convulsiones, shock circulatorio, depresión respiratoria, cianosis, vómito, náuseas, diarrea, hipertonia, catatonía, midriasis y a veces la muerte, por depresión respiratoria.

INTOXICACIÓN CRÓNICA:

Alteraciones de la memoria, alteraciones de la atención, tristeza, dolores musculares, cansancio, anorexia, desnutrición, temblores y marcha anormal.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA:

Ansiedad, astenia, cefalea, insomnio, convulsiones y dolor abdominal.

ALUCINÓGENOS: Se denominan drogas alucinógenas o psicoticomiméticas a las sustancias que producen alteraciones mentales, emocionales y del comportamiento, semejantes a las que caracterizan a la psicosis con desorganización de la personalidad, que suelen provocar alucinaciones, es decir, falsas impresiones sensoriales. Se emplean para crear psicosis experimentales o modelos que permiten estudiar la acción de diferentes fármacos sobre las mismas; no han sido usadas ampliamente como medio terapéutico. Son sustancias que tienen efectos sobre el Sistema Nervioso Central y producen alteraciones mentales, sensoperceptuales y emocionales que se manifiestan en el comportamiento; semejantes a las que caracterizan a las psicosis con desorganización de la personalidad. Suelen provocar alucinaciones y falsas impresiones sensoriales.

Los alucinógenos se pueden clasificar en seis grupos integrados por sustancias de diversa identidad química:

- a) derivados del ácido lisérgico
- b) indolalquilaminas (triptaminas)
- c) feniletilaminas
- d) ésteres del piperidilbenzilato
- e) otros.

En la intoxicación se presenta una fase de excitación psíquica acompañada de alteraciones del sistema nervioso autónomo (midriasis, taquicardia y salivación), alucinaciones visuales ricas en

contenido con la sensación de movimiento, en estado placentero y eufórico que al desaparecer, puede desencadenar un cuadro de ansiedad y aun desembocar en uno de angustia. Posteriormente a las alucinaciones aparece un trastorno de la personalidad conocido con el nombre de despersonalización, en el que el sujeto, pese a que está consciente, se siente ajeno a sí mismo.

INTOXICACIÓN AGUDA

Somnolencia, ataxia, sopor, lenguaje incoherente, hipotermia, cianosis, depresión respiratoria, shock circulatorio, oliguria- anuria, hipotonía, miosis, arreflexia, edema, coma, desorientación y cefalea.

INTOXICACIÓN CRÓNICA

Marcha anormal, incoordinación motora, desnutrición, irritabilidad, alteraciones del juicio y la autocrítica, ansiedad, dolores musculares, disartría y nistagmus.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA

Excepto para el LSD y sus derivados, cuando se dejan de consumir alucinógenos se observa astenia, insomnio, ansiedad, ideas delirantes, inquietud, desorientación, alucinaciones, dolor abdominal, diarrea, temblores, convulsiones, hipotensión y taquicardia.

SEDANTES: Con esta designación se agrupan algunas sustancias depresoras del Sistema Nervioso Central; aunque en forma no selectiva, sus efectos se reflejan primero en las funciones cerebrales. Suelen usarse para producir sedación ligera, sueño, hipnosis y anestesia. Los compuestos de este grupo que más se usan en la terapéutica son los barbitúricos: el fenobarbital, el amobarbital y el

barbital, mientras que de los no barbitúricos los más usados son: la glutetimida, el hidrato de cloral, el etanol, el carbamal y la etilurea. Con dosis crecientes es posible producir sedaciones ligeras y profundas, pérdida del conocimiento, sueño, anestesia quirúrgica y depresión respiratoria.

El grado de depresión depende del barbitúrico, de la dosis, de la vía de administración y de la excitabilidad del Sistema Nervioso Central. Se ha descubierto que mediante dosis pequeñas es posible disminuir la intranquilidad, la tensión emocional y la ansiedad sin mermar significativamente la percepción sensorial y el estado de alerta y facilita la introducción al sueño en individuos irritables o aprensivos. Los efectos benéficos se observan con mas frecuencia en personas neuróticas.

INTOXICACIÓN AGUDA

Cefalea, somnolencia, incoordinación motora, hipotonía, fatiga, desorientación, lenguaje incoherente irritabilidad, ansiedad, excitación inicial, sopor, resequedad de las mucosas y sialorrea; mientras que con dosis mayores se presenta inconsciencia, temblores, hipotermia, convulsiones, depresión respiratoria, shock circulatorio, cianosis y coma.

INTOXICACIÓN CRÓNICA

Anorexia, desnutrición, hipoestesia, ansiedad, irritabilidad, dolor muscular, constipación, sopor, irritación de la piel y las mucosas, alteraciones del apetito sexual y osteoporosis.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA

Agitación, insomnio, inquietud, ansiedad, astenia, dolor abdominal, dolor muscular, hipertensión, temblores, sudoración, vómitos, náuseas, diarrea, depresión respiratoria, bostezos, taquicardia, hipertensión, pulso lento, convulsiones, emaciación, inconsciencia, deshidratación, midriasis y rinorrea.

OPIO: El opio se obtiene de la amapola y su nombre científico es "*papaver somniferum*", contiene varios alcaloides, entre ellos la morfina y la codeína; de la morfina se sintetiza la heroína. Estas sustancias tienen un efecto analgésico muy potente, los síntomas principales son: analgesia, somnolencia, cambios en el estado de ánimo, depresión respiratoria, cambios en la motilidad gastrointestinal además de producir náuseas y vómito. .

El alto grado de adicción que desarrolla esta sustancia está dado, en primer lugar por el placer que provoca y en segundo lugar, su administración crónica produce dependencia física muy marcada, por lo que cuando se suprime la sustancia provoca un desagradable síndrome de abstinencia, el cual intenta posponer el individuo a toda costa.

INTOXICACIÓN AGUDA

Desorientación, alucinaciones, despersonalización, euforia, ansiedad, agresividad, cefalea, pánico, agitación, desesperación, alteraciones visuales, midriasis, somnolencia, dolores musculares, náuseas, vómito, depresión.

INTOXICACIÓN CRÓNICA

Recurrencias, alucinaciones, irritabilidad, alteraciones visuales, somnolencia, trastornos auditivos, desorientación y psicosis.

En el cuadro de la siguiente página se presentan las drogas de mayor frecuencia de consumo de acuerdo a su tipo y nombre más común, en él se incluye información respecto a su uso médico, tolerancia física, dependencia psicológica y dependencia física.

**DROGAS DE MAYOR FRECUENCIA DE USO EN RELACION
CON LA DEPENDENCIA**

TIPO	NOMBRE COMUN	USO MEDICO	TOLERANCIA FISICA	DEPENDENCIA PSICOLOGICA	DEPENDENCIA FISICA
Nicotina	Tabaco	Ninguno	X	X	X
Alcohol	Bebidas Alcohólicas; Vino, cerveza, tequila, brandy, etc.	Ninguno	de X a XXX	de X a XXX	de X a XXX
Cannabis	Mariguana, Hachis	En estudio; Tratamiento de glaucoma, asma, etc.	0	de X a XXX	0
Alucinógenos	LSD, mezcalina, psilocibina, etc.	Ninguno	0	0	X
<i>Estimulantes:</i>					
Anfetaminas	Benzedrina, Dexedrina	Anorécticos, combate fatiga, depresión, etc.	X	X	XXX
Cocaína	Hojas de coca, cocaína	Anestésico local y analgésico.	X	XX	de X a XX
Cafeína	Café, te, refresco de cola	Estimulante	X	X	de X a XXX
<i>Sedantes:</i>					
Tranquilizantes	Librium, valium, etc.	Relajantes musculares, ansiolíticos	X	X	de X a XXX
Barbitúricos	Amital, nembutal	Hipnóticos	de X a XXX	de X a XXX	de X a XXX
Opiáceos	Opio, morfina, heroína	Analgésico,	XXX	de X a XXX	de X a XXX
Inhalantes	Pegamento, gasolina, etc.	Anestésico	XXX	de X a XXX	de X a XXX

0 Inexistente
X Ligera
XX Moderada
XXX Fuerte

Fuente: De la Garza 1988.

CLASIFICACION DE LAS DROGAS.

La Organización Mundial de la Salud clasifica en 1972, por primera vez a las drogas según grupos de control, así propone cuatro grupos que son los siguientes:

A) Grupo A.

Sustancias que se recomienda poner bajo control porque son susceptibles de abuso en una medida que constituye un peligro particularmente grave para la salud pública y cuyo valor terapéutico es poco, muy poco, o inexistente: esencialmente son los alucinógenos.

B) GRUPO B.1

Sustancias que se recomienda poner bajo control, porque son susceptibles de abuso en una medida que constituye un peligro serio para la salud pública, y cuyo valor terapéutico es casi escaso o medio: en este grupo están clasificadas sobre todo las anfetaminas.

C) GRUPO B.2

Sustancias que se recomienda poner bajo control porque son susceptibles de abuso en una medida que constituye un peligro serio para la salud pública pero cuyo valor terapéutico es medio o alto. Se encuentran en este grupo los barbitúricos y algunos hipnóticos.

D) GRUPO C.

Sustancias que se recomienda poner bajo control porque son susceptibles de abuso en una medida que constituye un peligro pequeño, pero no desdeñable para la salud pública y cuyo valor

terapéutico es pequeño o grande: en este grupo se encuentran algunos barbitúricos, tranquilizantes e hipnóticos.

Esta es la clasificación que hizo por primera vez la Organización Mundial de la Salud, como se puede observar resulta poco clara e incompleta; pero a ésta, con el descubrimiento de otras drogas en los últimos años, le siguieron otras clasificaciones más completas y precisas.

CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS EN RELACIÓN A LA FARMACODEPENDENCIA

Se considera importante hacer una clasificación de las drogas en relación con la farmacodependencia y los síntomas que cada droga presenta, ya que las sustancias consideradas son muy variadas y van de acuerdo con la complejidad de sus efectos sobre el organismo.

Las sustancias que se consideran como drogas, tienen diversos usos, algunas de ellas son terapéuticas, otras de uso industrial y por tanto tienen circulación legal. Existen otras que no solamente son lícitas, sino que además tienen aceptación social, como el alcohol y el tabaco. Esta clasificación tiene como base un común denominador que es el cambio que producen sobre el Sistema Nervioso Central, repercutiendo en la conducta y el estado emocional.

Cada droga, se divide de acuerdo a la sintomatología que produce y a la gran variedad de drogas tanto naturales como sintéticas que existen; en una intoxicación es esencial que el médico o especialista

sepa cuál fué la droga utilizada para saber que terapéutica debe seguirse y cuáles sustancias médicas pueden ser administradas, así como cuáles procesos son los que ayudarán a cada paciente en particular, de ahí la necesidad de agrupar las distintas variedades de drogas por grupos y de acuerdo a su gravedad en la ingestión de éstas.

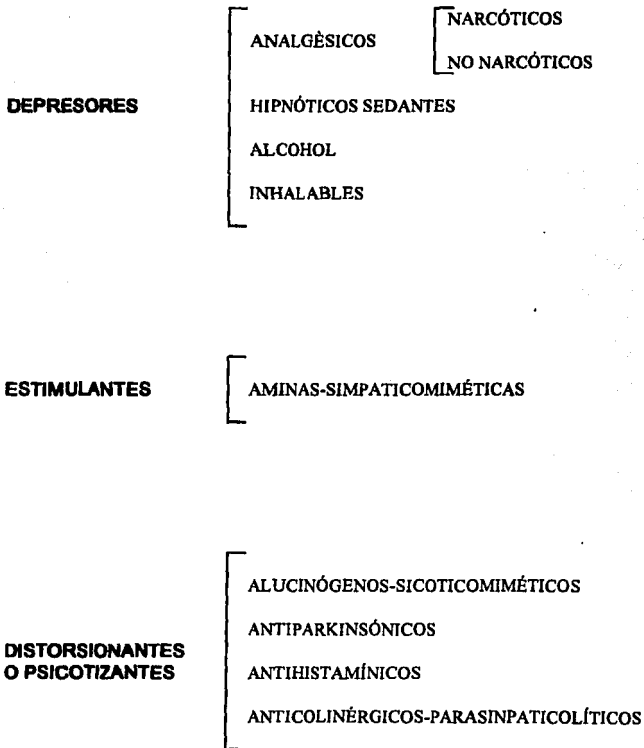
En la siguiente página, se presenta la clasificación de drogas de acuerdo a su semiología y composición:

ETIOLOGÍA DE LA FARMACODEPENDENCIA

El problema de la farmacodependencia, se debe a un conjunto de factores que intervienen en su presentación, como son los aspectos familiares, sociales, e individuales, a los que se les considera como predisponentes o favorecedores del problema de las adicciones. Si a ésto se le suma la gran cantidad y diversidad de las sustancias, las vías de administración, la interacción entre cada tipo de droga, la persona que la consume y el medio ambiente, se llega a la conclusión de que la terapéutica que se le debe dar a éste problema es multidisciplinaria, de manera integral, involucrando a la familia, a la comunidad y al individuo.

Dentro de los factores causales, destacan por su importancia los orgánicos, psicológicos e individuales como son los rasgos de la personalidad, la ansiedad, el aburrimiento, la depresión, algunas otras psicopatologías, así como la tendencia o predisposición de algunas personas a desarrollar dependencia; además de la curiosidad innata en el individuo, es decir la intención de buscar

**CLASIFICACION DE LAS DROGAS
EN RELACION A LA FARMACODEPENDENCIA**



1.- DEPRESORES

ANALGÉSICOS NARCÓTICOS

OPIO

MORFINA

CODEINA

HEROÍNA

HIDROMORFINA

MIPERIDINA

METADONA

PENTAZOCINA

HIPNÓTICOS SEDANTES

BARBITÚRICOS

ACCIÓN CORTA
O INTERMEDIA

PENTOBARRITAL

SECOBARRITAL

AMOBARRITAL

ACCIÓN
PROLONGADA

FENOBARRITAL

NO
BARBITÚRICOS

HIDRATO DE CLORAL

GLUTETINIDA

METACUALONA

ANSIOLÍTICOS

MEPROBAMATOS

BENZODIA-
CEPINAS

DIAZEPAM

LORAZEPAM

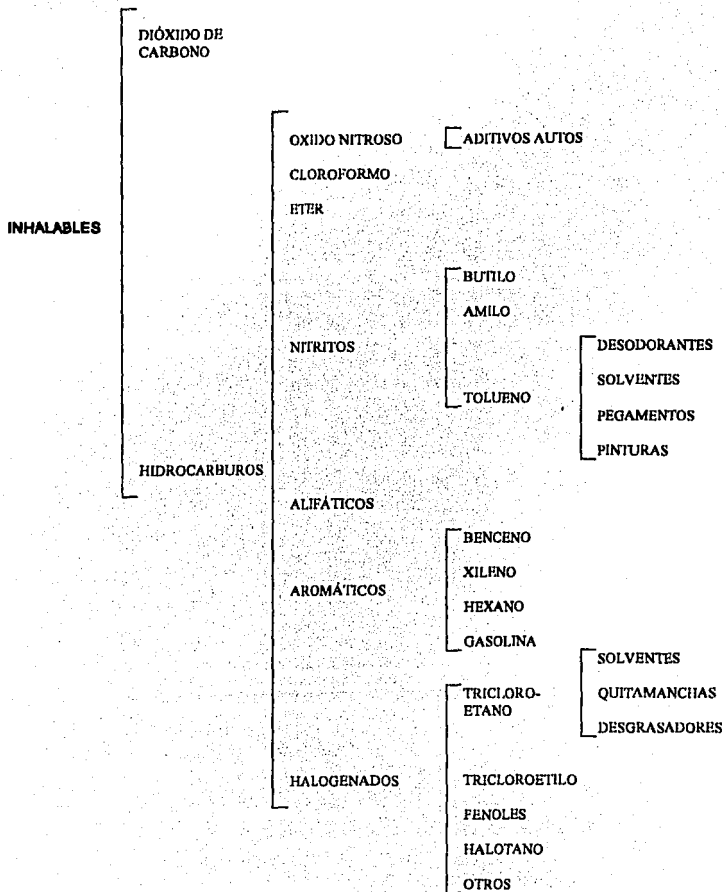
FLURAZEPAM

NITRAZEPAM

OXAZEPAM

CLORDIACE-
PÓXIDO

...1.- DEPRESORES



2.-ESTIMULANTES

**AMINAS
SIMPATICOMIMÉTICAS**

COCAÍNA

ANFETAMINAS

DEXTRO ANFETAMINA

METIL ANFETAMINA

CAFEÍNA

NICOTÍNA

FENMETRAZINA (PRELUDÍN)

METIL FENIDATO (RITALÍN)

3.- DISTORSIONANTES O PSICOTIZANTES

**ALUCINÓGENOS
PSICOTICOMIMÉTICOS**

MESCALINA

PSILOCIBINA

ACIDO LISÉRGICO (L.S.D.)

