



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"

ANALISIS DOCUMENTAL DEL ADOLESCENTE
FARMACODEPENDIENTE Y SU FAMILIA
DE CIUDAD NEZAHUALCOYOTL

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
AYALA TOVAR MARIA DEL CARMEN
GONZALEZ OCARA MARIA GUADALUPE

DIRECTOR DE TESIS: LIC. RICARDO MEZA TREJO

NOVIEMBRE 97.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

.....

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"**

.....

**ANALISIS DOCUMENTAL DEL ADOLESCENTE
FARMACODEPENDIENTE Y SU FAMILIA
DE CIUDAD NEZAHUALCOYOTL**

**TESIS QUE PRESENTAN PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

- 1. AYALA TOVAR MARIA DEL CARMEN**
- 2. GONZÁLEZ OCAÑA MARIA GUADALUPE**

**DIRECTOR DE TESIS
LIC. RICARDO MEZA TREJO**

Noviembre 97.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a las siguientes personas, por el apoyo, experiencia y sugerencias, que ayudaron a mejorar el presente trabajo:

Lic. Blanca Isabel Salazar Hernández

Lic. Eduardo Cortéz Martínez

Lic. Jorge Humberto Arzate Aguilar

Lic. Miguel Angel Hernández Barojas

y muy especialmente al

Lic. Ricardo Meza Trejo

por toda su ayuda y apoyo incondicional para la realización de esta tesis.

**Gracias
María del Carmen
y
María Guadalupe**

*A mis Padres Ana Marfa y Ricardo in
Memoriam.*

*Como un reconocimiento muy especial
a ellos por haberme brindado la
oportunidad de contar con una familia y
con su ejemplo, la enseñanza y opción
de saber apreciar la vida, aunque ésta
no nos haya permitido continuarla
juntos.*

*Esta tesis la quiero dedicar a cuatro de
las personas más importantes y
especiales en mi vida personal, familiar
y profesional.*

*Primeramente a mis hijos Luis Enrique y
Carlos Alberto, porque fueron mi
motivación para la realización de esta
tesis y a la vez sea motivación para
ellos en el logro de sus objetivos.*

*A mi esposo Carlos, por ser mi
compañero de lucha, fuerza y firmeza
vital que siempre me apoya en las
dificultades y éxitos.*

*A mi hermana Ana María y a su esposo
José, porque siempre creyeron en mi y
por el apoyo invaluable que me han
dado a lo largo de mi vida..*

*Y a mis hermanos, Teresa, Ricardo,
Jesús, Carlos, Antonio y sobrinos,
como una constancia de mi afecto.*

Maria del Carmen

Esta tesis la quiero dedicar a las personas más importantes y especiales en mi vida personal, familiar y profesional.

A mi Madre Elena, quien me dió la vida y se desveló para cuidarme, ponerme en el camino correcto cuando vela que me desviaba y me dió ejemplo de no rendirme ante las circunstancias adversas.

A mi Padre Margarito, quien mediante estímulos, ejemplos, oportunidades, comprensión y apoyos invaluable, me dió un camino de aprendizaje a seguir.

A mi hermana Juanita, a su esposo Victor Manuel y sobrinos Victor Manuel, Itzel y Ana Belén, como una constancia de mi afecto y para que cuando lean esta tesis fomenten la lucha por llegar a la meta que se propongan.

A mi esposo Benito, ejemplo de amigo y compañero, quien me dió su apoyo incondicional para terminar mi desarrollo profesional y a mi hijo para que en un futuro logre lo que se proponga en la vida.

Maria Guadalupe

ÍNDICE

	PÁG.
INTRODUCCIÓN	3
CAPITULO 1. CIUDAD NEZAHUALCÓYOTL	
1.1. Antecedentes Históricos de la Marginalidad.	7
1.2. Antecedentes Históricos de Ciudad Nezahualcóyotl.	11
CAPITULO 2. ADOLESCENCIA	
2.1. Antecedentes.	20
2.2. Definición.	23
2.3. Desarrollo Físico.	27
2.4. Desarrollo Psicológico.	31
2.5. Desarrollo Social	37
2.6. Problemas de los Adolescentes.	39
- Depresión	39
- Delincuencia Juvenil	41
- Violencia	42
- Prófugos del Hogar	44
- Dependencia de Sustancias	45
CAPITULO 3. FAMILIA	
3.1. Definición.	50
3.2. La Familia en México.	53
3.3. Proceso de la familia.	56
3.4. Desintegración Familiar	59

	PÁG.
CAPITULO 4. FARMACODEPENDENCIA	
4.1. Antecedentes.	72
4.2. Definición.	77
4.3. Tipos de fármacos.	85
4.4. Tipos de consumidores.	112
4.5. Causas de la farmacodependencia.	116
CAPITULO 5. PROGRAMAS PARA LA ATENCIÓN DEL FARMACODEPENDIENTE.	
Atención Institucional.	124
CAPITULO 6. PROPUESTA DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN GRUPAL DE INFORMACIÓN PREVENTIVA	
6.1. Definición.	140
6.2. Propuesta de Prevención.	146
6.3. Evaluación.	158
CONCLUSIONES	160
ANEXOS	162
BIBLIOGRAFIA	163

INTRODUCCIÓN

Actualmente México al igual que en otros países, se ha dado a la tarea de conocer el problema de la farmacodependencia a partir de múltiples estudios sobre el consumo de sustancias.

Problemáticas sociales como la pobreza del campo, los bajos salarios, la falta de empleos, el crecimiento poblacional, los factores ecológicos, carencia de servicios y problemáticas psicológicas como la desintegración familiar, la identidad y el autoestima del adolescente entre otros, provocan que los emigrantes campesinos pobres se asienten en las afueras de la ciudad, creando los cinturones de miseria y ciudades periféricas. Prácticamente no existe un punto cardinal en la ciudad de México que no se encuentre ocupado por estos cinturones de pobreza, que ensanche y presione a la población urbana.

Alrededor del año de 1960 surge Ciudad Nezahualcóyotl, Municipio del Estado de México, el cual fue seleccionado para esta investigación de tipo documental porque al formar parte importante de este crecimiento del fenómeno urbano, en donde la mano de obra no calificada, los bajos ingresos económicos, los problemas de integración familiar y las características limitadas de atención al joven, son condiciones que limitan el desarrollo del adolescente y contribuyen como elementos importantes para que se presente el consumo de drogas de esta población.