FENILCICLIDINA (P.C.P.)

MARIGUANA

HACHÍS

sensaciones placenteras o de evitar algunas desagradables y, posteriormente, la capacidad de aprendizaje para evitar los síntomas de abstinencia, cuando ya ésta significa un problema (Medina, 1989). El papel de la familia es fundamental en la etiología de la farmacodependencia, pues la psicodinamia de ésta determina desde la primera infancia el tipo de vida de la persona y es la primera fuente de educación y valores morales, de manera que en ella recae la responsabilidad de mantener una cohesión para favorecer el desarrollo humano. Esta característica familiar se considera incluso un factor de protección, que se considera más adelante en este trabajo.

Se cree que en el fenómeno de la farmacodependencia, el aprendizaje y por lo tanto el ambiente, juegan un papel muy importante en el autoconsumo de las sustancias, sin embargo, se deben de tomar en cuenta que las causas que determinan en las personas el fenómeno de la drogadicción son multifactoriales. La tendencia a polarizar en algunos de los motivos todo el peso de la responsabilidad de este problema, dificulta las estrategias para su combate.

El ambiente, simboliza las influencias culturales que rodean al individuo, incluyendo las que se refieren a los patrones de consumo de drogas, como son la situación económica, el grupo social en el que se busca satisfacer la necesidad de pertenencia, la aceptabilidad y la disponibilidad de la droga, así como los valores que prevalecen en el medio en que vive y actúa.

La edad de inicio para el consumo de la mayor parte de las drogas en la ciudad de México, es entre los 15 y 19 años, y las drogas de

inicio generalmente son el tabaco, el alcohol, los inhalables y la marihuana.

La experiencia en México, como en otros países muestra que el consumo de una droga puede generalizarse hasta adquirir proporciones "epidémicas"; por ejemplo se observa un aumento en el consumo de sustancias inhalables, tanto por jóvenes como por niños, a los cuáles desarrollan rápidamente dependencia y, por lo tanto, crean la necesidad compulsiva de consumir la droga, dándose la asociación entre la adicción, el tráfico y otros actos delictivos.

En la actualidad, otro fenómeno grave, que complica la etiología del problema es que cada vez se observa más la tendencia al uso combinado, simultáneo o secuencial de varias sustancias, utilizando nuevas vías de administración, ya sea que tengan efectos opuestos con las consecuentes alteraciones sobre las funciones mentales.

TRATAMIENTO

Las indicaciones para tratamiento varían según las drogas utilizadas y según también los factores sociales y culturales que determinan el patrón particular del consumo de la droga. Algunos de ellos, como el consumo de marihuana, no requieren más tratamiento que el que correspondería al uso ocasional del tabaco o al uso social del alcohol. Este consumo casual encierra peligro y puede comprometer el estado vocacional, en especial cuando están aumentando los programas para comprobar la presencia de drogas en los líquidos corporales. Sin embargo, dicho patrón de uso no constituye necesariamente un trastorno susceptible de tratamiento. Es probable que las posiciones cambiantes acerca del uso de la droga continúen creando áreas grises donde no son claras las indicaciones para el

tratamiento. No obstante, existe acuerdo general en la necesidad de tratamiento para las consecuencias adversas del consumo de drogas y para el usuario compulsivo que busca ayuda en forma voluntaria.

Por lo general, el manejo de los síndromes de supresión puede lograrse con riesgo mínimo y probabilidad elevada de éxito utilizando los agentes farmacológicos disponibles.

La supresión exitosa de cualquier droga puede realizarse sobre una base ambulatoria. Sin embargo, esta puede hacerse en forma más fácil y rápida con el paciente internado o en un marco "residencial" donde puedan minimizarse los estímulos asociados con el consumo de drogas y el acceso a ellos y, además, pueda observarse y tratarse en forma adecuada el síndrome de supresión. Es obvio que este tratamiento es más costoso que la atención ambulatoria y el costo adicional no siempre es justificado por mejores resultados o mayor seguridad.

Ciertos principios generales se aplican en forma independiente de las drogas utilizadas por el paciente. Se deberá estimar el grado de dependencia física que el paciente pueda haber desarrollado a cada droga, en caso de ésta. Además debe realizarse una historia clínica y un exámen físico para determinar si hay indicaciones que motiven la modificación de las técnicas de supresión usuales. Entoncés, se deberá elegir el marco más adecuado para el tratamiento y determinar si el uso de agentes farmacológicos reducirá los riesgos y las molestias y aumentara las probabilidades de una supresión exitosa; éstas constituyen las principales decisiones que deben tomarse.

La mayoría de los pacientes percibirán algunos síntomas de supresión, aún con la reducción muy gradual en la dosificación. Desde luego, puede ser posible reducir gradualmente la droga que el

paciente estaba consumiendo (morfina, heroína, meperidina, etc.) en un periodo de varios días. Por otro lado, actualmente son utilizados varios enfoques diferentes para modificar la conducta del consumo de drogas y ayudar a los pacientes a evitar la recaída. Algunos colocan el énfasis en los problemas emocionales que aumentan la vulnerabilidad al uso compulsivo de drogas; otros tienen como objetivo brindar gratificaciones alternativas o estilos de vida modificados; otros aún utilizan varias formas de presión externa y amenazas de consecuencias adversas para cambiar los patrones de consumo de drogas; algunos emplean agentes farmacológicos para modificar la respuesta a las mismas drogas. En los últimos tiempos se ha insistido más en la combinación de grupos de autoayuda, con técnicas cognoscitivas diseñadas para enseñar a los participantes como manejar el estrés y evitar situaciones que aumenten la necesidad de drogas.

Existe poca evidencia que indique el valor de la psicoterapia individual como único medio en el tratamiento del consumidor compulsivo de drogas, aunque los clínicos experimentados informan que la psicoterapia es útil en pacientes seleccionados. No obstante, la psicoterapia cognoscitiva o expresiva a mejorado el resultado en paciente con pronóstico malo en los programas de metadona y se ha demostrado la utilidad de algunas formas especializadas de psicoterapia de grupo y de grupos cognoscitivos de autoayuda en la prevención de las recaídas. No hay forma de predecir el tiempo del consumidor de droga que será ayudado por una u otra de las muchas técnicas que se usan en la actualidad.

Sin embargo, aquellos que presentan trastornos psiquiátricos graves tienden a producir resultados malos en casi todos los programas, mientras que aquellos con problemas mínimos y que conservan la

mayor parte de las habilidades y ventajas sociales obtienen buenos resultados en casi todos los programas. Alcohólicos Anónimos y grupos similares han sido útiles en la rehabilitación de ciertos tipos de consumidores compulsivos de drogas. Su eficiencia puede deberse a varios factores, incluyendo una disminución en las sensaciones de aislamiento y una gratificación de la necesidad de estar en ambiente. Es igualmente importante la presencia de una relación afectiva entre paciente y personal.

Las organizaciones suelen estar operadas por consumidores de droga recuperados y el nuevo miembro es confrontado de inmediato por individuos que enseguida le transmiten comprensión y preocupación brindándole modelos de conducta responsable. También es importante la participación propia que mantiene al individuo lejos del ambiente en el que se produce el consumo de las drogas y en compañía de gente que comparte las preocupaciones acerca de éste de una manera que equivale a una ritualización de la sensatez. Aunque una proporción sustancial de alcohólicos tratados se ponen en contacto con alcohólicos anónimos en algún momento, no está claro que porcentaje obtiene beneficios. Los grupos de autoayuda que utilizan enfoques cognoscitivos para evitar las recaídas constituyen una tendencia más reciente.

En resumen, el individuo que afronta un estado de intoxicación aguda por fármacos presenta una compleja y diversa sintomatología derivada del rompimiento brusco del equilibrio de sus funciones vitales. Las alteraciones no se limitan a un solo sistema, sino que las más de las veces se extienden a dos o más sistemas, interrelacionados. Ello determina la existencia de dos cuadros: uno común a todas las intoxicaciones y otro con carácter específico, definido por el tipo de fármacos que se utilizan.

El enfoque del tratamiento de las manifestaciones generales de las intoxicaciones obedece a que es preciso tratar de regularizar las funciones vitales. Las manifestaciones generales comunes a la mayoría de las intoxicaciones, así como el mecanismo de eliminación de las drogas; en este proceso, el cuerpo trata de regresar a una homeostasis, que si bien va a resultar un proceso difícil, todo organismo para su desintoxicación, sufrirá de los siguientes síntomas:

1. Complicaciones respiratorias.
2. Convulsiones.
3. Trastornos de la Temperatura.
4. Shock circulatorio.
5. Coma.
6. Mecanismos de eliminación de las drogas.

Para después mantenerse en abstinencia, debe existir un cambio en la actitud, ambiente, forma de ver la vida y algún enfoque terapéutico que lo apoye a reintegrarse nuevamente a su entorno, entorno en el que el papel de la familia, su trato y comprensión, juegan un papel primordial.

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

- 1.- El individuo puede consumir una droga por primera vez debido a:
 - A)Curiosidad
 - B)Presión de su grupo de iguales
 - C)Problemas familiares
 - D)Problemas psicológicos como ansiedad, depresión, etc.
- 2.- Puede gustarle o no el efecto de la droga en cuestión
- 3.- Si dicho efecto le gusto, aunque no le guste el sabor, continuará consumiéndola casi siempre con sus amigos.
- 4.- Si la droga le es muy agradable seguirá consumiéndola sin importar si esta solo o acompañado.
- 5.-Hará lo posible para conseguirla, incluso trabajará para ello o robará.
- 6.- Cabe resaltar que en ésta etapa el individuo ya hizo una asociación con la droga o las drogas elegidas, la seguirá tomando a todas horas del día y el no tenerla le causará angustia y desesperación incontrolable.
- 7.- Su cuerpo y su mente, ya la necesitan. En esta parte se le presentan dos vertientes:

A) Si la consigue la tomará en mayor dosis y más seguido.

B) Si no la consigue caerá en síndrome de abstinencia y debe ser atendido especialmente por personal médico y/o especialista.

8.- La etapa más difícil:

a) recae y vuelve a consumir la droga.

b) acude a ayuda de apoyo psicológico.

9.- Sigue consumiendo drogas tanto que afectan sus órganos vitales, y cada día será peor para él y su familia, se desencadena la etapa final.

10.- Deja de consumir la droga, hace esfuerzos por integrarse naturalmente a su grupo y su familia, quienes lo apoyan. El individuo vuelve a ser sano y no probará ya la droga.

Ó Llega inevitablemente la muerte.

FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN LA FARMACODEPENDENCIA

FACTORES DE RIESGO: Se denomina de esta forma a un conjunto de características psicológicas, sociales, culturales, demográficas, económicas y ambientales, provenientes de la comunidad, de la familia, del grupo y/o del individuo, que pueden favorecer y aumentar la probabilidad de que el sujeto se inicie en el consumo del alcohol y otras drogas. Entre los más importantes, están los problemas tempranos de conducta, fracaso escolar constante, ambiente favorable al uso de drogas, etc.

Las últimas investigaciones sobre los factores de riesgo, han mostrado que cuantos más factores de riesgo se encuentran en el sistema total de la escuela, la familia, entre los compañeros y la comunidad, mayor será la tendencia hacia los problemas relacionados al alcohol y la droga (Castro, 1992).

Una gama de factores de la personalidad individual también pone en riesgo a un joven, la mayoría de veces, éstos son los mismos que se describen como factores de riesgo de los compañeros. Algunos estudios indican una predisposición genética en varones al alcoholismo. Sin embargo, todavía no hay investigaciones suficientes para establecer alguna relación.

Una vez que los factores de riesgo se identifican en una población específica, las estrategias se pueden escoger o diseñar para implantar los factores específicos de protección. Cuando los factores de riesgo se reducen, dentro de la escuela y la comunidad, ocurrirán menos problemas relacionados con la droga y conductas destructivas asociadas.

Los factores de riesgo en los sistemas de la comunidad son los siguientes:

DENTRO DE LA FAMILIA:

- Problemas del manejo de la familia
- No se establecen expectativas claramente definidas en relación a las conductas esperadas
- Falta de control
- Disciplina inconsistente o dura
- Falta de relaciones estrechas de cariño
- Conflictos matrimoniales
- Aprobación del uso de alcohol y de la droga
- Abuso del tabaco, el alcohol o de otras drogas por parte de los padres
- Expectativas bajas en relación al éxito esperado del joven
- Historia de alcoholismo en la familia

EN LA ESCUELA:

- Ambiente negativo en la escuela
- Política escolar en relación al uso del alcohol y drogas no definida adecuadamente, ni acatada
- Disponibilidad del tabaco, el alcohol y otras drogas
- Cambios de escuelas
- Fracaso académico
- Falta de participación de los alumnos
- Falta de asistencia a las clases y suspensiones por motivos variados

LOS COMPAÑEROS O AMIGOS:

- Comportamiento antisocial precoz
- Aislamiento y rebeldía
- Actitudes favorables al uso de la droga
- Primer uso del alcohol y/o drogas a una edad muy temprana
- Mayor influencia y dependencia de los compañeros o amigos que de los padres
- Amigos que usan el tabaco, el alcohol y otras drogas

LA COMUNIDAD:

- Privación económica y social
- Pocos enlaces con los vecinos y desorganización en la comunidad
- Falta de oportunidades para el empleo y la participación de la juventud en proyectos extraescolares
- Disponibilidad del tabaco, el alcohol y otras drogas
- Normas y leyes en la comunidad que favorecen el uso inapropiado de las drogas

Los indicadores de riesgo de que se hace mención, provienen de los resultados arrojados de estudios epidemiológicos en muestras representativas de estudiantes, que se han llevado a cabo en México desde 1975 a la fecha, y se distribuyen en las fuentes de variación que propone el modelo epidemiológico clásico (medio-agente-huésped).

Estas investigaciones sugieren que no existen diferencias importantes entre los factores de riesgo resultantes en México comparados con los de

otros países. Las encuestas aplicadas sobre las escalas de actitud hacia las drogas son un indicador importante, ya que demuestran la deseabilidad social a las drogas ilícitas, así como las drogas que socialmente son aceptables y la disponibilidad a éstas.

Cuanto más factores de riesgo se encuentran en el sistema total de convivencia (escuela, familia, compañeros y comunidad), mayor es la tendencia de consumir drogas, otro aspecto importante, es el de la personalidad del individuo y su relación con los trastornos mentales (Castro, 1992).

FACTORES DE PROTECCIÓN: En el campo de las adicciones, se denomina factores de protección a diversas características favorables del ambiente familiar, social y del individuo mismo, que protegen al sujeto de desarrollar una adicción al alcohol u otras drogas. Entre los más importantes, destacan el establecimiento de lasos familiares firmes, así como una red de apoyo social adecuada.

Los factores de protección se pueden obtener analizando a la inversa los factores de riesgo, es por eso que no se consideró necesario incluir su listado.

A continuación se presenta un cuadro sinóptico elaborado por María Elena Castro en 1992. Dicho cuadro muestra claramente diferenciados los tres indicadores del modelo epidemiológico clásico que se han nombrado con anterioridad.

INDICADORES DE RIESGO Para un consumo problemático de drogas

AMBIENTE FACILITADOR

Familiar

- 1.- Apoyos y controles familiares débiles.
- 2.- Uso de drogas o alcohol en padres y hermanos
- 3.- Familia caótica o desorganizada.
- 4.- Falta de contacto con la familia.
- 5.- Divorcio de los padres.

Social

- 6.- Actos antisociales.
- 7.- Insatisfacción con la calidad de vida.
- 8.- Uso de drogas en el grupo de iguales.
- 9.- Tolerancia de la escuela hacia el consumo de drogas.
- 10.- Disponibilidad en lugares de consumo.
- 11.- Acceso a lugares públicos donde se consume.

Demográfico

- 12.- Vivir en la ciudad de México o en las ciudades fronterizas de Sinaloa, Sonora y Baja California.
- 13.- Migración de zonas rurales a urbanas.

DROGA (AGENTE)

Patrón de consumo

1. Consumo frecuente de una sola droga.
- 2.- Poliusuario.

Tipo de droga

- 3.- Uso experimental de marihuana.
- 4.- Uso experimental de cocaína.
- 5.- Uso de marihuana y cocaína.
- 6.- Uso alto de alcohol.

Presencia de la droga

- 7.- Facilidad de conseguirla.
- 8.- Acceso a distribuidores.
- 9.- Amigos usuarios.
- 10.- Presencia de drogas en fiestas.

CARACTERÍSTICAS DEL INDIVIDUO (HUESPED)

Sociodemográficos

- 1.- No dedica tiempo completo a sus estudios.
- 2.- Estudios de preparatoria.
- 3.- Alto grado de inconformidad.
- 4.- Pertenecer a una familia cuyo jefe tiene pocos estudios.
- 5.- Tener de 15 a 18 años.
- 6.- Haber iniciado el consumo experimental durante la adolescencia temprana (12 a 14 años)

Psicopatología de historia de vida

- 7.- Alto grado de Inconformidad social
- 8.- Conductas de riesgo
- 9.- Actitud de aceptación al consumo
- 10.- Dinero disponible
- 11.- Eventos traumáticos de la infancia
- 12.- Causa justificante de su inicio
- 13.- Deseo y/o intentos de suicidio
- 14.- Inicio temprano en la vida sexual
- 15.- Trabajo en la calle
- 16.- Embarazos
- 17.- Abortos
- 18.- Muertes cercanas

Fuente: Castro, 1992

DAÑOS A LA SALUD

Para determinar los problemas de salud relacionados con las drogas, se deben hacer estimaciones sobre la mortalidad y morbilidad entre los usuarios, en comparación con la población en general, es decir, la prevalencia de enfermedades entre los usuarios, comparada con la que padece la población general.

DEPRESORES: La morbilidad y mortalidad debido al uso de drogas depresoras, tiene principalmente consecuencia de suicidio o de sobredosis accidental. Durante los síndromes de supresión aparecen convulsiones cerebrales e incluso accesos epilépticos mortales. Los trastornos psiquiátricos posibles son, sobre todo, psicosis tóxica y delirio de privación. Se ha afirmado que a largo plazo los sedantes provocan cambio de personalidad.

Actualmente las benzodiazepinas se utilizan sobre todo como tranquilizantes, el sujeto puede incurrir en tolerancia física y psicológica. Se ha demostrado la posibilidad de pérdida de la memoria y de la atención especialmente con las benzodiazepinas.

ANALGÉSICOS NARCÓTICOS: La principal causa de muerte prematura es la sobredosis y, en particular, puede haber choque anafiláctico, sepsis, endocarditis, hepatitis y violencia. Estos grupos también padecen una morbilidad de suicidio cuya tasa es superior a la normal en un 300% de acuerdo con los datos de la O.M.S. Además se caracterizan por una morbilidad de enfermedades inmunológicas y trastornos neurológicos.

La dependencia de la heroína se relaciona con retrasos de la natalidad, retraso del desarrollo fetal y muerte del feto. Sin embargo, esto suele estar

dírectamente relacionado con defectos de la nutrición, la falta de higiene general, el uso común de la misma aguja, y la práctica de diluir la heroína con otras sustancias.

INHALANTES: La inhalación de solventes y otras sustancias volátiles ha crecido extraordinariamente. Los grupos expuestos son principalmente adolescentes e incluso niños.

La mortalidad específica se debe principalmente a que existe fibrilación cardíaca, por lo que puede ocasionar muerte súbita, depresión respiratoria, asfixia o accidente. La morbilidad consiste básicamente en afecciones del hígado, del riñón y de la médula ósea tras inhalación prolongada. No se conocen todavía con exactitud las tasas de mortalidad ni la incidencia de los trastornos que provoca la inhalación.

ESTIMULANTES: Entre los usuarios por vía intravenosa, se ha observado una mortalidad superior a la normal en un 400% de acuerdo a la O.M.S. Las defunciones se deben a trauma, falla cardíaca aguda y trastornos cerebrovasculares, así como complicaciones sépticas resultantes de inyección intravenosa.

La principal morbilidad psiquiátrica relacionada es la psicosis aguda, que a menudo es reversible en los períodos de abstinencia, la morbilidad somática tiene que ver con la vía de administración más que con los efectos directos de las anfetaminas, es también secuela del mal estado de nutrición, de salud en general y de las infecciones.

COCAÍNA: La mortalidad y morbilidad asociadas con el uso de la cocaína son mayores cuando ésta se toma por inyección que cuando se inhala por medio de polvo. Es muy peligroso tomar pasta de coca e inhalar cocaína básica, como causas inmediatas de la muerte por sobredosis se han

identificado hemorragias cerebrales y paro cardíaco, los efectos a la salud están relacionados con la vía de administración, con la frecuencia del uso y con la dosis. Los fenómenos más comunes son pérdida de peso, alucinaciones, psicosis paranoide y ataque cardíaco, aunque también puedan darse casos de psicosis tóxica con alteración sensorial.

En alrededor del 20% de algunas muestras de usuarios de cocaína, se han observado convulsiones y desvanecimientos.

DISTORSIONANTES O PSICOTIZANTES: En muchas partes del mundo se han usado desde hace siglos diversas sustancias alucinógenas por ejemplo mescalina, psilocibina, datura, y opiáceos pero todas ellas tienen actualmente muy poca importancia si se les compara con los alucinógenos sintéticos, como el ácido lisérgico (LSD) que en muchas partes es objeto de abuso. Aun cuando se desconocen las tasas de mortalidad, la muerte suele deberse a accidentes y posiblemente a suicidio mientras se está bajo los efectos de los alucinógenos. La morbilidad consiste sobre todo en psicosis tóxica aguda, quizá psicosis crónica, estados depresivos y también síntomas neurológicos, como trastornos de la percepción o convulsiones.

MARIGUANA: La morbilidad por abuso crónico de cannabis se produce cuando se fuma, con consecuencias análogas al tabaquismo. Los estudios con animales han comprobado desequilibrio hormonal y mal estado inmunológico. La psicosis por cannabis se manifiesta en menos del 1% de los usuarios.

Es importante recordar que en la sección de Drogas más Utilizadas, se mencionó el hecho de la controversia que existe respecto a los daños a la salud que provoca la marihuana debido a que algunas investigaciones los resultados indican que la marihuana no provoca ningún tipo de problema

físico. Por ejemplo, la comisión nacional sobre Marihuana y Abuso de drogas publicó en 1983; "No hay evidencia concluyente de que la marihuana produzca algún daño o alteración física o fisiológica. Tampoco se ha encontrado un caso debidamente comprobado de muerte por una dosis excesiva de ella. De hecho ni siquiera ha sido determinada la cantidad de THC mortal para el ser humano". Sin embargo, en investigaciones recientes se advierte de los daños que ingerir esta droga puede provocar no solo a corto, sino a largo plazo.

Schroeder (1983), asegura que el grueso de los estudios realizados hasta ese momento, indica que la marihuana no causa grandes daños inmediatos a la salud. Por su parte Freixa, (1981) apunta que las reacciones de pánico o angustia parecen frecuentes entre los usuarios de cannabis. Se describen además, cuadros que van de la confusión y desorientación a las alucinaciones y las ideas delirantes; incluso se ha pretendido la existencia de una típica psicosis cannábica (psicosis de Benabud).

Dusek, (1990) concluye que los resultados de las investigaciones sugieren que fumar marihuana tiene muchos efectos dañinos en el sistema respiratorio de igual modo que el tabaco. Sin embargo, una comparación del contenido de alquitrán, muestra que la marihuana es más dañina para los pulmones (un cigarro de marihuana contiene 5 miligramos de alquitrán y un cigarro de tabaco contiene 1.2 miligramos de alquitrán). Debido a que el delta 9-THC se localiza en la grasa corporal particularmente en el hígado, pulmones y testículos, y desaparece lentamente, estos tejidos pueden ser más susceptibles al daño.

El grueso de estudios realizados hasta la fecha indica que la marihuana no causa grandes daños inmediatos a la salud. Sin embargo debemos tomar en cuenta por un lado que inhalar cualquier sustancia caliente es malo para los pulmones y, por otro lado es importante que al hacer cualquier consideración sobre el daño que causa una droga, debe tomarse en cuenta

no solo el consumo actual sino también el que razonablemente pueda ser previsto para el futuro. En realidad la situación es muy parecida a la que siguió a la "popularización" de tabaco durante la primera guerra mundial. Se requirió de cincuenta años de estudio para que fuesen conocidos los verdaderos efectos y peligros del cigarrillo.

PROBLEMAS PSICOSOCIALES RELACIONADOS CON LA FARMACODEPENDENCIA

La farmacodependencia es un fenómeno complejo con raíces y consecuencias biológicas, fisiológicas, familiares y sociales. Sus efectos nocivos se muestran tanto en el individuo, cuya salud y conducta se ven afectados, como en la familia y la sociedad.

El uso y abuso de drogas esta relacionado con una serie de fenómenos sociales tales como: desintegración familiar, migración, oferta de drogas, carencia de servicios, marginación, influencia cultural, influencia del grupo de iguales, problemas económicos y sociales y la penetración de los medios masivos de comunicación que favorecen la pérdida de identidad y el deterioro de los valores. Estos datos se corroboran con algunas investigaciones como el estudio longitudinal realizado en la Ciudad de México[♦] que involucró sólo a menores infractores y, en donde la intoxicación por drogas ocupó el tercer lugar en cuanto a la causa de detención. Así mismo, se determinó que uno de los factores más ligados a ésta población es la disfuncionalidad familiar, con padres ausentes, lo que contribuye a la pérdida del control del menor y a la vagancia.

Cuando la estructura familiar es disfuncional, favorece a la personalidad adictiva y ocasiona en los hijos características psicológicas de baja autoestima, inseguridad y falta de aceptación a su medio ambiente.

Los problemas asociados de manera importante a la crisis económica por la que atraviesa el país son *"los niños de la calle"* y las *"bandas juveniles"*. En estos niños la prevalencia de uso de drogas es mayor que en otras poblaciones, el uso "de alguna vez" para los inhalables fue del 27%;

[♦] Este estudio se describió anteriormente en Salud Pública y Farmacodependencia en México.

para la marihuana 10%; tabaco 50%, en tanto que para el "uso diario" fue: Inhalables 22%, marihuana 1.5% y alcohol 2%. En Guadalajara los resultados reportados han sido similares.

Por último, otra área en donde la farmacodependencia se convierte en un problema social, es en el terreno laboral, en donde se ha demostrado que en los trabajadores adictos, la productividad se ve disminuída y en algunos casos llega a ser nula, incrementándose también los accidentes laborales cuando el trabajador se encuentra bajo los efectos de alguna droga. Esta situación repercute en la productividad laboral y en el desarrollo económico de nuestro país.

A continuación se presentan algunas definiciones propuestas por Soriano, (1990), que ayudan a comprender mejor los problemas relacionados con la farmacodependencia:

Problemas de salud. Se define como aquellos desórdenes ocasionados en el organismo del individuo como consecuencia de la dependencia o uso de droga. Estos desórdenes se clasificaron de acuerdo al tipo de daño en: 1) Respiratorios, 2) Cardíacos, 3) Musculoesqueléticos, 4) Órganos de los sentidos, 5) Digestivos, 6) Trastornos mentales o Psiquiátricos y, 7) Otros no incluidos en los puntos anteriores.

Problema legal. Se define como las consecuencias legales o relacionadas con delitos derivados de la dependencia y abuso de drogas en el individuo; y se clasificó de acuerdo a los delitos específicos cometidos en: 1) Ratería/ vandalismo/robo, 2) Libertad vigilada, 3) Daños contra la salud, 4) Prostitución, 5) Rifa, 6) Atentado a mano armada y, 7) Otros no incluidos en los puntos anteriores.

Problema Familiar/Individual. Se define como las consecuencias o dificultades originadas en el ámbito familiar, y en el individuo mismo, a causa de la dependencia o uso de drogas.