Este estudio busca el revisar y analizar los diferentes programas y proyectos de prevención para el adolescente farmacodependiente que se han elaborado y desarrollado para atender esta problemática en el Municipio de Ciudad Nezahualcóyotl para proponer un programa de prevención eficaz para el adolescente farmacodependiente y su familia que es un imperativo fundamental, que permitirá disminuir los riesgos y daños que afecten a la salud tanto individual

como familiar, ante esta problemática en el Primer Congreso Institucional de Fomento de la Salud ante las Adicciones en 1995, se mencionó que en todo este sistema quizás la columna vertebral es la prevención; alcanzar la cultura de prevención debe ser no un desgaste de elemento de discurso sino una prioridad nacional con objetivos, directrices y metas a corto, mediano y largo plazo.

En un programa de prevención es importante que las actividades que se lleven a cabo sean realizadas por gente especializada como es el psicólogo, entre otros, ya que éste, está involucrado en la atención de este problema de salud en conjunto con las participación del equipo multidisciplinario, así como la organización de la comunidad para lograr adecuados resultados al prevenir y atender este gran problema de adicción en los adolescentes de Ciudad Nezahualcóyotl, ya que ésta se ha caracterizado por presentar una serie de limitaciones en torno a su hábitat y su repercusión en la calidad e interacción en sus formas de vida familiar, en donde se le da poca atención en su desarrollo y maduración como individuo.

El problema de la farmacodependencia como una unidad de atención biopsicosocial, requiere de la elaboración de propuestas integrales efectivas, en zonas en donde ésta problemática persiste y en ocasiones tiende a agudizarse y en donde además la corresponsabilidad institucional y comunitaria debe ser una política importante para atender dicha problemática.

En el presente trabajo en el capítulo I se analizan los antecedentes históricos de México respecto a la problemática del campo y la industria; la situación económica, política y social; la formación y características de las comunidades marginadas de la ciudad de México y su área metropolitana; y el origen de Ciudad Nezahualcóyotl así como sus características.

En el capítulo II se analizan algunas definiciones de adolescencia, en su desarrollo físico, psicológico y social, y algunos problemas específicos del comportamiento de los adolescentes, como es la depresión y conductas antisociales como la delincuencia y consumo de drogas entre otras.

En el capítulo III se analizaron algunas definiciones de familia; su proceso, su estructura y la calidad de las relaciones interpersonales, así como las características y consecuencias de la desintegración familiar.

En el capítulo IV se investigaron los antecedentes de la farmacodependencia, algunas definiciones, tipo de fármacos y sus efectos, tipos de consumidores y las causas de la farmacodependencia tanto individuales como familiares.

El capítulo V trata de la atención institucional y los programas que se han desarrollado para la prevención de la farmacodependencia y finalmente en el capítulo VI, se da a conocer una propuesta de programa de prevención grupal de información preventiva, considerando que ésta podría ser una de las alternativas más viables y significativas para la intervención de dicho problema, ya que permite tomar en cuenta todos los elementos que inciden en la gestación del adolescente farmacodependiente y su vinculación con la familia, a través de la prevención grupal informativa.

Finalmente, deseamos que este trabajo contribuya a sensibilizar no sólo a los adolescentes y sus familiares, sino también aquellos profesionistas que están interesados en trabajar en la prevención de la farmacodependencia en los adolescentes de la comunidad de Ciudad Nezahualcoyótl, o de aquellas otras en las cuales existan una similitud en sus condiciones, de tal forma que se facilite planificar adecuadamente dichas acciones preventivas.

UN POEMA

No somos banda nacida de la nada
 nuestro grito es violento
 nuestro alarido profundo
 Más ¿cómo habría de ser?
 Venimos de los rincones oscuros
 de los desperdicios
 de la incompreensión
 y del desamor.

Somos, si se asume,
 la escoria de la sociedad
 vagabundos nocturnos.

Salimos a mirar el exterior
 de este agujero
 y nos damos cuenta
 que ahí
 no había sitio
 para nosotros.

Pues ¿cómo iba a haberlo?
 si el desperdicio se vuelve
 despreciable.

Y ...aquí estamos irrumpiendo en
 forma violenta
 en forma degenerada,
 en fin ... en forma auténtica
 porque así hemos crecido
 y así hemos sido criados.

Aquí la violencia es normal
 la incultura, ley
 y la miseria se hospeda
 fielmente en nosotros.

Nos dicen invasores,
 que estamos aquí por capricho
 por no saber vivir
 ni querer hacerla.

Y esperan que algún día nos
 larguemos
 que dejemos de afear
 sin rastro,
 sin destino,
 así nomás.

Pero nosotros estamos aquí
 esperando salir
 y hacer constancia
 de nuestra presencia.

Y corremos
 soñamos
 lloramos.
 A veces comemos,
 pero siempre tenemos hambre.

Algunos atracamos
 otros nos drogamos,
 o las dos cosas.

Para nosotros
 la vida es un juego
 un juego de sobrevivencia,
 para ver quién aguanta más
 o quién
 se vence primero.

Pero ... ya van muchos,
 y aquí estamos
 haciendo gritar las bardas,
 los camiones,
 y todos aquellos espacios
 que indican nuestra existencia
 y estamos malos
 y estamos sucios
 y estamos feos.

Nuestras posibilidades son
 Así

CAPITULO 1 CIUDAD NEZAHUALCOYÓTL

1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA MARGINALIDAD.

El México de los noventa, es el resultado de un proceso histórico en donde la marginación de grandes sectores del área metropolitana, como es Ciudad Nezahualcóyotl, refleja un desequilibrado desarrollo económico y social que se origina en los años sesenta.

"En 1965 empieza a desacelerarse el crecimiento económico industrial; proceso que se acentúa en la década de los setenta, además de que en estos años el sector agrícola se desploma. Los años setenta marcan la ruptura del auge económico, el país entra a la crisis internacional y se hace patente la marginación de grandes sectores de la población nacional. Esta situación determina el incremento de la migración de campesinos a las ciudades. Y el estancamiento industrial no permite satisfacer la creciente necesidad de empleo y como consecuencia, se registra un aumento progresivo de desempleados urbanos y rurales, quienes se instalan en terrenos baldíos dentro y fuera de la capital. Son estos asentamientos marginales los que contribuyen al crecimiento intensivo del área metropolitana de la ciudad de México, como es el caso de Ciudad Nezahualcoyótl que en 1960 cuando se formo contaba con 65 mil habitantes y para 1970 albergaba 651 mil habitantes. Este proceso histórico donde los hechos se han encadenado en diversas formas, consideran los siguientes factores determinantes, tanto económicos como políticos y sociales.

- 1).- **Los factores económicos.**- Son aquellos que se originan y realizan en la estructura productiva y condicionan, entre otras cosas, la estructura ocupacional y el mercado de trabajo para la población obrera y campesina.

- 2).- Los factores políticos.-** Son las acciones del Estado que intervienen en la producción económica, en el desarrollo regional y en el bienestar social de la población.
- 3).- Los factores sociales.-** Son las acciones de la población; movimientos demográficos, cambios en su capacidad de consumo o sus diversos modos de vida, etc. Estos factores influyen a su vez, en la estructura económica del país.