Problema laboral. Se definen como los efectos o consecuencias que repercuten en el ámbito laboral del individuo, debido a su dependencia o uso de drogas. Los problemas laborales se clasifican en: 1) Incumplimiento en el trabajo, 2) Incapacidad/Inestabilidad laboral, 3) Sin ocupación y, 4) Trabajo eventual/Temporal.

Problema económico. Se define como el efecto relacionado con la dependencia o uso de drogas en la economía del individuo. Cuando ya existe dependencia a las drogas los usuarios tratan de conseguir las drogas a como de lugar, para lo cual recurren a los ingresos monetarios que obtienen, lo que afecta en gran parte su economía y/o la de su familia.

Problema académico. Se define como las consecuencias o efectos en el aspecto académico del individuo originado por el uso o dependencia de drogas.

Problema social. Se define como las consecuencias o efectos que le acarrea el uso de drogas al individuo con la comunidad o grupo de referencia. Aún el uso experimental u ocasional deriva en el individuo problemas con la sociedad, o dificultades con la policía, etc.

PARTE V
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

MÉTODO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como se ha descrito en diversas ocasiones, el grupo de edades que ocupa el segundo lugar más importante dentro del consumo de drogas es del de 18 a 24 años, mismo que prevalece dentro de las escuelas de nivel superior. Se debe considerar también que el sector estudiantil observa un consumo mayor en relación con la población en general y que aún así, existen muy pocas investigaciones realizadas en estudiantes de licenciatura. Otra razón importante para tomar en cuenta al grupo de estudiantes, es debido a que los efectos que provoca la ingesta de fármacos dificulta el proceso de aprendizaje.

Algunos autores como Mc Grath (1973), sostienen que los estudiantes del área humanística generalmente son más propensos al uso y abuso de drogas que los estudiantes de otras áreas, por lo que la población de la facultad de Psicología representó un grupo idóneo para esta investigación.

Por otro lado este tipo de estudios tienen la ventaja de que tanto la muestra como la aplicación de la encuesta, se realizan de forma relativamente fácil y con bajo costo. Esperándose obtener información confiable y verídica debido al carácter anónimo del cuestionario.

Finalmente, es importante tomar en consideración que para crear y llevar a cabo programas preventivos y de tratamiento que ofrezcan ayuda para evitar que el uso y abuso de sustancias adictivas continúe en aumento, es necesario primero contar con investigaciones de tipo exploratorias que aporten un panorama actual del fenómeno. Por lo tanto esta investigación se realizó con el fin de obtener información que permita responder la siguiente interrogante:

¿Cuál es la prevalencia del consumo de drogas en los estudiantes de la facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México?

VARIABLE DE INVESTIGACIÓN

PREVALENCIA

Definición Conceptual:

Número de casos existentes durante un período de observación de tiempo definido en una población determinada. (CONADIC, 1992).

Definición Operacional:

- Prevalencia Total: consumo alguna vez en la vida
- Prevalencia Lápsica: consumo dentro de los doce meses anteriores a la encuesta
- Prevalencia Actual: dentro de los 30 días anteriores a la encuesta.

TIPOS DE DROGA CONSIDERADOS PARA EL ESTUDIO:

- Alucinógenos
- Anfetaminas
- Cocaína
- Heroína
- Inhalantes
- Marihuana
- Opio
- Sedantes
- Tranquilizantes

Sus definiciones, así como sus características principales están descritas ampliamente en el apartado de Drogas más utilizadas.

INDICADORES CLÍNICOS

Para lograr los objetivos de este estudio, se tomaron en cuenta los siguientes indicadores clínicos:

PATRÓN DE CONSUMO:

Definición Conceptual:

Es la medida que se utiliza en el consumo de drogas, basado en la magnitud del problema individual, por cantidad de consumo establecidas por la historia natural de la farmacodependencia.

Definición Operacional:

- Usuarios experimentales: de 1 a 10 veces
- Usuarios lápsicos: de 11 a 49 veces
- Usuarios consuetudinarios: de 50 veces o más.

EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO DE DROGAS:

Definición Conceptual:

Edad en la que se comienza el consumo de sustancias con el objeto de experimentar sus efectos psicotrópicos y modificar la percepción, la sensación, el estado de ánimo y la actividad tanto física como mental.

Definición Operacional:

- 10 años o menos
- De 11 a 12 años
- De 13 a 14 años

- De 15 a 16 años
- De 17 a 18 años
- De 19 años o más.

LUGAR DE OBTENCIÓN:

Definición Conceptual:

Lugar donde se adquirió la droga por primera vez.

Definición Operacional:

- En su propia casa o en la de alguien más
- En la escuela
- En el trabajo
- En el Club Social
- En fiestas
- En un Bar, Cantina o Discoteque
- En la calle o en un parque.

PRIMER PROVEEDOR:

Definición Conceptual:

Primera persona que dio o vendió drogas por primera vez.

Definición Operacional:

- Familiar
- Amigo o conocido
- Distribuidor.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

EDAD CRONOLÓGICA:**Definición Conceptual:**

Es el período transcurrido entre la fecha de nacimiento de la persona y el momento de la encuesta (INEGI, 1990).

Definición Operacional:

Edad reportada en años.

SEXO:**Definición Conceptual:**

Condición orgánica que distingue a las personas en hombres y mujeres (INEGI, 1990).

Definición Operacional:

- Hombre
- Mujer

SEMESTRE LECTIVO:**Definición Conceptual:**

Semestre en curso en el momento de la encuesta.

Definición Operacional:

- Primero
- Tercero
- Quinto
- Séptimo
- Noveno

ESTUDIO:**Definición conceptual:**

Tiempo dedicado a las actividades escolares.

Definición Operacional:

- Estudiante de tiempo completo
- Estudiante medio tiempo
- No estudió

EMPLEADO:**Definición Conceptual:**

Trabajo u ocupación con percepción de sueldo durante el año anterior a la encuesta.

Definición Operacional:

- Tiempo completo (8 horas diarias)
- Medio tiempo (4 horas diarias)
- No trabajó

DISEÑO

Se llevó a cabo una investigación, dentro del marco epidemiológico o modelo social, de tipo transversal, descriptivo, observacional y prospectivo en una muestra de estudiantes de la Facultad de Psicología de la UNAM, a través de una encuesta realizada en el medio natural de los sujetos, por lo que se trata de una investigación de campo.

MUESTREO

El diseño básico de la muestra fue de una etapa en la que se seleccionaron los grupos a través de una asignación al azar tomando en cuenta el turno, semestre y salón, lo cual garantiza que cada unidad (grupo) tuvo la misma probabilidad de quedar incluida en la muestra elegida. A este tipo de selección se le llama: Muestreo por conglomerados y tiene la ventaja de que permite al investigador obtener directamente la unidad de observación.

SUJETOS

De un total de 3.176 alumnos que conforman la población estudiantil del sistema escolarizado de la Facultad de Psicología en el año de 1994, se extrajo una muestra de 302 sujetos mediante el método de incluir al 10% de la población total, de acuerdo con Siegel, (1970). Dicha muestra abarcó los cinco semestres en curso en el momento de la investigación.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Que los alumnos estuvieran inscritos en la facultad en cualquiera de los semestres en curso
- Estar cursando en el sistema escolarizado
- Asistir a clases y estar dentro del salón en el momento de la encuesta
- Aceptar colaborar en la investigación

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pertenecer al Sistema de Universidad Abierta (SUA)
- No haber asistido a clases o no encontrarse en el salón en el momento de la encuesta

Negarse a colaborar en la investigación

ESCENARIO

El cuestionario fue aplicado dentro de los salones de clase ubicados en el edificio "A" de la Facultad de Psicología.

INSTRUMENTO

La información requerida, se obtuvo mediante un cuestionario autoaplicable de opción múltiple, el cual fue creado, validado y estandarizado para la encuesta nacional de estudiantes (ENE, 1991), por el Instituto Mexicano de Psiquiatría y la Dirección General de Educación Extraescolar de la Secretaría de Educación Pública (Anexo).

PROCEDIMIENTO

Los cuestionarios fueron aplicados a algunos grupos de la Facultad de Psicología en las aulas propias de los estudiantes, dentro del horario de clases. Primeramente, le fue solicitado el permiso al profesor para aplicar dicho cuestionario, explicándole los fines de la investigación. En seguida, si el profesor daba la autorización, se procedía a pedirles a los alumnos que contestaran el cuestionario explicándoles detenidamente las instrucciones que contiene el cuestionario (Anexo).

A los estudiantes que no aceptaban colaborar se les pedía devolvieran el cuestionario y, aun cuando no se les dio ninguna instrucción, en general se retiraron del salón y entraron cuando los demás hubieron terminado de contestar. En todas las aplicaciones se encontró presente la investigadora para resolver dudas en caso de surgir, agradeciéndoles su participación tanto individualmente (cuando entregaban el cuestionario), como colectivamente (antes de retirarse).

ANÁLISIS DE RESULTADOS

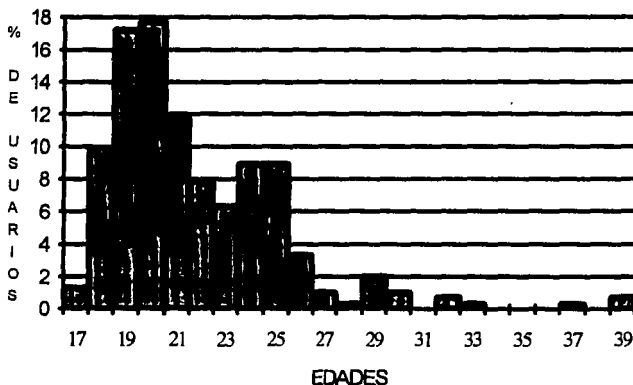
Se realizó un análisis de frecuencias para comparar el consumo de drogas con los diferentes indicadores clínicos. Los resultados se presentan en gráficas y cuadros para mayor objetividad y comprensión.

RESULTADOS

Se extrajo una muestra total de 302 estudiantes de la facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, de la cual, 208 estudiantes fueron mujeres (68.9%), y 94 hombres (31.1%). Cuyas edades oscilaron entre 17 y 39 años (Gráfica 1).

GRÁFICA 1

FRECUENCIA DE EDAD



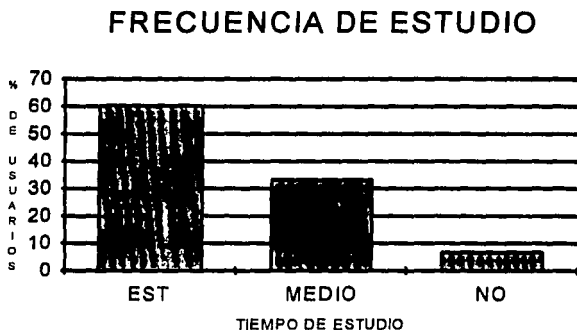
Como puede observarse, el valor de la moda es de 20 años, lo que significa que es la edad que más se repite en la muestra.

Los semestres se distribuyeron como sigue.- el primer semestre estuvo representado por 65 alumnos (21.5%); en el tercer semestre se contaron 69

alumnos (22.8%); mientras que quinto semestre lo conformaron 65 alumnos (21.5%); el séptimo semestre con 43 alumnos (14.2%); finalmente el noveno semestre con 60 alumnos (19.9%).

Del total de la muestra, 20 (6.6%) no estudiaron durante el año anterior a la encuesta; 100 (33.1) estudiaron medio tiempo y 182 (60.3%) estudiaron tiempo completo (Gráfica 2).

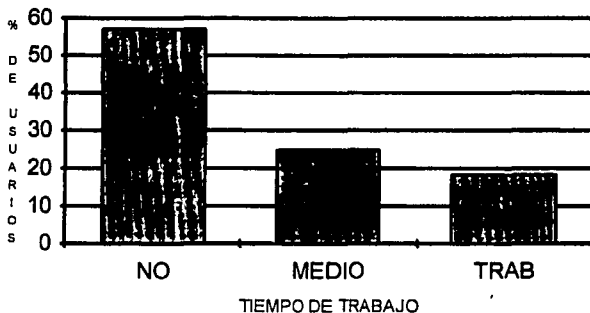
GRÁFICA 2



En las actividades laborales, 172 personas (57.0%) no trabajaron durante el año anterior a la encuesta, mientras que 75 (24.8%) trabajaron medio tiempo y 55 (18.2%) trabajaron tiempo completo. (Gráfica 3).

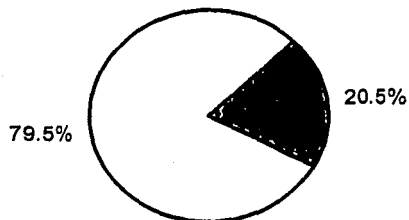
GRÁFICA 3

FRECUENCIA DE TRABAJO



En los resultados, se encontró que 62 personas, (20.5%), han consumido al menos un tipo de las drogas analizadas, mientras que 240 personas (79.5%), reportaron no haber consumido ningún tipo de drogas (Gráfica 4).

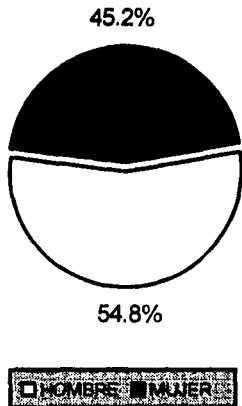
CONSUMO DE ALMENOS UNA DROGA



En el porcentaje por sexos para los consumidores de al menos una droga, 34 hombres respondieron afirmativamente, lo que equivale al 54.81% del total de consumidores, en tanto que en las mujeres se encontraron 28, número que representa la cantidad de 45.21% también del total de consumidores.

La siguiente gráfica nos muestra claramente el porcentaje total de la muestra obtenido en el uso de al menos una droga.

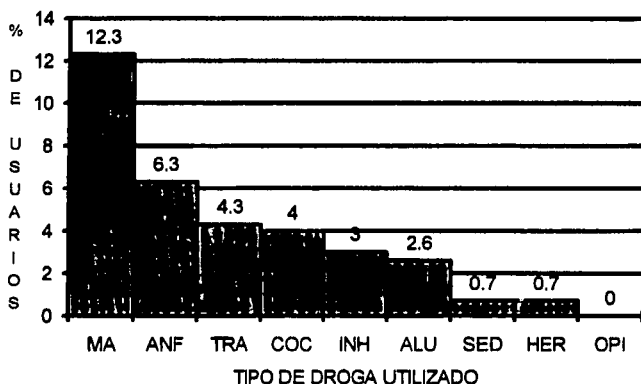
GRÁFICA 5



En el rubro de consumo "alguna vez en la vida", el cual será identificado como Prevalencia Total, se encontró que la marihuana, es la droga más utilizada (37 personas), seguida de las anfetaminas (19 personas), en tercer lugar se encontraron los tranquilizantes (13 personas), siguiendo con la cocaína (12 personas), los inhalantes ocuparon el siguiente sitio (9 personas), el sexto lugar fue para los alucinógenos (8 personas), los sedantes y la heroína se encontraron en penúltimo sitio (2 personas). Finalmente para el opio no hubo consumidores. En la gráfica 4 se muestra esta información en porcentajes.