Por lo tanto estos factores van a incidir en la contracción paulatina del mercado de trabajo, en donde la desocupación es una realidad cotidiana para los marginados de la ciudad, quienes buscan cualquier forma de supervivencia. Para evitar el desempleo abierto, se subemplean en los servicios públicos o privados y en la pequeña o mediana industria. Dada su carencia de escolaridad y capacitación, los patrones no les pagan el salario mínimo, no los afilian al Seguro Social, ni les brindan prestaciones laborales. Las unidades productivas que absorben la mano de obra marginal en las ciudades de México, Monterrey y Guadalajara son en orden de importancia las siguientes:

- a) El sector de los servicios públicos y privados.
- b) El sector comercial.
- c) La industria de la transformación (preparación y venta de alimentos y bebidas).
- d) La industria de la construcción.

Considerando la ubicación de Ciudad Nezahualcoyótl en el área metropolitana de la ciudad de México que es en donde se encuentra la población de estudio, las ocupaciones que desempeñan los subempleados son:

- 9
- a) Comerciantes independientes; vendedores ambulantes y a domicilio como vendedores y los aboneros. Todas aquellas personas que ofrecen chicles, pañuelos desechables, juguetitos, etc.
 - b) Trabajadores de servicios no calificados; repartidores, ayudantes o aprendices de cocineros, cantineros, meseros, trabajadores domésticos, mozos, sirvientas, porteros, veladores, conserjes, afanadores, lavanderas, peluqueros, policías auxiliares, boleros, pepenadores, lavadores de coches, etc.
 - c) Obreros no calificados de la construcción; albañiles, peones, yeseros, operarios, ayudantes.
 - d) Obreros no calificados de la producción industrial; mineros, canteros, matarifes, panaderos, cigarreros, aceitadores, lavadores de productos textiles, carboneros.

Es importante destacar que el desempleo coexiste con actividades de infrasubsistencia, problema que afecta principalmente a toda la población de 12 años o más que carece de empleo o está en trámites para conseguirlo. La definición oficial no especifica que los desempleados se dedican a la mendicidad, la prostitución, la delincuencia, a tragar fuego o a tocar la guitarra en los camiones.

Teniendo como marco de referencia el desarrollo histórico de nuestro país, se desprenden y encadenan varias conclusiones;

- a) El particular crecimiento económico da lugar a una relación entre dos desequilibrios; el sectorial- entre la industria y la agricultura- y el regional- entre el campo y la ciudad.

- b) Este particular crecimiento incrementa la mecánica de expulsión de los trabajadores del campo a las zonas urbanas y propicia el aumento del desempleo y el subempleo en las ciudades.
- c) Todo ello promueve el aumento de la población marginal-subempleada y desempleada- en la Ciudad de México e influye en la proliferación de las comunidades urbanas marginadas.¹

Considerando los factores económicos políticos y sociales de esta población se pueden comprender las características de la forma de vida y los factores de riesgo que permitan la presencia de los diferentes problemas de salud como son las adicciones.

Esta serie de factores como todo proceso social se realizan de una manera paulatina y a largo plazo que inciden en la población por la cual se realiza un breve esbozo de los antecedentes históricos de Ciudad Nezahualcoyótl.

¹ Ponce de León Rosalba Esmeralda, (1990), "Los marginados de la ciudad. La educación en las comunidades", México: Trillas, Centro de Investigación para la Integración Social, pag. 33.

1.2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE CIUDAD NEZAHUALCOYÓTL

El origen de éste Municipio, se remonta a la década de los años cuarenta, al registrarse los primeros asentamientos humanos en la porciones libres del desecado Lago de Texcoco, ocupando terrenos de Atenco, Ecatepec, Texcoco, Chimalhuacán y La Paz. Estos primeros pobladores se organizaron y entablaron una incansable y férrea lucha hasta lograr que el 2 de abril de 1963, se decretara la Constitución del Municipio de Nezahualcóyotl, ocupando el número 120 del Estado de México, y cuyo nombre se designó en honor al poeta, filósofo, astrónomo y señor de Texcoco Acolhuacán. El nombre significa "coyote Ayunado o Coyote que Ayuna", el cual se compone de la palabra **Nezahualo**: Ayuno o Ayunar y la palabra **Coyotl**: coyote. Hoy Nezahualcóyotl, con 37 años de vida como Municipio a través del esfuerzo y trabajo conjunto de aquéllos que llegaron de fuera para habitarlo y han echado raíces y de las nuevas generaciones nacidas aquí, apunta al desarrollo y progreso de una Ciudad que ha hecho historia (anexo1).

Nezahualcóyotl resultó ser algo más que un cinturón de miseria de la Ciudad de México. Es una de las ciudades más jóvenes y su población es impresionante por su volumen y por su crecimiento tan acelerado. Su historia es muy reciente, hace 40 años no existía. Pero para 1980 sería la segunda Ciudad de la República, con 2 millones de habitantes, superando a Monterrey y Guadalajara. Ciudad Nezahualcóyotl esta situada al Noroeste (NE) de la Ciudad de México y forma parte de la llamada zona metropolitana de la misma. Se extiende a lo largo de la Calzada Ignacio Zaragoza, que es la salida de la carretera México-Puebla. El lugar donde se encuentra Ciudad Nezahualcóyotl, estuvo cubierto hasta fines del siglo pasado por el lago de texcoco, único de agua salada en el Valle de México, se ubica en los 190 grados 24'59" de latitud norte y a los 99 grados 01'56" de

longitud oeste del Meridiano de Greenwich y que se sitúa a una altura media de 2,400 MSNM, esto es levemente inferior a la altitud de la Capital de la República que se extiende a su costado occidental. La ciudad se cuadrículó a cordel, las calles rectas se pierden en el horizonte, los lotes son casi todos del mismo tamaño (150 mts. cuadrados). La red de avenidas y calles tienen casi 1000 kilómetros. En los años 70 toda la sección norte del Municipio de Nezahualcóyotl, se encontraba protegido por el llamado Bordo de Xochiaca que impedía que en temporadas de lluvias subiera el nivel del lago e inundara el área habitada (anexo 2).²

El clima predominante es el templado semiseco con lluvias en verano, con las siguientes características:

FENÓMENO	VALOR	PERIODO OBSERVADO
Temperatura media	18.0 °C	1961-1975
Temperatura máxima extrema	34.0 °C	1961-1975
Temperatura mínima	-3.9 °C	1961-1975
Lluvia total	687.3 mm	1961-1975
Vientos dominantes	SW4	1961-1975

Fuente: Depto. de Estadística y Estudio Económico de la Dirección de Promociones del Gobierno del Estado. H. Ayuntamiento de Nezahualcóyotl, 1973.