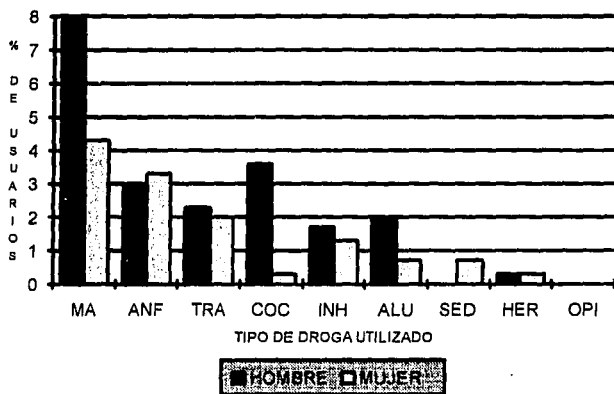
GRÁFICA 6

PREVALENCIA TOTAL DEL USO DE DROGAS
"ALGUNA VEZ EN LA VIDA"



Por otro lado, se observó que el porcentaje de usuarios masculinos es mayor para casi todas las drogas estudiadas, excepto el grupo de las anfetaminas y los sedantes, que muestran un porcentaje mayor para las mujeres; y la heroína, que es igual para ambos sexos (Ver gráfica 7).

GRÁFICA 7



Además de la prevalencia total (alguna vez en la vida) se pueden apreciar otros dos tipos de prevalencia dentro de la muestra.- prevalencia actual (30 días) y prevalencia lápsica (12 meses). Esta clasificación fue creada para la Encuesta Nacional de Adicciones, por el Instituto Mexicano de Psiquiatría.

En el siguiente cuadro se puede observar el porcentaje de las diferentes prevalencias. Se incluye también la prevalencia total con fines comparativos.

CUADRO 1

TIPO DE PREVALENCIAS
PORCENTAJE POR DROGAS

DROGA	PREVALENCIA					
	ACTUAL (30 DIAS)		LAPSICA (12 MESES)		TOTAL (ALGUNA VEZ)	
	No.	%	No.	%	No.	%
MARIGUANA	3	1.0	17	5.6	37	12.3
ANFETAMINAS	4	1.3	6	2.0	19	6.3
TRANQUILIZANTES	3	1.0	4	1.3	13	4.3
COCAINA	2	0.7	5	1.7	12	4.0
INHALANTES	0	0.0	3	1.0	9	3.0
ALUCINOGENOS	1	0.3	5	1.7	8	2.6
SEDANTES	1	0.3	1	0.3	2	0.7
HEROINA	0	0.0	1	0.3	2	0.7
OPIO	0	0.0	0	0.0	0	0.0

Tamaño de la Muestra (302)

Dentro del cuestionario se incluyó una pregunta específica para hacer una aproximación respecto al número de veces que un sujeto ha utilizado

determinada droga; dato que remite a la información de si los usuarios son experimentales (1 a 10 veces), lápsicos (11 a 49 veces) o consuetudinarios (50 veces o más). Dicha información se denomina patrón de consumo. Ver cuadro 2.

CUADRO 2

PATRÓN DE CONSUMO POR DROGA

DROGA	NUMERO DE VECES					
	1 A 10		11 A 49		50 O MAS	
	No.	%	No.	%	No.	%
MARIGUANA	26	8.3	7	2.3	4	1.3
ANFETAMINAS	12	4.0	6	2.0	1	0.3
TRANQUILIZANTES	8	2.6	3	1.0	2	0.7
COCAINA	11	3.6	1	0.3	0	0.0
INHALANTES	9	3.0	0	0.0	0	0.0
ALUCINOGENOS	5	1.7	3	1.0	0	0.0
SEDANTES	2	0.7	0	0.0	0	0.0
HEROINA	1	0.3	1	0.3	0	0.0
OPIO	0	0.0	0	0.0	0	0.0

Tamaño de la Muestra (302)

Al hacer un análisis entre patrón de consumo y sexo, se observa que los consumidores Experimentales hombres representan el 44.6%, las mujeres 27.7%; en tanto que los consumidores Lápsicos hombres el 12.9%, las mujeres 7.9% para los Consuetudinarios hombres el porcentaje es del 3.9%, y para las mujeres es del 3.0%. (Cuadro 3).

CUADRO 3

PATRON DE CONSUMO POR SEXO

DROGA	EXPERIMENTALES (1 A 10 VECES)				LAPSICOS (11 A 49 VECES)				CONSUEUDINARIOS (50 VECES O MAS)			
	HOMBRES		MUJERES		HOMBRES		MUJERES		HOMBRES		MUJERES	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
MARIGUANA	17	5.7	9	3.0	4	1.3	3	1.0	3	1.0	1	0.3
ANFETAMINAS	5	1.7	7	2.3	3	1.0	3	1.0	1	0.3	0	0
TRANQUILIZANTES	6	2.0	2	0.7	1	0.3	2	0.7	0	0	2	0.7
COCAINA	10	3.3	1	0.3	1	0.3	0	0	0	0	0	0
INHALANTES	5	1.7	4	1.3	0	0	0	0	0	0	0	0
ALUCINOGENOS	3	1.0	2	0.7	3	1.0	0	0	0	0	0	0
SEDANTES	0	0	2	0.7	0	0	0	0	0	0	0	0
HEROINA	0	0	0	0	1	0.3	0	0	0	0	0	0
OPIO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

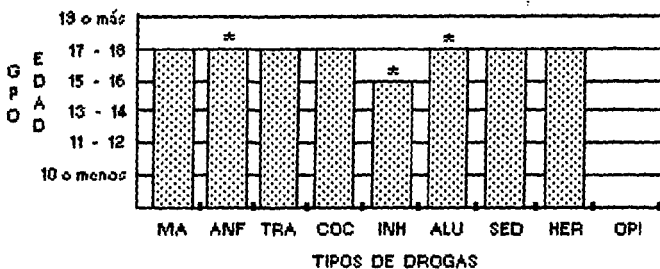
Tamaño de la muestra (302)

En el siguiente cuadro se puede observar que, la edad de inicio en el uso de drogas que predomina es de los 17 a 18 años, siguiéndole el rango de 19 años o más. También se puede apreciar que los inhalantes fueron la droga que se comenzó a consumir a más temprana edad (Cuadro 4).

Se consideró de utilidad incluir una gráfica, utilizando la moda de la edad de inicio para cada droga, con el fin de observar con mayor claridad, la edad en que, con mayor frecuencia se iniciaron los sujetos en el consumo de drogas.

**EDAD DE INICIO
SEGÚN LA MODA DE CADA DROGA**

GRÁFICA 8



* Estos tipos de droga son bimodales, así por ejemplo, las anfetaminas y los alucinógenos tienen igual número de consumidores que iniciaron en el rango de 17 a 18 años, que en el rango de 19 o más años; mientras que para los inhalantes, las dos modas se encuentran en el rango de los 15 a 16 años y en el de los 18 o más. En esta gráfica se tomaron en cuenta las modas de menor edad.

CUADRO 4

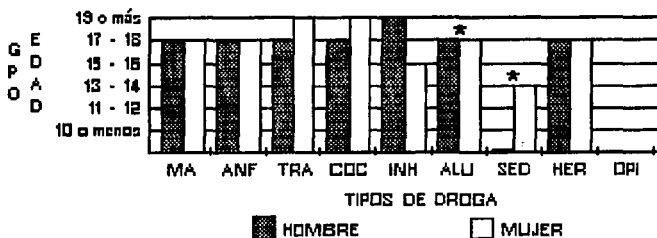
EDAD DE INICIO EN EL USO DE DROGAS

DROGA	10 O MENOS		11-12 AÑOS		13-14 AÑOS		15-16 AÑOS		17-18 AÑOS		19 O MAS		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
MARIGUANA	0	0.0	0	0.0	2	0.7	10	3.3	21	7.0	4	1.3	37	12.3
ANFETAMINA	0	0.0	0	0.0	3	1.0	2	0.7	7	2.3	7	2.3	19	6.3
TRANQUILIZANTES	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	7	2.3	6	2.0	13	4.3
COCAINA	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.3	6	2.0	5	1.7	12	4.0
INHALANTES	1	0.3	0	0.0	1	0.3	3	1.0	1	0.3	3	1.0	9	3.0
ALUCINOGENOS	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	1.3	4	1.3	8	2.6
SEDANTES	0	0.0	0	0.0	1	0.3	0	0.0	0	0.0	1	0.3	2	0.7
HEROINA	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	0.7	0	0.0	2	0.7
OPIO	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

Tamaño de la muestra (302)

En la variable de edad de inicio en el consumo de drogas por sexo, puede notarse que la edad en la que principalmente incurrir en las drogas por primera vez, es entre 17 y 18 años, como ya se había advertido; pero además se puede observar que para el grupo de los tranquilizantes y la cocaína, las mujeres iniciaron en edades más tardías que los hombres, lo que no sucedió con los inhalantes (Gráfica 9).

GRÁFICA 9



*Estos grupos de drogas son bimodales, por lo que tenemos que, para los alucinógenos una de las dos modas se encuentra entre los 17 y 18 años y la otra entre los 19 años o más, tanto para hombres como para mujeres. Respecto a los sedantes en donde sólo las mujeres reportaron haberlos consumido, se tiene una moda en la edad de 13 a 14 años y la otra en 19 años o más. Como en la gráfica de edad de inicio, según la moda de cada droga, para esta gráfica se tomaron en cuenta las modas de menor edad.

En el lugar de obtención por primera vez se puede observar que en todas las drogas hubo sujetos que reportaron haberla adquirido en casa, además

de que para los inhalantes fue el principal lugar de obtención. El siguiente sitio más importante de adquisición fue la escuela, donde se pueden obtener desde las drogas más baratas, como la marihuana (para la que la escuela es el principal lugar de obtención), hasta las más caras y difíciles de conseguir, como la cocaína y la heroína. En las fiestas y la calle o parque, se reportó haber conseguido todas las drogas excepto la heroína. Respecto al trabajo, la única droga adquirida fueron los inhalantes. El club social se reporta como lugar de obtención sólo de la cocaína, mientras que en los bares, cantinas o discotecas, nadie adquirió drogas por primera vez.

Una de las preguntas del cuestionario se refirió a la persona que dio o vendió drogas al alumno por primera vez, a lo que 36 personas (11.9%) contestaron que un amigo o conocido; 16 personas (5.3%) dijeron que un distribuidor y 3 personas (1.0%) reportaron que fue un familiar. Es importante observar que estos tres sujetos fueron hombres, lo que significa que ninguna mujer de la muestra obtuvo drogas por primera vez mediante un familiar. El siguiente cuadro nos muestra los datos distinguiendo entre sexos.

CUADRO 5**PRIMERA PERSONA QUE VENDIÓ DROGAS POR PRIMERA VEZ
SEGÚN SEXO**

PERSONA	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%

AMIGO O CONOCIDO	26	8.7	16	5.3	42	13.9
DISTRIBUIDOR	6	2.0	11	3.7	17	5.7
FAMILIAR	3	1.0	0	0.0	3	1.0
TOTAL	35	11.7	27	9.0	62	20.5

Tamaño de la muestra (302)

En lo que se refiere al semestre en curso, de los 62 alumnos que consumieron droga, 12 (19.4%) se encontraban cursando el primer semestre; 14 (22.6%) tercero; 10 (16%) quinto; 14 (22.6%) séptimo y 12 (19.4%) noveno. Como puede observarse, no se puede hablar de una diferencia importante.

En cuanto al tiempo de estudio, los 62 alumnos consumidores se distribuyeron como sigue: 4 (6.5%) de ellos reportaron no haber estudiado durante el año anterior a la encuesta; 22 (35.5%) reportaron haber estudiado medio tiempo y 36 (58%) reportaron ser estudiantes de tiempo

completo. La tendencia apunta hacia un incremento en el consumo, cuanto más tiempo dediquen a estudiar.

Los resultados en cuanto a tiempo trabajado en el año anterior a la encuesta son los siguientes: 29 (46.8%) no trabajaron; 21 (33.9%) trabajaron medio tiempo mientras que 12 (19.3%) trabajaron tiempo completo. En este rubro podría hablarse de una tendencia hacia mayor consumo entre menos tiempo laborado.

DISCUSIÓN

El ser humano ha sentido siempre la necesidad de explorar otras formas de percibir la realidad o de escapar de ella, debido a las fuertes presiones que pueden ser de tipo económico, cultural, social, grupal, por eventos naturales o por la insatisfacción personal con las vivencias cotidianas.

Una de las formas de conseguir modificar esta realidad es a través de las drogas. A lo largo de la historia, todas las civilizaciones han descubierto la fermentación del alcohol también se puede observar que las sustancias psicotrópicas han sido utilizadas desde los inicios de la humanidad.

Dentro del panorama mundial, la drogadicción es un fenómeno que ésta alcanzando dimensiones epidémicas y presenta retos enormes para los gobiernos de muchos países por las consecuencias tan graves que representa.

Aún cuando parece ser que en México el consumo de sustancias adictivas no ha alcanzado las alarmantes proporciones que en otros países como Estados Unidos, diariamente ingresan jóvenes a la población consumidora, por lo que el panorama contra la farmacodependencia ocupa ya un lugar prioritario en el sector de salud pública (CONADIC, 1994).

Las autoridades de salud se encuentran convencidas desde hace varios años, que es a través de encuestas como se obtiene información representativa que permite conocer la distribución, los patrones y niveles de uso de las sustancias adictivas; así como la distribución por grupos y su relación con las variables sociodemográficas. Opinan también que el tipo de información es tan abundante que permite evaluar programas y servicios de salud dirigidos a este tipo de problemas.

Aplicar este tipo de encuestas, tanto a diversas poblaciones, como a las mismas pero en distintos tiempos, permite hacer comparaciones para

conocer las tendencias de la drogadicción y saber que grupos son más propensos al consumo de drogas.

Lo expresado anteriormente llevo a pensar que resultaba interesante comparar los resultados de esta investigación con los obtenidos en la segunda ENA, realizada en 1993. Aún cuando dicha comparación no sea en el orden estricto de población escolar contra población general, ya que la primera sólo contempla a un grupo específico de estudiantes. De cualquier forma, los resultados pueden encontrar aspectos interesantes.

En la encuesta nacional se obtuvo un porcentaje de 4.76 personas que han usado drogas, el que comparado con el 20.5% obtenido en la investigación a estudiantes es mucho menor. Esto puede deberse a que, como ya se ha vislumbrado en otras ocasiones, la población estudiantil es más propensa al consumo de drogas que la población general; incluso se menciona que los estudiantes en general consumen de manera experimental drogas durante la adolescencia por lo que son un grupo de alto riesgo (INEGI 1994).