² De la Rosa, Martín, (1994). "Nezahualcóyotl, Testimonio No. 19", México: Fondo de Cultura Económica, pag. 30.

La invasión masiva de colonos venia no sólo de los estados circunvecinos sino también de ciudades perdidas y vecindades del D.F., en donde la modernización urbana y el aumento en el costo de la renta hacian imposible la residencia a gente de escasos recursos, la procedencia de las familias que llegaron a este Municipio, se transcriben como sigue:

ANOS (1960-1970)		ANOS (1980-1990)	
ESTADO	PORCENTAJE	ESTADO	PORCENTAJE
Chihuahua	0.1	Distrito Federal	21.0
Distrito Federal	58.7	Estado de México	14.0
Guanajuato	6.9	Michoacán	12.0
Guerrero	0.3	Guanajuato	9.0
Hidalgo	2.3	Oaxaca	9.0
Jalisco	2.7	Puebla	3.0
México	9.7	Hidalgo	7.0
Michoacán	4.9	Jalisco	5.0
Morelos	0.5	Veracruz	3.0
Oaxaca	2.9	Guerrero	2.0
Puebla	5.2	Morelos	1.0
Querétaro	0.9	Querétaro	1.0
San Luis Potosí	0.7	Zacatecas	1.0
Tamaulipas	1.2	Otros Estados	12.0
Veracruz	1.3		
Zacatecas	0.8		
Nezahualcóyotl	0.9		

Fuente: Depto. de Estadística y Estudio Económico de la Dirección de Promociones del Gobierno del Estado. H. Ayuntamiento de Nezahualcóyotl, 1973

Estas cifras comprueban que la población que ha encontrado aumento en el Municipio en los años 60-70 procede en su mayoría (9.7%) del medio urbano de poblaciones mayores a 2,500 habitantes, al igual que en los años 80 y 90 sigue siendo destacable el hecho que del Distrito Federal proviene una gran parte (21%), lo cual indica que la formación del Municipio no es el caso de una migración-ciudad, sino un traslado obligatorio motivado en parte por el alto costo de la vida en el Distrito Federal e impedido por la necesidad de encontrar mejores niveles de vida, ya que la Capital presupone un mejor trabajo que aquel que desempeña en su lugar de origen, además surgia la posibilidad de ser propietario de un lote en donde se podría construir, lo cual significaba su asentamiento definitivo. De esta forma, lo que antaño fuera el Vaso de Texcoco y con su

pobreza del suelo y a la abundancia de sal, se fue poblando rápidamente por gente ansiosa que buscaba un rincón donde vivir (anexo 3).

Por lo tanto, la explosión demográfica se ha reflejado sobre todo en los centros urbanos, con sus consecuencias de hacinamiento, contaminación, insalubridad, insuficiencia de servicios, tensión social. La población urbana es ya mayoritaria frente a la rural: 55% contra 45%, esto es tanto por los efectos del crecimiento natural, como por las continuas corrientes migratorias internas de las áreas rurales a las citadinas, que son resultado de las desigualdades regionales y de la insuficiencia de medios adecuados de subsistencia en el campo. De ahí la tendencia hacia la metropolización excesiva y la macrocefalia urbana, pues las grandes ciudades son atractivas demográficamente, mientras vastas regiones del país resultan zonas de rechazo demográfico y principal origen de las migraciones internas y del bracerismo exterior.

Por lo que así es como esta ciudad nace como un apéndice de la capital, por su situación geográfica privilegiada, que colma los requerimientos de la sociedad capitalista dependiente, ya que de hecho constituye una ciudad dormitorio a donde tan sólo viene a pernoctar una gran cantidad de gente que trabaja en el D.F. y en zonas vecinas, ocupando una considerable parte de su tiempo en el desplazamiento de Nezahualcóyotl a su centro de trabajo.³

Otro factor de crecimiento demográfico es el alto índice de natalidad, a pesar de que la tasa de mortalidad infantil era la más alta del Estado de México, en los años 70, uno de cada 2 niños moría antes de los 4 años de edad, aún así, el crecimiento natural era superior a la media del país. Por esta razón, la composición de la familia es de 5 a 4 miembros, de acuerdo a estudios del Instituto Mexicano del Seguro Social (1995). El promedio de hijos nacidos por mujer en Ciudad Nezahualcóyotl, proporcionado por el instituto Nacional de

³ De la Rosa, Martín, (1994), "Nezahualcóyotl, Testimonio No. 19", México: Fondo de Cultura Económica, pag. 35.

Estadística, Geográfica e Informática (INEGI) del Censo General de Población y Vivienda de 1990, es del 2.2%, sin embargo, en la actualidad se logró rescatar algunos totales aproximados de hijos nacidos vivos en Ciudad Nezahualcóyotl.

PROMEDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS	
AÑO	TOTAL APROXIMADO
1970	33,277
1980	43,803
1990 (contados hasta agosto de 1995)	28,018

Fuente: Hospital de la Secretana de Salubridad y Asistencia "La Perla" del Gobierno del Estado de México (1995)

Cabe hacer notar que estos datos aproximados, no fueron exactos debido a que los habitantes de Ciudad Nezahualcóyotl no todos se registran ahí, ya que algunos deciden registrar a sus hijos en el Distrito Federal o en las Clínicas del Instituto Mexicano del Seguro Social y en las clínicas del ISSSTE ubicadas dentro del mismo Municipio. Sin embargo estos datos, demuestran que existe un considerable crecimiento en el índice de natalidad en la Ciudad de Nezahualcóyotl, aunque hay que considerar que de ese total de hijos nacidos vivos, no todos se quedan a radicar ahí.

Pertenece al Décimo Segundo Distrito Judicial y Rentístico con sede en la Ciudad de Texcoco de Mora, y ocupa una extensión de 63.44 km cuadrados y sus límites son:

- AL NORTE:** Con los Municipios de Ecatepec y Texcoco.
AL SUR: Con el Distrito federal y Municipio de La Paz.
AL ESTE: Con los Municipios de Atenco, Texcoco y Chimalhuacán.
AL OESTE: Con el Distrito Federal.