No debe, sin embargo, pasarse por alto que la encuesta nacional incluye sujetos de 12 a 65 años mientras que la encuesta a estudiantes sólo incluye jóvenes en su mayoría de 18 a 25 años y, como se sabe, en estas edades se localizan sujetos con posibilidad de alto consumo por lo que se puede esperar un incremento en el porcentaje. Otro factor para tomarse en cuenta es el hecho de que en las encuestas nacionales los resultados se consideran "conservadores" debido a que se espera que un porcentaje de usuarios no se manifieste como tal, por temor a las consecuencias legales y sociales que puedan tener.

En la población escolar, debido a los conocimientos adquiridos en las aulas o al poco arraigo e incluso cuestionamiento de valores y normas morales y sociales, puede esperarse que los resultados sean más reales. Incluso en algunos subgrupos de estudiantes, consumir alguna droga, los hace verse

osados y ser aceptados, por lo que no dudarían en asumirse como consumidores.

Por lo que se refiere al sexo, en la encuesta nacional, el porcentaje de consumidores varones es mayor (3.63%) que el de mujeres (1.13%). Estos porcentajes representan una relación de un poco más de 3 varones por cada mujer, datos que concuerdan con los obtenidos en esta investigación en la que el porcentaje para varones consumidores es del 11.25, mientras que el de las mujeres es del 9.27. El hecho de que la proporción por sexos en esta última investigación, sea de casi una mujer por hombre, se debe a que, a diferencia de la encuesta nacional en la que se incluyó un porcentaje mayor de mujeres (52.5) que de hombres (47.5%), en la encuesta a estudiantes de la Facultad de Psicología, la muestra esta conformada por 68.9% mujeres y 31.1% varones. Lo que sugiere que seguramente si la muestra se hubiera conformado con una población más equitativa entre hombres y mujeres, la diferencia de consumidores entre ambos sexos sería mayor.

En ambas investigaciones se encontró que la marihuana es la droga más utilizada. Para la ENA, la segunda droga de mayor uso, son los inhalantes, mientras que para la presente investigación, los inhalantes estuvieron colocados en el quinto lugar, en el orden de consumo, esto puede deberse principalmente a que la primera encuesta considera población de edades más tempranas, que es donde se localizan los principales consumidores de inhalables.

Se puede decir que la cocaína resultó consumida preferentemente por los estudiantes de Psicología (4.0%) que por la población en general (0.33%), por lo que debe considerarse de forma especial, sobre todo si se toma en cuenta que aun en población general, su tendencia al aumento es muy

significativa. Se debe tomar en cuenta, además que en Estados Unidos la cocaína es la droga más consumida y que México, tanto por su cercanía geográfica como por la influencia que tiene de ese país, puede repetir éste patrón. Otro factor a considerarse es que la cocaína en los últimos años, ha adquirido popularidad, difundiéndose por diversos grupos de población gracias a que sus "combinaciones" la hacen más barata, lo que resulta en facilitar el acceso a personas que antes no tenían recursos económicos para adquirirla.

La heroína y el opio son drogas que se consumieron con tan poca frecuencia, 0.11% (para las dos) en la encuesta nacional y 0.3% (solo para la heroína pues el opio no reportó consumidores), en la de estudiantes, que puede decirse que se encuentran en desuso.

Vale la pena considerar que para todas las drogas, los porcentajes de consumo son mayores en el grupo escolar que en la encuesta nacional.

Tanto en el fenómeno general de farmacodependencia como en el análisis de droga por droga, se observa que para ambas investigaciones, la prevalencia total es mayor que la lápsica y ésta es también mayor que la actual. Lo que significa que existe un número reducido de personas que consumieron fármacos periódicamente durante el mes anterior a la encuesta.

En la edad de inicio para la ENA, el grupo más alto es el de 12 a 17 años. Lo que corresponde con la edad de inicio en la población estudiantil consumidora, la que comenzó su uso en las drogas principalmente entre los 17 y 18 años.

Los inhalables son un caso diferente, ya que en la encuesta nacional, más de la mitad de consumidores (65,16%) se iniciaron de los 12 a los 17 años y correspondientemente con esto, en los resultados de la presente encuesta, la mayor parte de los consumidores iniciaron de 15 a 16 años.

Por lo que puede verse, en los resultados de ambas encuestas, este grupo de drogas es el que observa la edad de inicio menor respecto a todos los demás fármacos, tanto para población general como para población escolar. De esta información puede inferirse que en la edad de inicio a las drogas el que los sujetos estudien, no representa ninguna diferencia.

Para el lugar de adquisición por primera vez de la droga, se pueden hacer observaciones muy interesantes; por ejemplo, mientras que para la población escolar el lugar más importante de consumo es la escuela, para la población en general, no representa un lugar de adquisición importante, ya que es la calle o parque el principal lugar donde adquirieron la droga. Este hecho resulta obvio cuando observamos que dentro de la muestra estudiantil el 60.3% son estudiantes de tiempo completo por lo que presumiblemente realizan su principal actividad dentro de los planteles escolares y que por lo tanto, es donde pasan la mayor parte del tiempo.

La casa, contrario a lo que se puede pensar es un lugar importante de adquisición tanto para los estudiantes como para la población en general.

Los estimulantes y los sedantes se adquirieron principalmente en el trabajo por la población general. En este mismo sitio de adquisición, los estudiantes sólo obtuvieron inhalantes, puede suponerse que se debe a que los inhalantes son usados industrial y comercialmente y la población escolar se dedica a trabajar en donde le permitan continuar estudiando y las tlapalerías y ferreterías son algunos de los sitios en donde los emplean con cierta facilidad, además de permitirles trabajar sólo medio tiempo. Sin embargo, es importante señalar, que en la encuesta no se preguntó el tipo de trabajo que los sujetos desempeñaron así es que lo expuesto anteriormente, es sólo una posible causa. Por último, se puede observar que las cantinas, bares, clubes sociales y discotecas son lugares con muy poca o nula importancia en el aspecto de adquisición de drogas. Esta situación tiene su origen probablemente en el hecho de que en México, la

adquisición de drogas se hace todavía de modo "discreto" por lo menos en las poblaciones consideradas en ambas investigaciones, pues las dirigidas a cárceles, reclusorios, grupos de personas promiscuas, o a farmacodependientes, revelarían muy probablemente cifras mayores.

En las dos investigaciones, la persona que con mayor frecuencia dio o vendió la droga por primera vez, fue un amigo; esto corrobora el planteamiento anterior en el sentido de que para la población estudiada es más fácil adquirir la droga con alguien conocido, que salir a buscarla a algún lugar específico con desconocidos.

Un dato importante de resaltar es que de los varones, el 1.0% recibió droga por primera vez a través de un familiar, mientras que con las mujeres el porcentaje fue de 0.0, por lo que se puede suponer que en México, las familias son más protectoras con sus mujeres y que es sumamente difícil, que sea precisamente alguien de la familia quien obsequie fármacos o involucre a sus adolescentes mujeres al círculo de las drogas.

Por lo que corresponde a las encuestas hechas a estudiantes, se pudo observar en el desarrollo correspondiente a Situación Actual, que los inhalantes pasaron a ocupar el sitio de la droga más consumida por los estudiantes desde 1978. Dato corroborado en la encuesta hecha a estudiantes del Distrito Federal y zonas conurbadas. De hecho es alarmante el aumento en el consumo de inhalantes también en la población general. Sin embargo en los porcentajes de la presente investigación, esta droga se muestra como la quinta en orden de uso, siendo precedida no sólo por la marihuana sino también por la cocaína, los tranquilizantes e incluso las anfetaminas. De entrada estos datos podrían sorprender al lector, sin embargo si se considera que los inhalantes se usan preferentemente por sujetos de 12 a 17 años de edad y que este rango es rebasado por los estudiantes de licenciatura, puede comprenderse mejor el fenómeno. Si tomamos en cuenta además que todas las investigaciones

realizadas concluyen que el mayor consumo a los fármacos de uso médico se encuentra entre las mujeres; y si sabemos que son precisamente éstas, las que constituyen con una amplia mayoría, el sector de la población escolar de Psicología, deja de sorprendernos también el hecho de que sean las anfetaminas y los tranquilizantes los que ocupen un lugar primordial dentro del consumo de dicha facultad, incluso por arriba de los inhalantes.

Por otro lado, se sabe que los estudios de licenciatura, son más costosos que los de secundaria y preparatoria, por lo que para ingresar a este nivel y, sobre todo, para continuar con estos estudios, se requiere solvencia económica suficiente como para cubrir las necesidades básicas y los gastos propios de la carrera. Esta puede ser otra de las razones por las cuales el uso de los inhalantes no está tan difundido en la licenciatura como en el nivel medio y medio superior, pues es de todos conocido, que los inhalantes son usados preferentemente por personas de escasos recursos, debido no sólo a su bajo costo, sino a su fácil acceso.

Con respecto a las anfetaminas y los tranquilizantes, su uso está igualmente difundido en todos los estudios realizados por lo que sería prudente considerarlos específicamente a la hora de realizar programas preventivos pues aun cuando no son los de mayor consumo, se mantienen de forma consistente en los primeros lugares desde 1976.

En lo que se refiere a la marihuana, es claro que ocupa un lugar privilegiado dentro del consumo en estudiantes, pues aun cuando ya no es la droga más consumida, en las encuestas nacionales, siempre ha ocupado uno de los tres primeros sitios. Se debe señalar que en todas las investigaciones hechas a estudiantes de profesional, la marihuana resultó ser la droga de mayor consumo y, que además, esta posición privilegiada se ha mantenido desde hace varios años.

En concordancia con todas las anteriores encuestas, se pudo apreciar que los varones son los principales consumidores sobre todo de marihuana, en donde la relación es de casi dos hombres por cada mujer; y de cocaína cuya relación es de una mujer por cada once varones. Mientras que las anfetaminas y los sedantes fueron consumidos preferentemente por las mujeres; aun cuando las diferencias de consumo entre sexo son pequeñas, se debe recordar que la muestra se conformó por aproximadamente tres mujeres por cada hombre. Los tranquilizantes son otro grupo de drogas para los que debemos tener en cuenta esta proporción de sexos, pues los resultados (de casi igual número de mujeres consumidoras que de hombres) podían verse alterados si la muestra incluyera la misma cantidad de personas de ambos sexos.

Una razón por la que las mujeres son las principales consumidoras de drogas de tipo médico puede ser por el rol social y cultural que tradicionalmente se les ha adjudicado. Mientras que los hombres son el sexo fuerte, dominante, de la mujer se espera una actitud de sumisión, de delicadeza y debilidad tanto física como emocional. Por lo que en general no se ve mal que una mujer tome pastillas para obtener alivio a sus problemas.

Como en las encuestas anteriores, tanto a estudiantes de nivel medio y medio superior, como de nivel licenciatura, se puede considerar, que el tipo de usuario más frecuente es el experimental, por lo que es factible asegurar que la medida más efectiva para combatir el consumo de drogas, es a nivel de prevención y de educación con el fin de evitar que las personas que no han consumido todavía lleguen a hacerlo posteriormente y que los que se encuentran en el nivel experimental se conviertan en consumidores consuetudinarios. Dentro de esta estrategia debe contemplarse que para la mayoría de las drogas no se encontraron consumidores consuetudinarios, excepto para la marihuana, los

tranquilizantes y las anfetaminas, por lo que las medidas de tipo rehabilitatorio se deben enfocar principalmente a este tipo de drogas.

En lo que corresponde a la edad en que inician el consumo, una gran mayoría se ubica entre los 17 y los 18 años lo que significa que cuando entran a la facultad, están recién iniciados o todavía no prueban drogas. Este sería otro factor que debe considerarse al planear estrategias preventivas o correctivas, ya que deben dirigirse principalmente a sujetos de esta edad que atraviesan por el periodo de la adolescencia.

En relación entre el tiempo estudiado y el consumo de sustancias sicotrópicas se puede ver un claro incremento en dicho consumo relacionado con mayor tiempo dedicado a estudiar el año anterior a la encuesta. Si se agrega a este dato que uno de los lugares más importantes de adquisición de drogas es la escuela, se concluye fácilmente que la premisa manejada por la INEGI, en donde se afirma que los estudiantes son un grupo de alto riesgo, es acertada.

En contraste con lo anterior, tenemos que el tiempo que los sujetos reportan dedicado a trabajar es inversamente proporcional con el consumo de drogas. Esto puede deberse a que los estudiantes que trabajan, sólo permanecen en la escuela durante el tiempo necesario para realizar sus actividades escolares y el resto del tiempo están ocupados desempeñando sus faenas laborales.

Por otro lado, según los resultados del examen médico de primer ingreso, de los estudiantes que ingresaron durante el ciclo escolar 92-93 a la licenciatura, el 0.76% han consumido fármacos. En la Facultad de Psicología, durante el mismo ciclo escolar, ingresaron 525 alumnos de los cuales, sólo 237 contestaron el examen médico de primer ingreso. Un total de 4 personas contestaron afirmativamente a las preguntas referentes al consumo de drogas, lo que representa un porcentaje de 1.68. Al

compararse este porcentaje con el obtenido en esta investigación (20.5) se observa una franca diferencia, la cual se debe a que probablemente el ambiente universitario propicia el consumo. Kolansky y Moore, citados en una investigación realizada a estudiantes de primer ingreso a la UNAM, por Loredo-Silva (1977), proponen que "Los estudiantes iniciados en el consumo de drogas, en la medida en que continúan estudiando, se aficianan más a las drogas". En dicha investigación también se propone que los estudiantes universitarios consumen más drogas que los estudiantes de segunda enseñanza. Sin embargo no debe olvidarse que el cuestionario de la presente investigación se realizó de forma anónima y quien encuestó, no tenía ningún nexo con las autoridades escolares, mientras que el examen de primer ingreso es aplicado por autoridades identificando al sujeto, lo que puede intimidarlo y propiciar que no conteste con la verdad por temor a ser excluido de la comunidad universitaria. Otro aspecto que puede influir es que la muestra de los estudiantes de primer ingreso estuvo conformada por las personas que contestaron el examen, dejando fuera a los que no cumplieron con el requisito por cualquier razón. Esto representa un sesgo a considerar, pues se tienen elementos para pensar que los consumidores son en general más rebeldes y apáticos que la población escolar en general. Esta actitud muy bien pudo ser la causa de que algunos consumidores no contestaran el cuestionario. Por otro lado, si se observan los resultados obtenidos en la presente investigación, se puede observar que no hay diferencia representativa entre el consumo de drogas y los diferentes semestres lectivos, por lo que no se puede concluir que realmente los estudiantes aumenten su consumo conforme avanza el grado escolar.

CONCLUSIONES

- La tasa de morbilidad de farmacodependencia encontrada fue de 2.3%.
- Respecto a la prevalencia se encontró que 20.5% han consumido alguna vez en la vida cualquier tipo de las drogas estudiadas.
- Por otro lado se encontró que la marihuana es el fármaco más consumido, al que le siguen las anfetaminas y los tranquilizantes.
- Los sedantes sólo fueron consumidos por mujeres.
- En lo que se refiere al sexo, en general el porcentaje de consumo es ligeramente mayor para los hombres (54.8%) que para las mujeres (45.2%).
- Dentro del tipo de usuarios, la mayoría de los sujetos se encuentran en el rubro de consumidores experimentales.
- La edad de inicio en el consumo de fármacos es entre 17 y 18 años excepto en los inhalantes en donde se inician a más temprana edad.
- La casa es uno de los lugares más importantes de adquisición de drogas.
- Son los amigos o conocidos los proveedores más importantes de fármacos.

- Existe un incremento en el consumo de drogas en los sujetos que reportaron haber dedicado mayor tiempo a estudiar durante el año anterior a la encuesta.
- Se observa un decremento en el consumo de drogas en los sujetos que reportaron haber dedicado más tiempo a trabajar durante el año anterior a la encuesta.

LIMITES Y SUGERENCIAS

Debido a la riqueza de información que se obtuvo dentro de esta investigación, sería muy importante realizar este tipo de encuestas, de modo periódico tal como se hace con los estudiantes de enseñanza media y media superior. Estas encuestas nos darían información respecto a las tendencias que la farmacodependencia adquiere. Por otro lado si dichas encuestas se extendieran a nivel universitario, se podrían hacer comparaciones sumamente interesantes, para conocer que disciplinas contienen a la mayor cantidad de farmacodependientes. Los resultados podrían apoyar a las investigaciones de Limón-Torres (1982) y de Mc Grath (1973), en el sentido de que los estudiantes de las áreas biológicas y de salud son menos proclives al uso y abuso de drogas, mientras que los de las áreas artísticas, sociales y humanidades, son mayores consumidores. Si a estos estudios se agregan los datos que se obtienen del examen médico de primer ingreso, la información obtendría aspectos muy importantes para comprender de forma integral el fenómeno de la farmacodependencia en la Universidad.

Un aspecto muy importante que en esta investigación no se contempló, debido a que no se incluyó dentro de los objetivos, es el factor actitudinal respecto a las drogas, lo que hubiera sido de mucho valor ya que de sus resultados se pueden hacer conclusiones que cristalicen en el conocimiento preciso de los factores de riesgo y protección específicos para este tipo de comunidad. Esto por su parte sería una herramienta esencial para elaborar programas tanto preventivos como rehabilitatorios. Se considera importante por todo esto, que las investigaciones que se realicen posteriormente

Incluyan, además, una escala para medir actitudes y conocimientos respecto a los efectos que producen las drogas.

Sería de mucha utilidad que las autoridades correspondientes incluyeran dentro de los requisitos de reinscripción, la aplicación en forma anónima de los cuestionarios, pues si bien es cierto que en general los alumnos se mostraron de acuerdo en contestar el aplicado en esta investigación, algunos estuvieron renuentes sobre todo al observar la amplitud del cuestionario. Esta situación aunada a que los maestros observaban que se ocupaba un tiempo considerable de su clase, restaba formalidad a la investigación y motivación para contestar el cuestionario.

Dentro de esta investigación se utilizó el cuestionario ya estandarizado y validado por el Instituto Mexicano de Psiquiatría para las Encuestas Nacionales de Estudiantes, por lo que la ficha de identificación, solo incluyó preguntas muy generales; resultaría de gran importancia que en las siguientes e investigaciones no solo se pregunte si los encuestados trabajaron durante el último año, sino también qué tipo de actividades desempeñaron en el trabajo y cuál fue su percepción monetaria. Esto con el fin de cotejarlo con el tipo de drogas consumidas y saber si realmente, algún trabajo en particular ofrece oportunidades para el consumo de fármacos. En general se propone ampliar la ficha de identificación para poder realizar comparaciones que resultarían de suma importancia para comprender porque los estudiantes que trabajan, consumen menos drogas y que tipo de actividades realizan en su trabajo los que si las consumen. Respecto a la información del salario que perciben en el trabajo, se podría inferir si los estudiantes que consumen drogas de alto precio, son los que ganan mejor sueldo o, si por el contrario,

este factor económico no tiene incidencia con el tipo de drogas que se consumen.

Por último, se recomienda que en las encuestas futuras se incluya un estudio minucioso de algunas drogas como son la cocaína por sus tendencias a convertirse en la droga más consumida por los estudiantes y la marihuana por su preferencia, que se ha mantenido consistentemente desde las primeras investigaciones a estudiantes universitarios.

BIBLIOGRAFIA

Agnew, L. R. (1979). Diccionario de Ciencias Médicas Dorland. Buenos Aires: Ed. El Ateneo.

American Psychiatric Association (1988). DSM III-R. Manual Diagnóstico y Estadístico. Traducción de Valdez-Miyar. (1988). Versión castellana. Barcelona: Ed. Masson.

Arias, J. A. y Labriola, R. F. (1990). La familia del adicto. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.

Bloom, B. S. y Cols. (1981). Taxonomía de los objetivos de la educación. Buenos Aires: Ed. El Ateneo.

Bulacio, J. B., y Calabrese, A. (1993). El Problema de la Drogadicción: Enfoque interdisciplinario. México: Ed. Paidós.

Calderón-Narváez, G. (1984). Salud Mental Comunitaria: Un nuevo enfoque de la Psiquiatría, México: Ed. Trillas.

Caplan, Gerald. (1985). Principios de Psiquiatría Preventiva. México: Ed. Paidós.

Casillas-Cuervo, L. y Benavides-Vazquez, L. (1980). Epidemiología del Tabaquismo y del Alcoholismo entre Universitarios. México: Dirección General de Servicios Médicos de la UNAM. pp. 138-155.

Castro-Sariñana, M.E. (1987). El Uso de Drogas entre los Estudiantes. Resultados de una investigación llevada a cabo durante el periodo de 1975 a 1986. Salud Mental. 10 (4): 30-38.

Castro-Sariñana, M. E. (1992). Indicadores de Riesgo para el Consumo Problemático de Drogas en Jóvenes. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Castro-Sariñana, M. E. y García, G. (1988). Conducta Antisocial y Uso de Drogas en una Muestra Nacional de Estudiantes Mexicanos: Salud Pública de México. 30: 216-226.

Castro-Sariñana, M. E. y Medina-Mora, M. E. (1986). Encuesta Nacional de Escuelas. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Consejo Nacional Contra las Adicciones. (1992). Las Drogas y sus Usuarios. México: Secretaría de Salud.

Consejo Nacional Contra las Adicciones. (1992). Programa contra la farmacodependencia 1992-1994. México: Secretaría de Salud.

Consejo Nacional Contra las Adicciones . (1994). Guía para el diseño y desarrollo de programas preventivos en materia de adicciones. México: Secretaría de Salud.

Consejo Nacional Contra las Adicciones. (1995). Programa Contra la Farmacodependencia 1995-200. Versión Preliminar. México: Secretaría de Salud.

Costa, M. y López, E. (1986). Salud Comunitaria. Barcelona: Ed. Martínez Roca.

De Govia, C. y Calderón, G. (1993). La Psicología en la Salud Pública. México: Ed. Contemporaneos.

De la Garza, F. y Vega, A. (1988). La juventud y las drogas: Guía para jóvenes, padres y maestros. México: Ed. Trillas.

Dusek, D. E. y Girdano, D. A. (1990). Drogas, un estudio basado en hechos. México: Ed. Sítesa.

Escohotado, A. (1990). Historia de las Drogas Vol. 1 y 2. Madrid: Ed. Alianza.

Fernández-Varela, H. (1983). Aspectos de Salud Pública. En Autores Varios (Eds). El alcoholismo en México: III Memorias del Seminario de Análisis. México: Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística y Fundación de Investigaciones Sociales, A. C. pp. 229-252.

Freixa, F. y Soler-Insa, P. A. (1981), Tixocomanías. Un enfoque multidisciplinario. Barcelona: Ed. Fontanella.

Instituto Mexicano de Psiquiatría, División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales. (1990). Informe Individual Sobre Consumo de drogas. Tendencias en el Area Metropolitana. México: Serie Estadística sobre Farmacodependencia. Vol. 9.

Instituto Mexicano de Psiquiatría. (1989). Encuesta Nacional de Adicciones: Drogas. Resumen. México: Secretaría de Educación Pública.

Instituto Mexicano de psiquiatría. (1990). Encuesta Nacional de Adicciones: Drogas. México: . Secretaría de Educación Pública

Instituto Mexicano de psiquiatría. (1992). Encuesta Nacional de Adicciones: Drogas. México: Secretaría de Educación Pública.

Instituto Mexicano de Psiquiatría. (1993). Encuesta Nacional de Adicciones: Drogas. Protocolo. México: Secretaría de Educación Pública.

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. (1990). XI Censo General de Población y Vivienda Resultados Preliminares, México: INEGI.

Jeffe, H. J. (1991). Drogadicción y abuso de drogas: En Autores Varios (Eds). Las bases farmacológicas de la terapeutica. México: Ed. Médica Panamericana.

Limón, C. S. y Torres, A. G. (1982). Uso y Abuso de Sustancias, Fármacos, Medicamentos y Drogas en una Universidad Estatal: Revista de Estudios Sobre la Juventud. 2 (3): 19-36.

Lindesmith, A. (1975). Psicología de la adicción: En Autores varios (Eds). Principios de Farmacología. México: Ed. Fournier.

Loredo-Silva, M. T., Tovar-Gallegos, R. G y Mejía-Laguna, J. E. (1977). Uso de Fármacos Sicotrópicos en la Población Estudiantil Universitaria: Salud Pública de México. 19 (5): 709-714.

Mc. Grath, J. H. (1973). La adicción a las drogas en la juventud actual. Buenos Aires: Ed. Paidós.

Medina-Mora, M. E. (1993). Análisis regional sobre el uso de drogas en la población estudiantil de México. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Medina-Mora, M. E., Rojas, E., Galvan, J., Juaréz, R., Berenzón, Sh., Carreño, S., Villatoro, J., López, E., Olmedo, R. y Ortiz, E. (1993). Consumo de sustancias con efectos psicotrópicos en la población estudiantil de enseñanza media y media superior de la República Mexicana. Salud Menta. 16 (3): 2-8.

Medina-Mora, M. E. y Tapia-Conyer, R. (1989). Extensión del Consumo de Drogas en México: Encuesta Nacional de Adicciones. Resultados Nacionales: Salud Mental 12 (2): 7-12.

Oughourlian, J. M. (1977). La persona del toxicómano: Psicología de las toxicomanías actuales en la juventud. Barcelona: Ed. Herder.

Organización Mundial de la Salud. (1992). CIE 10 Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Ed. Meditor.

Organización Panamericana de la Salud. (1990). Boletín Especial de Drogas. México: Organización Mundial de la Salud.

Román Cellis, C. (1983). Aspectos Históricos. En Autores Varios (Eds). El alcoholismo en México: III Memorias del Seminario de Análisis. México:

Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística y Fundación de Investigaciones Sociales, A. C. pp.13-26.

Sánchez-Rosado, M. (1986). Elementos de Salud Pública. México: Ed. Méndez Cervantes.

Schroeder, R. C. (1983). El mundo de las drogas. La verdad acerca del universo prohibido. México: Ed. Edomex.

Secretaría de Salud. (1993). El consumo de tabaco, alcohol y drogas. Región: Ciudad de México. México: Secretaría de Salud.

Siegel, S. (1970). Diseño experimental no paramétrico aplicado a las Ciencias de la Conducta. México: Ed. Trillas.

Soriano-Rodríguez, M. A. (1990). Problemas relacionados con el abuso de drogas. Tesis de la Licenciatura en Psicología. México, UNAM.

Vega, F. L. y Garcia, M. H. (1976). Bases esenciales de la Salud Pública. México: Ed. Prensa Médica.

Viesca-Treviño, C. (1994). Bosquejo Histórico de las Adicciones. En: Autores Varios. (Eds). Las Adicciones, Dimensión, Impacto y Perspectivas. México: Ed. Manual Moderno. pp. 1-24.

ANEXO
CUESTIONARIO

INTRODUCCIÓN

Este cuestionario es parte de un estudio que se está realizando en varias escuelas. Las preguntas son acerca del uso de drogas y aspectos relacionados a éste. También se preguntan otros datos como son: Edad, sexo, etc...

Para que este estudio sea provechoso es muy importante que contestes a todas las preguntas con el mayor cuidado y sinceridad posibles. Todas las respuestas serán **estrictamente confidenciales, y ninguna persona podrá ser identificada.** Es por eso que no preguntamos tu nombre.

Muchos jóvenes han contestado el cuestionario y les ha gustado cooperar con nosotros, esperamos que a ti te guste también.

Asegúrate de leer las instrucciones antes de empezar a contestar las preguntas.

Tus respuestas serán comparadas con las de otros jóvenes, por personas que están tratando de aprender más acerca de estos temas.

GRACIAS POR TU COOPERACIÓN

INSTRUCCIONES

Esto no es un examen. **NO** hay respuestas correctas o incorrectas, pero por favor trabaja con cuidado.

Para cada pregunta busca la respuesta que para ti sea la mejor: coloca una "X" en el paréntesis al lado de la respuesta que hayas escogido.

En la mayoría de las preguntas deberás escoger solo una opción. Hay otras en las que puedes elegir más de una respuesta, en estos casos se te hace una indicación.

Por ejemplo:

- ¿Has tomado agua en los últimos 30 días? .
- 1 No
 - 2 Sí, durante 1 a 5 días
 - 3 Sí, durante 6 a 19 días
 - 4 Sí, durante 20 días o más

La respuesta escogida fue "4" indicando que la persona que contestó la pregunta tomó agua durante 20 días o más en los últimos 30 días.

Si no sabes la respuesta a alguna pregunta o si sientes que no puedes contestar porque no la entiendes, entonces levanta la mano y pregunta a los encuestadores tus dudas.

1.-¿Eres?

() 1 Hombre () 2 Mujer

2.-¿Cuántos años tienes?

_____ años

3.-¿Cuál es el semestre que estas cursando en la escuela?

_____ semestre

4.-¿La mayor parte del año pasado fuiste estudiante de tiempo completo o de medio tiempo?

- () 1 No fui estudiante el año pasado
- () 2 Fui estudiante de medio tiempo
- () 3 Fui estudiante de tiempo completo

5.-¿Durante la mayor parte del año pasado trabajaste recibiendo sueldo?

- () 1 No trabajé
- () 2 Trabajé medio tiempo (4 horas)
- () 3 Trabajé tiempo completo (8 horas)

AHORA DEBERAS RESPONDER A CADA UNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS: POR FAVOR NO DEJES EN BLANCO NINGUNA.

1.-¿Has usado alguna vez en tu vida **mariguana**?

- () 1 NO
- () 2 SI

2.-¿Has usado mariguana en los últimos 12 meses?

- () 1 NO
- () 2 SI

3.-¿Has usado mariguana durante los últimos 30 días?

- () 1 NO
- () 2 Sí, durante 1 a 5 días
- () 3 Sí, durante 6 a 19 días
- () 4 Sí, durante 20 días o más

4.-¿Cuántos años tenías, cuando usaste marihuana por primera vez?