Para efectos del Gobierno interno del Municipio en su aspecto administrativo y político, tiene una Cabecera Municipal, un fraccionamiento Industrial y 53 colonias, las cuales son:

01.	Agua Azul y sus 3 secc.	21.	El Palmar	41.	Palma
02.	Atlacomulco	22.	Flores	42.	Pavón
03.	Amipant	23.	Fuentes	43.	Pirules
04.	Aurora	24.	Impulsora Pop. Avícola	44.	Porfirio Díaz
05.	Aureliano Ramos	25.	Izcaltl Nezahualcóyotl	45.	Porvenir
06.	Benito Juárez y sus 4 secc	26.	Jardines de Gpe.	46.	Raúl Romero
07.	Benito Juárez Sur	27.	Juárez Pantitlán	47.	Reforma
08.	Benito Juárez "A"	28.	Juan Escutia	48.	Retiro Pavón
09.	Campestre Guadalupeana	29.	Las Águilas.	47.	San Felipe de Jesús
10.	Carlos Hank González	30.	Las Águilas Amp.	48.	San Lorenzo
11.	Central	31.	Loma Bonita	48.	Silvia
12.	Ciudad Lago	32.	López Rayón	49.	Valle de Aragón.
13.	Constitución de 1857	33.	Los Volcanes	50.	Vergel de Gpe.
14.	Del Sol	34.	Manantiales	51.	Vicente Villada
15.	Escalerillas	35.	Maravillas	52.	Virgencitas
16.	Esperanza	36.	Metropolitana	53.	Xochitenco
17.	Estado de México	37.	México		
18.	Evolución	38.	Modelo		
19.	Evolución Amp.	39.	Nezahualcóyotl en sus 3 secc.		
20.	El barco	40.	Nueva Santa Martha		

Fuente: Depto. de Estadística y Estudio Económico de la Dirección de Promociones del Gobierno del Estado. H. Ayuntamiento de Nezahualcóyotl, 1973

Asimismo, sus principales avenidas son:

- | | | | |
|-----|-------------------|-----|-------------------------------|
| 01. | Bordo de Xochiaca | 06. | Av. Nezahualcóyotl |
| 02. | Av. Chimalhuacán | 07. | Av. Adolfo López Mateos |
| 03. | Av. Pantitlán | 08. | Av. Sor Juana Inés de la Cruz |
| 04. | Av. Texcoco | 09. | Av. Villada |
| 05. | Av. Calle 7 | 10. | Av. Carmelo Pérez |

11. Av. Tepozanes

A partir del año de 1990, cuenta con:

- A)** 13 Hospitales y Clínicas, entre las cuales se encuentran:
 - A.1)** 04 Clínicas del IMSS
 - A.2)** 02 Clínicas del ISSSTE
 - A.3)** 03 Hospitales de la Cruz Roja
 - A.4)** 01 Hospital de S.S.A.
 - A.5)** 01 Centro antirrábico
 - A.6)** 01 Hospital de la Cruz Verde
 - A.7)** 01 Clínica-hospital ISSEMY
- B)** 12 Centros de Salud (S.S.A.)
- C)** 02 Centros Preventivos y de Readaptación Social
- D)** 01 Presidencia Municipal
- E)** 03 Centros Culturales
- F)** 04 Auditorios
- G)** 13 Bibliotecas (unidades documentales)
- H)** 20 Instituciones Educativas nivel medio superior y superior
- I)** 04 Centros Recreativos
- J)** 04 Centros Deportivos
- K)** 02 Estadios de Fútbol
- L)** 02 Plazas de Toros
- M)** 04 Arenas de Box y Lucha

(ver anexo 4).⁴

⁴ Hutrón, Antonio, (1975), "Misericordia y Grandeza de una Nación", México: Nezahualcóyotl, pag. 12.

Por otra parte, el desplazamiento de grupos de bajos ingresos hacia Nezahualcóyotl provienen como ya se mencionó anteriormente, del propio Distrito Federal y de las diversas regiones rurales del país, aunado al crecimiento acelerado de su población con una tasa anual del -0.7% de los años 1980/1990, según datos del Censo General de Población y Vivienda de 1990 (INEGI), los cuales en su composición por edades se clasifican en:

GRANDES GRUPOS DE EDAD	PORCENTAJE
0 A 14 AÑOS	34.5%
15 A 64 AÑOS	62.3%
65 AÑOS Y MAS	2.8%
NO ESPECIFICADO	0.4%
TOTAL	100.0%

Fuente: XI CENSO GENERAL DE POBLACION Y VIVIENDA, 1990
 Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI)
 Estado de México, Perfil Sociodemográfico.

Los resultados censales muestran una estructura de edades en la entidad, que corresponden a una población joven, esto es, que se observa que el 62.3% de la población total es menor de 64 años y solo el 2.8% es mayor de 65 años, lo cual viene a dar como resultado que la edad mediana se encuentre entre los 20 años de edad (gráfica 1). En cuanto a la distribución por sexo el porcentaje de mujeres es ligeramente superior al de los hombres, correspondiéndoles el 50.7% y 49.3% respectivamente (gráfica 2). Asimismo, de acuerdo a los Censos Generales de los años 1969 a 1990, de la población de Nezahualcóyotl tenemos que el crecimiento natural de la población crece rápidamente en 10 años.

CRECIMIENTO NATURAL DE LA POBLACIÓN	
AÑO	HABITANTE
1969	580,436
1970	642,685
1980	1,393,797
1985	1,955,046

Fuente: XI CENSO GENERAL DE POBLACION Y VIVIENDA, 1990.
 Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI)
 Estado de México, Perfil Sociodemográfico

A partir del análisis de las gráficas y cuadros presentados se encuentra que las características esenciales de la población en Nezahualcoyótl, sean:

- a) Acelerado ritmo en el crecimiento de la población.
- b) Elevada proporción de la población sin empleo.
- c) El mantenimiento de altas tasas de natalidad.

En conclusión, por las características de la población en relación a su distribución edad, sexo y a su entorno social y urbanístico, podemos comprender que su forma de vida resulta difícil y limitante para el desarrollo personal familiar sobre todo en el caso de la población joven que es predominante en este municipio y que podría ser mucho más sensible a adoptar conductas antisociales como son las adicciones y la violencia entre otras.

Asimismo, podemos decir, que todo lo anterior se reflejará principalmente en la población adolescente, ya que es la más vulnerable por la autoestima que se tiene, y por el medio social y familiar en el que se desenvuelven, lo que conlleva a facilitar que se empiecen a formar grupos y pandillas donde empiezan a consumir sustancias que los llevan a delinquir. Por eso es importante conocer los aspectos sociales y psicológicos que intervienen en la adolescencia para facilitar una mejor comprensión, de la cual trataremos en el siguiente capítulo.

CAPITULO 2. ADOLESCENCIA

2.1. ANTECEDENTES

El niño recién nacido no tiene conciencia de su propia existencia -yo- ni de la existencia de un punto externo -tú-, a este estado de conciencia, también se le llama estado autista, indiferenciado o adualista, dado que el bebé no es aún capaz de establecer la dualidad básica dentro de la cual vivimos inmersos los seres humanos: la relación yo-tú, o yo y el universo. Cuando el futuro bebé flota en el vientre materno no había diferencia entre él y su madre; eran un solo cuerpo, y dicha indiferenciación se prolongará psicológicamente en el recién nacido al que su madre solicita le parecerá -una extensión de sí mismo-. Por lo tanto, la primera tarea que enfrenta el niño al nacer consiste en desarrollar la conciencia de un mundo diferente y externo.⁵

En este sentido las primeras impresiones en las cuales nace el individuo como son las condiciones de vida, el ambiente familiar y la relación madre-hijo van a facilitar o a obstaculizar los procesos de identidad en el joven. Así este yo indiferenciado va adquiriendo una identificación de acuerdo al ambiente familiar que se desenvuelve.

El factor fundamental que capacita al niño para construir una imagen de sí mismo y su mundo, procede de las relaciones mutuas entre madre e hijo, a esta relación privilegiada Spitz (1996), le llama el diálogo, el cual plantea que éste es el ciclo de la secuencia acción-reacción-acción, dentro del marco de las relaciones madre e hijo. Muchas formas de problemas psicológicos y de carácter pueden ser atribuidos tanto a la falta de cuidados maternos como a discontinuidades en la

⁵ Gadea De Nicolas, Luis, (1992), "Escuela para Padres y Maestros", México: ICED, pag. 8.

relación del niño y su figura materna, ya que de esta relación dependerá un buen desarrollo físico y psicológico en el futuro adolescente. En la transición de la niñez a la adolescencia interviene la **pubertad**, la cual se deriva del latín **Pubertas** cuyo significado es referido a la edad de la virilidad, es un período en el que maduran y empiezan a funcionar los órganos de la reproducción. Esta compuesta por 3 fases; la **prepubertad**, de 12 a 14 años para los niños y de 11 a 13 años para las niñas, la fase **pubertaria**, de 14 a 17 años para los niños y de 13 a 17 años para las niñas y finalmente una fase de **expansión** hasta los 20 años.⁶

Para entender mejor al adolescente es importante el conocer los cambios físicos y los que ira atravesando éste. A éstos cambios se le conocen como **pubertad** como ya se mencionó anteriormente. Por lo tanto, es necesario señalar las características de las subdivisiones de ésta.

El procedimiento más aceptado es separar la edad en subdivisiones: la primera determinada **prepuberal o inmadura**, se caracteriza por tener modificaciones somáticas sin haberse desarrollado aún la función reproductora; en la segunda de **maduración**, aparecen modificaciones somáticas que han permitido que se produzcan las células sexuales en los órganos reproductores, aunque no estén desarrollados por completo. La tercera, la **postpuberal**, se caracteriza por un funcionamiento total y adecuado de los órganos sexuales, desarrollándose en forma satisfactoria los caracteres sexuales secundarios que se refieren a rasgos físicos que distinguen a cada uno de ambos sexos. Por ello, en términos generales, hoy se acepta que el promedio de la edad de la pubertad para los niñas sean alrededor de los 13.5 años y para los niños de 14.5 años. Las diferencias entre ambos sexos son de un año a favor de las niñas, diferencia que

⁶ Spitz, Rene Arpad, (1996), "El primer año de vida del niño", México: Fondo de Cultura Económica, pag. 15.

se manifiesta no sólo en el cuerpo más grande y evolucionado, sino en el comportamiento más maduro, agresivo y consciente de su papel sexual.⁷

El conocer las fases mencionadas anteriormente, nos ayudaran a comprender de una manera más amplia lo que es la adolescencia. Por lo tanto, se analizarán algunas definiciones de la misma que nos permitan incidir significativamente en su desarrollo integral y comunitaria.

⁷ Souza y Machorro Mario, (1980), "Educación en Salud Mental para Maestros", México: Manual Moderno pag. 44.

2.2. DEFINICIÓN

La palabra *adolescencia* tiene su origen en el verbo latín *adolescere*, cuyo significado es crecer o llegar a la maduración, que no sólo se refiere al crecimiento físico sino al desarrollo mental. La adolescencia no debe confundirse con la pubertad, pues ésta se incluye en el periodo de preadolescencia que se caracteriza por los aspectos maduracionales, es decir, se trata de una parte de la adolescencia pero no fenómeno de ésta, puesto que la adolescencia como ahora se entiende, incluye todas las fases biopsicosociales de la maduración.⁸

Paul John Mackiney (1982), define la adolescencia como un periodo entre la niñez y la adultez, donde menciona que el término adolescente se usa generalmente para referirse a una persona que se encuentra entre los 13 y 19 años de edad. Este periodo empieza con los cambios fisiológicos de la pubertad y se termina cuando llega al pleno estado sociológico del adulto. La dificultad que experimenta el adolescente para integrar los elementos que le permitirán conformar una personalidad equilibrada, como adulto se ve favorecida con frecuencia por el medio en que vive, en donde los amigos, la escuela, el interés laboral y/o profesional pueden crear una crisis juvenil que es preciso saber identificar, prevenir y apoyar para lograr su desarrollo armónico integral.⁹

En esta definición Jhon Paul Mckinney (1982) rescata la integración de los diferentes factores tanto psicológicos, fisiológicos y sociales del adolescente, los cuales son los que determinarán la forma de afrontar y resolver las diferentes

⁸ Mckinney, Jhon Paul y Colaboradores, (1982). "Psicología del Desarrollo", México: Manual Moderno, pag. 15.

⁹ Ibidem. pag. 15.

problemáticas que se presenten, facilitando las propuestas de prevención y apoyo al joven.

Gadea de Nicolas, Luis (1992), menciona que Erikson llama a la etapa entre 12 y 20 años, de *Identidad Versus Dispersión* (confusión) de roles, donde muestran al adolescente haciéndose preguntas de este tipo "¿Quién soy yo?", "¿Quién he sido?" y a "¿Dónde voy?". En esencia, el adolescente debe elaborar un sentido sólido de identidad, o de otra forma experimentará el yo como una serie de roles divididos, desconectados e inconscientes. Encontrar un sentido de identidad perdurable nunca es fácil y, por ello, el adolescente intenta encontrarlo en actividades muy diversas para adquirir confianza en sí mismo y una perspectiva del futuro; adquiere roles sexuales definidos. Para algunos, esta tarea implica escapes y aventuras con un estilo de vida radicalmente diferente a los que lo habían guiado con anterioridad. Algunos por el contrario, no podrán resolver su búsqueda de identidad y vacilarán sin objeto durante algún tiempo, se ven a sí mismos como falsos, con un conjunto inconsistente de roles desarticulados, con pobre identidad sexual, inseguro de sus propios valores y de su futuro, en el aspecto emocional se caracteriza una inmadurez afectiva que puede dar lugar a que se prolonguen ciertos aspectos de la infancia, curiosamente a la par de sus aspiraciones de persona adulta. Cabe advertir que los adolescentes tienen períodos de perturbaciones en el curso, de los cuales se enfrentarán desesperadamente, a menudo dolorosamente con la búsqueda de su propia identidad.¹⁰

A partir de lo que plantea Erikson en el proceso de Identidad, el que tiene mayor realce es la maduración del adolescente, ya que le va a permitir encontrar una perspectiva a largo plazo que le podría facilitar la superación de una manera activa los diferentes problemas que vaya afrontando.