- 1 Nunca he usado marihuana
- 2 Diez años o menos
- 3 De 11 a 12 años
- 4 De 13 a 14 años
- 5 De 15 a 16 años
- 6 De 17 a 18 años
- 7 De 19 o más

5.-¿Cuántas veces en tu vida has usado marihuana?

- 1 Nunca he usado marihuana
- 2 De 1 a 2 veces
- 3 De 3 a 5 veces
- 4 De 6 a 10 veces
- 5 De 11 a 49 veces
- 6 50 veces o más

6.-¿Hace cuánto tiempo usaste marihuana por primera vez?

- 1 Nunca he usado marihuana
- 2 Hace menos de un mes
- 3 De 2 a 6 meses
- 4 De 7 a 12 meses
- 5 Hace más de un año

7.-¿En qué lugar obtuviste marihuana por primera vez?

- 1 Nunca he usado marihuana
- 2 En tu casa o en la de alguien más
- 3 En la escuela
- 4 En el trabajo
- 5 En el Club Social
- 6 En fiestas
- 7 En un Bar, Cantina o Discoteque
- 8 En la calle o en un parque
- 9 En otro lugar, especifica _____

8.-¿Has usado alguna vez en tu vida **Anfetaminas** (Píldoras para elevarse, pastillas para quitar el sueño para hacer dieta, redotex, pastas, aceleradores), sin que un médico te lo indicara?

- 1 NO
- 2 SI

9.-¿Has usado anfetaminas en los últimos 12 meses sin que un médico te lo indicara?

- 1 NO 2 SI

10.-¿Has usado anfetaminas los últimos 30 días sin que un médico te lo indicara?

- 1 NO
 2 SI, durante 1 a 5 días
 3 SI, durante 6 a 19 días
 4 SI, durante 20 días o más

11.-¿Cuántos años tenías cuando usaste anfetaminas u otro estimulante por primera vez sin que un médico te lo indicara?

- 1 Nunca he usado anfetaminas
 2 10 años o menos
 3 De 11 a 12 años
 4 De 13 a 14 años
 5 De 15 a 16 años
 6 De 17 a 18 años
 7 De 19 o más

12.-¿Cuántas veces en tu vida has usado anfetaminas, sin que un médico te lo indicara?

- 1 Nunca he usado anfetaminas
 2 De 1 a 2 veces
 3 De 3 a 5 veces
 4 De 6 a 10 veces
 5 De 11 a 49 veces
 6 50 veces o más

13.-¿Hace cuanto tiempo usaste anfetaminas por primera vez, sin que un médico te lo indicara?

- 1 Nunca he usado anfetaminas
 2 Hace menos de un mes
 3 De 2 a 6 meses
 4 De 7 a 12 meses
 5 Hace más de un año

14.- Escribe el nombre de la(s) anfetamina(s) que hayas usado

15.-¿Has usado **cocaína** o alguno de sus derivados alguna vez en tu vida?

- 1 NO 2 SI

16.-¿En qué País o Estado la usaste por primera vez?

- 1 Nunca he usado cocaína

País o Estado _____

17.-¿Cómo la has usado?

- 1 Nunca he usado cocaína
 3 Inyectada
 4 Inhalada
 5 Tomada o tragada

18.-¿Has usado cocaína en los últimos 12 meses?

- 1 NO 2 SI

19.-¿Has usado cocaína durante los últimos 30 días?

- 1 No
 2 Sí, durante 1 a 5 días
 3 Sí, durante 6 a 19 días
 4 Sí, durante 20 días o más

20.-¿Cuántos años tenías cuando usaste cocaína por primera vez?

- 1 Nunca he usado cocaína
 2 10 años o menos
 3 De 11 a 12 años
 4 De 13 a 14 años
 5 De 15 a 16 años
 6 De 17 a 18 años
 7 19 o más

21.-¿Cuántas veces en tu vida has usado cocaína?

- 1 Nunca he usado cocaína
 2 De 1 a 2 veces
 3 De 3 a 5 veces
 4 De 6 a 10 veces
 5 De 11 a 49 veces
 6 50 veces o más

22.-¿Hace cuánto tiempo usaste cocaína por primera vez?

- 1 Nunca he usado cocaína
- 2 Hace menos de un mes
- 3 De 2 a 6 meses
- 4 De 7 a 12 meses
- 5 Hace más de un año

23.-¿En qué lugar obtuviste cocaína por primera vez?

- 1 Nunca he usado cocaína
- 2 En tu casa o en la de alguien más
- 3 En la escuela
- 4 En el trabajo
- 5 En el Club Social
- 6 En fiestas
- 7 En un Bar, Cantina o Discoteque
- 8 En la calle o en un parque
- 9 En otro lugar, especifica _____

24.- Escribe el nombre del (los) tipo(s) de cocaína que hayas usado.

25.-¿Has usado alguna vez en tu vida cocaína "crack"?

- 1 No
- 2 Si

26.-¿En qué País o Estado la usaste por primera vez?

- 1 Nunca he usado cocaína "crack"
- País o Estado _____

27.-¿Hace cuánto tiempo usaste cocaína "crack" por primera vez?

- 1 Nunca he usado cocaína "crack"
- 2 Hace menos de un mes
- 3 De 2 a 6 meses
- 4 De 7 a 12 meses
- 5 Hace más de 1 año

28.-¿Has usado alguna vez en tu vida **alucinógenos**, como LSD, mezcalina, hongos, peyote, psilocibina, PCP, o algunos otros conocidos en tu localidad?

- 1 NO
- 2 Si

29.-¿Has usado alucinógenos los últimos 12 meses?

- 1 NO 2 SI

30.-¿Has usado alucinógenos en los últimos 30 días?

- 1 NO
 2 Sí, durante 1 a 5 días
 3 Sí, durante 6 a 19 días
 4 Sí, durante 20 o más días

31.-¿Cuántos años tenías cuando usaste alucinógenos por primera vez?

- 1 Nunca he usado alucinógenos
 2 10 años o menos
 3 De 11 a 12 años
 4 De 13 a 14 años
 5 De 15 a 16 años
 6 De 17 a 18 años
 7 De 19 o más

32.-¿Cuántas veces en tu vida has usado alucinógenos?

- 1 Nunca he usado alucinógenos
 2 De 1 a 2 veces
 3 De 3 a 5 veces
 4 De 6 a 10 veces
 5 De 11 a 49 veces
 6 50 veces o más

33.-¿Hace cuánto tiempo usaste alucinógenos por primera vez?

- 1 Nunca he usado alucinógenos
 2 Hace menos de un mes
 3 De 2 a 6 meses
 4 De 7 a 12 meses
 5 Hace más de un año

34.-¿En qué lugar obtuviste alucinógenos por primera vez?

- 1 Nunca he usado alucinógenos
- 2 En tu casa o en la de alguien más
- 3 En la escuela
- 4 En el trabajo
- 5 En el Club Social
- 6 En fiestas
- 7 En un Bar, Cantina o Discoteque
- 8 En la calle o en un parque
- 9 En otro Lugar, especifica _____

35.-Escribe el nombre del (los) alucinógeno(s) que hayas usado:

36.-¿Has aspirado o inhalado alguna vez en tu vida sustancias para elevarte (pegamento, sprays en aerosol, thiner u otros gases)?

- 1 NO
- 2 SI

37.-¿Has aspirado o inhalado sustancias para elevarte en los últimos 12 meses?

- 1 NO
- 2 SI

38.-¿Has aspirado o inhalado sustancias para elevarte en los últimos 30 días?

- 1 NO
- 2 Sí, durante 1 a 5 días
- 3 Sí, durante 6 a 19 días
- 4 Sí, durante 20 días o más

39.-¿Cuántos años tenías cuando aspiraste o inhalaste por primera vez sustancias para elevarte?

- 1 Nunca he aspirado o inhalado sustancias para elevarme
- 2 10 años o menos
- 3 De 11 a 12 años
- 4 De 13 a 14 años
- 5 De 15 a 16 años
- 6 De 17 a 18 años
- 7 19 o más

40.-¿Cuántas veces en tu vida has aspirado o inhalado sustancias para elevarte?

- 1 Nunca he aspirado o inhalado sustancias para elevarme
- 2 De 1 a 2 veces
- 3 De 3 a 5 veces
- 4 De 6 a 10 veces
- 5 De 11 a 49 veces
- 6 50 veces o más

41.- Hace cuánto tiempo aspiraste o inhalaste sustancias para elevarte por primera vez?

- 1 Nunca he aspirado o inhalado sustancias para elevarme
- 2 Hace menos de un mes
- 3 De 2 a 6 meses
- 4 De 7 a 12 meses
- 5 Hace más de un año

42.-¿En qué lugar obtuviste sustancias para elevarte por primera vez?

- 1 Nunca he aspirado o inhalado sustancias para elevarme
- 2 En tu casa o en la de alguien más
- 3 En la escuela
- 4 En el trabajo
- 5 En el Club Social
- 6 En fiestas
- 7 En un Bar, Cantina o Discoteque
- 8 En la calle o en un parque
- 9 En otro lugar, especifica _____

43.- Escribe el nombre de (los) inhalable(s) que hayas usado:

44.-¿Has usado alguna vez en tu vida **tranquilizantes** (librium, valium, million), sin que un médico te lo indicara?

- 1 NO
- 2 SI

45.-¿Has usado tranquilizantes en los últimos 12 meses sin que un médico te lo indicara?

- 1 NO
- 2 SI

46.-¿Has usado tranquilizantes en los últimos 30 días sin que un médico te lo indicara?

- 1 NO
- 2 Sí, durante 1 a 5 días
- 3 Sí, durante 6 a 19 días
- 4 Sí, durante 20 días o más

47.-¿Cuántos años tenías cuando usaste tranquilizantes por primera vez sin que un médico te lo indicara?

- 1 Nunca he usado tranquilizantes
- 2 10 años o menos
- 3 De 11 a 12 años
- 4 De 13 a 14 años
- 5 De 15 a 16 años
- 6 De 17 a 18 años
- 7 19 años o más

48.-¿Cuántas veces en tu vida has usado tranquilizantes sin que un médico te lo indicara?

- 1 Nunca he usado tranquilizantes
- 2 De 1 a 2 veces
- 3 De 3 a 5 veces
- 4 De 6 a 10 veces
- 5 De 11 a 49 veces
- 6 50 veces o más

49.-¿Hace cuánto tiempo usaste tranquilizantes por primera vez sin que un médico te lo indicara?

- 1 Nunca he usado tranquilizantes
- 2 Hace menos de un mes
- 3 De 2 a 6 meses
- 4 De 7 a 12 meses
- 5 Hace más de un año

50.- Escribe el nombre del(los) tranquilizante(s) que hayas usado:

51.-¿Has usado alguna vez en tu vida **sedantes** (barbitúricos, ecuanil, mandrax) sin que un médico te lo indicara?

- 1 NO
- 2 SI

52.-¿Has usado sedantes en los últimos 12 meses sin que un médico te lo indicara?

- 1 NO 2 SI

53.-¿Has usado sedantes en los últimos 30 días sin que un médico te lo indicara?

- 1 NO
 2 Sí, durante 1 a 5 días
 3 Sí, durante 6 a 19 días
 4 Sí, durante 20 días o más

54.-¿Cuántos años tenias cuando usaste sedantes por primera vez sin que un médico te los indicara?

- 1 No he usado sedantes
 2 10 años o menos
 3 De 11 a 12 años
 4 De 13 a 14 años
 5 De 15 a 16 años
 6 De 17 a 18 años
 7 19 o más

55.-¿Cuántas veces en tu vida has usado sedantes sin que un médico te lo indicara?

- 1 Nunca he usado sedantes
 2 De 1 a 2 veces
 3 De 3 a 5 veces
 4 De 6 a 10 veces
 5 De 11 a 49 veces
 6 50 veces o más

56.-¿Hace cuánto tiempo usaste sedantes por primera vez sin que un médico te lo indicara?

- 1 Nunca he usado sedantes
 2 Hace menos de un mes
 3 De 2 a 6 meses
 4 De 7 a 12 meses
 5 Hace más de un año

57.- Escribe el nombre del (los) sedante(s) que hayas usado:

58.-¿Has fumado opio alguna vez en tu vida?

- 1 NO 2 SI

59.-¿Cuántas veces en tu vida has fumado opio?

- 1 Nunca he fumado opio
 2 De 1 a 2 veces
 3 De 3 a 5 veces
 4 De 6 a 10 veces
 5 De 11 a 49 veces
 6 50 veces o más

60.-¿Has usado alguna vez en tu vida **heroína** (arpón)?

- 1 NO 2 SI

61.-¿En que País o Estado la usaste por primera vez?

- 1 Nunca ha usado heroína
País o Estado _____

62.-¿Cómo la has usado?

- 1 Nunca he usado heroína
 2 Fumada
 3 Inyectada
 4 Inhalada
 5 Tomada o tragada

63.-¿Has usado heroína en los últimos 12 meses?

- 1 NO 2 SI

64.-¿Has usado heroína en los últimos 30 días?

- 1 NO
 2 Sí, durante 1 a 5 días
 3 Sí, durante 6 a 19 días
 4 Sí, durante 20 días o más

65.-¿Cuántos años tenías cuando usaste heroína por primera vez?

- 1 Nunca he usado heroína
- 2 De 10 años o menos
- 3 De 11 a 12 años
- 4 De 13 a 14 años
- 5 De 15 a 16 años
- 6 De 17 a 18 años
- 7 19 o más

66.-¿Cuántas veces en tu vida has usado heroína?

- 1 Nunca he usado heroína
- 2 De 1 a 2 veces
- 3 De 3 a 5 veces
- 4 De 6 a 10 veces
- 5 De 11 a 49 veces
- 6 50 veces o más

67.-¿Hace cuánto tiempo usaste heroína por primera vez?

- 1 Nunca he usado heroína
- 2 Hace menos de un mes
- 3 De 2 a 6 meses
- 4 De 7 a 12 meses
- 5 Hace más de un año

68.-¿En qué lugar obtuviste heroína por primera vez?

- 1 Nunca he usado heroína
- 2 En tu casa o en la de alguien más
- 3 En la escuela
- 4 En el trabajo
- 5 En el Club Social
- 6 En fiestas
- 7 En un Bar, Cantina o Discoteque
- 8 En la calle o en un parque
- 9 En otro lugar, especifica _____

69.-¿Has usado alguna vez en tu vida otros opiáceos (metadona, morfina, codeína, demerol, peregoniil) sin que un médico te lo indicara?

- 1 NO
- 2 SI

70.-¿Cuántas veces en tu vida has usado otros opiáceos sin que el médico te lo indicara?

- 1 Nunca he usado otros opiáceos
- 2 De 1 a 2 veces
- 3 De 3 a 5 veces
- 4 De 6 a 10 veces
- 5 De 11 a 49 veces
- 6 50 veces o más

71.-¿Quién fué la primera persona que te dió o te vendió drogas por primera vez?

- 1 Nunca he usado drogas
 - 2 Familiar
 - 3 Amigo o conocido
 - 4 Distribuidor
 - 5 Otro, especifica _____
-
-