¹⁰ Gadea De Nicolas, Luis, (1992), "Escuela para Padres y Maestros", México: ICED, pag 121.

Es muy difícil dar una denominación exhaustiva, porque el concepto que se tiene de la adolescencia varía y evoluciona con los diversos enfoques, culturas y épocas. Se admite que éstas generalmente empieza en la pubertad, pero su momento de término es mucho menos preciso. Sin embargo, existen algunos criterios que permiten reconocer su pleno alcance, así la adolescencia se expresa como integración cultural, es el periodo de inserción en la vida social del adulto, porque durante este periodo el adolescente logra su identidad e independencia en forma coherente consigo mismo, y por lo tanto, concluimos que el término de adolescencia se usa para referirse al periodo que media entre el inicio de la pubertad y el pleno logro de la posición de adulto en la comunidad, ya que la adolescencia ha sido considerada como un fenómeno importante del ser humano, por lo que el desarrollo físico es solo una parte de este periodo, porque los adolescentes afrontan una amplia gama de requerimientos psicosociales: como la independización de los padres, consolidación de las cualidades necesarias para relacionarse con los compañeros de la misma edad, incorporación de una serie de principios éticos aplicables a una realidad práctica, fomento de las capacidades intelectuales y adquisición de una responsabilidad social e individual básica, por nombrar sólo algunos. Pero a la vez que el adolescente se encara con tan compleja sucesión de dificultades concernientes a su evolución conjunta como ser humano, también debe resolver su sexualidad aprendiendo el modo de adaptarse a los cambiantes sentimientos sexuales, escogiendo cómo participar en las diversas clases de actividad sexual, ya que esta juega un papel importante en el desarrollo de sí mismo.

El tema de adolescencia es el determinante de nuestro trabajo, ya que durante esta etapa con ayuda de la familia y la sociedad, la autoestima, los valores, etc., se van complementando para que se logre un desarrollo físico y psicológico sano positivo o en un desarrollo negativo o destructivo. Al estudiar las anteriores definiciones se retoma los factores psicológicos, fisiológicos y sociales que menciona Jhon Paul Mckinney y la fase de maduración que menciona Erikson al

considerar que esta nos proporciona las partes principales que intervienen en el desarrollo del adolescente. Por lo tanto resulta necesario el conocer las características físicas, psicológicas y sociales del adolescente y su manifestación de acuerdo a los ámbitos familiares.

2.3. DESARROLLO FÍSICO

Uno de los principales cambios físicos de la pubertad temprana es un aumento rápido de estatura, éste varía notablemente entre varones y mujeres. En el caso de los niños, el crecimiento rápido empieza en algún momento entre los 12 y 15 años en promedio, mientras que en las niñas dicho crecimiento empieza 2 años antes, y la velocidad máxima de crecimiento ocurre aproximadamente a los 12 años para las niñas y a los 14 años para los niños.¹¹

John Paul 1982, menciona que los cambios filogenéticos también afectan a los fenómenos de carácter sociológico y psicológico. Por ejemplo, hacen notar que los jóvenes y las jóvenes parecen interesarse en encuentros y en otras actividades heterosexuales de este tipo a una edad cada vez más temprana. Un aspecto importante en el inicio de crecimiento del púber, es que a través de los años, este va ocurriendo cada vez más temprano, es decir, actualmente tienden a crecer y a llegar a una estatura de adultos más rápidamente de lo que ocurría hace 100 o inclusive de hace 50 años, ésta tendencia se advierte también, en el desarrollo de los órganos reproductores. La fisiología de la pubertad es un conjunto muy complejo de fenómenos, que incluye un rápido crecimiento del cuerpo, desarrollo de los huesos, cambios hormonales y la aparición repentina de las características primarias y secundarias del sexo, que van a repercutir en las relaciones psicológicas, la aceleración del crecimiento que se produce alrededor de la pubertad, o simultáneamente a ella, el llamado estirón, responde a una discontinuidad en la velocidad de crecimiento que no es siempre la misma desde el nacimiento. Conviene distinguir entre crecimiento y maduración. El crecimiento implica la creación de tejidos nuevos; la maduración en cambio significa la consolidación en su forma definitiva de dichos tejidos, así como el acoplamiento

¹¹ McKinney, Jhon Paul y colaboradores, (1982), "Psicología del Desarrollo", México. Manual Moderno, pag. 30.

de las piezas cartilaginosas. Las niñas empiezan antes que los niños la aceleración de su crecimiento, con el correspondiente proceso de maduración ya descrito, lo que permite adelantarse en uno o dos años respecto al otro sexo, tanto al comienzo como a la conclusión. A una misma edad cronológica corresponde pues, según el sexo, una diferente edad ósea. Ello explica en parte, que la talla acabe siendo a pesar de su precocidad (o precisamente por esto), menor por término medio, en la mujer. En tanto los huesos no están soldados subsiste la posibilidad de seguir creciendo, de modo que el niño dispone de tal posibilidad durante más tiempo.¹²

En la endocrinología de la pubertad, las glándulas que más interesan al psicólogo del desarrollo que estudia la pubertad son: la glándula pituitaria o hipófisis y las glándulas sexuales o gónadas. La pituitaria o hipófisis, esta situada en la base del cerebro y es tal vez la más importante de todas las glándulas endocrinas. Se le ha llamado la glándula maestra porque sus secreciones estimulan e inhiben la actividad de muchas otras glándulas. La pituitaria se divide en tres partes; lóbulo anterior, intermedio y posterior. El lóbulo anterior que es el que nos interesa aquí, segrega no menos de seis hormonas, tres de las cuales se llaman hormonas gonadotrópicas porque estimulan la actividad de las gónadas. Otra hormona que segrega la pituitaria anterior es la adrenocorticotrópica o adrenotrópica (ACTH), la cual estimula la corteza o glándulas suprarrenales. Se usa el sufijo TRÓPICA para indicar que una hormona tiene como su blanco otra glándula endocrina. La pituitaria anterior segrega estas hormonas trópicas tan importantes durante la pubertad, debido a la estimulación que recibe del hipotálamo. La secreción de hormonas que lleva a cabo la pituitaria anterior, da origen a lo que fisiológicamente se conoce como **pubertad**. Además de la estimulación de la corteza suprarrenal, la secreción de ACTH es la principal responsable de la

¹² McKinney, Jhon Paul y colaboradores, (1982), "Psicología del Desarrollo", México: Manual Moderno, pag. 35.

iniciación del crecimiento. A esto se debe que algunas veces al ACTH se le llame la hormona del crecimiento. Las hormonas gonadotrópicas que segrega la pituitaria anterior incluyen; a) La hormona estimulante del folículo (FSH), b) la hormona luteinizante (LH) en la mujeres o su correlativo en los varones, la hormona estimulante de las células intersticiales del testículo (ICSH) y c) la hormona luteotrópica (LTH). Una vez estimuladas por las hormonas gonadotrópicas, las glándulas sexuales o gónadas, empiezan a segregar sus propias hormonas. La hormona andrógena, o propia del sexo masculino es la responsable del desarrollo del pene, de la glándula prostática y de las vesículas seminales, al igual que del desarrollo de las características sexuales secundarias. Las hormonas gonadales femeninas más importantes son el grupo estrógeno, éstas hormonas son las responsables del desarrollo del útero, de la vagina, de las trompas de falopio, de los senos y de las características sexuales femeninas secundarias. Las estrógenas influyen en el ciclo menstrual y en una variedad de funciones, como por ejemplo, en las contracciones normales del útero y controlan el crecimiento del tejido del conducto de los senos. Los órganos sexuales masculinos crecen en desproporción al crecimiento general del cuerpo; es decir, el pene y el correspondiente conducto deferente, la glándula prostática y la uretra al igual que los testículos y el escroto, todos crecen notablemente durante la pubertad. Junto con el desarrollo del pene sobrevienen emisiones nocturnas, es decir, emisiones de semen, incluyendo células seminales espermáticas durante el sueño. Por medio de la masturbación o del coito las características sexuales primarias en la mujer, también ocurren como efecto de la producción de hormonas gonadales, es decir, el aparato reproductivo femenino que consiste de los dos ovarios, trompa de falopio, de la vagina y del útero, se desarrolla y aumenta de peso y tamaño a consecuencia de la estimulación gonadotrópica y aproximadamente a los 13 años se presenta la menarquía o primer ciclo menstrual, también estimulan el desarrollo de las características sexuales secundarias, que

incluyen el pelo púbico y axilar, senos, tejido adiposo en las caderas, la estructura ósea de las caderas tan típicas de las mujeres y una ampliación de los hombros.¹³

La madurez fisiológica determinará el conjunto de posibilidades de desarrollo y de las limitaciones del nivel logrado, siendo básico el medio social que proporcione éstas posibilidades, ya que ésta es fundamental para la integración social y para que exista un desenvolvimiento armónico de las capacidades intelectuales, físicas y afectivas del púber, así los estímulos adecuados por parte de la familia son necesarios para un desarrollo adecuado de la persona.

¹³ Mckinney, Jhon Paul y colaboradores, (1982), "Psicología del Desarrollo", México: Manual Moderno, pag. 36.

2.4.- DESARROLLO PSICOLÓGICO

El entorno dentro del que se mueve el adolescente está constituido por el medio ambiente interno y externo Aguilar (1991), el ambiente interno es en el que suceden eventos fisiológicos y cognitivos (ideaciones, sueños, fantasías, interpretaciones de la realidad, etc.), los cuales son los que forman parte de su desarrollo psicológico, que van a depender de sus condiciones externas. Estas interacciones suceden cuando el adolescente se imagina o fantasea sobre el futuro o sobre alguna persona, institución u objeto. Sus preocupaciones, sus deseos, sus aspiraciones, sus intereses, motivaciones o ideales por un lado, sus recuerdos y lo que significan para él; sus remembranzas del pasado, sus interpretaciones de la realidad o las explicaciones que se da ante lo que le sucede, son todos ejemplos del proceso de interacción con el medio ambiente.¹⁴

Es precisamente en el momento en que se dan estos cambios físicos y cognitivos cuando se notan más claramente los diferentes ritmos de maduración entre varones y mujeres, éstos cambios son importantes y decisivos porque son el criterio por el cual perciben al sujeto, y el sujeto se percibe así mismo.

Ante la necesidad de ser aceptadas, algunas adolescentes emplean rizadores, cosméticos, sostenes y adornos para la cabeza. Esta preocupación por el propio atractivo físico evidentemente no se restringe a la adolescencia, sin embargo, solamente es hasta entonces, cuando se empieza a dar importancia a esta cuestión, en este momento, también suele tener sus efectos psicológicos en su identidad, la cual le permitirá reconocerse como hombre o como mujer.¹⁵

¹⁴ Aguila, A., (1991), "El paradigma cibernético del estudio de las emociones". Investigación Psicológica, México: Trillas, pag 25.

¹⁵ Schnaker Ayechu, Hugo, (1992), "El comportamiento del consumidor", (2a. ed.) México: Trillas, pag. 11-12.

De acuerdo a lo anterior no es nada improbable que esta identidad de sí mismo, este influida por las condiciones ideológicas de los medios masivos de comunicación que a esta edad le difunden modelos o prototipos o ídolos que les impactan en la convivencia con sus padres al fomentarles un desarrollo temprano por el éxito y en donde sus compañeros les conceden mucho valor.

La adolescencia es vulnerable ya que constituye un período crítico del desarrollo humano. Esta vulnerabilidad se debe al precario equilibrio emocional característico de esta etapa. Durante la adolescencia el individuo es muy propenso a reaccionar emocionalmente ante los sucesos, tanto cotidianos como extraordinarios que le rodean. La primera reacción del adolescente ante todo y ante todos, es casi siempre una reacción emocional, de gran magnitud, que puede manifestarse abiertamente o no. Estas reacciones emocionales son las principales modeladoras de su personalidad, de su autoconcepto, de su imagen, en pocas palabras, de su identidad. De esta manera y dada la situación crítica por la que se atraviesa, el adolescente resulta de difícil manejo y dado los cambios biológicos y hormonales que se dan en esta etapa de la vida, los efectos de las emociones que experimenta influyen modelando su personalidad y carácter futuros.¹⁶

En nuestra sociedad mexicana, no se le permite al joven una satisfacción directa de sus impulsos sexuales y menos aún en su expresión temprana de una relación heterosexual en una sociedad que paradójicamente todo lo enfatiza desde la óptica del sexo. Ante estas circunstancias el joven expresa de diferentes formas dichas necesidades y las desplaza a través del desarrollo de actividades de común interés que puede compartir con sus compañeros. Estas debieran ser deportivas, culturales y educativas, sin embargo, no siempre resulta así y recurren a la asociación de pares en donde algunas de éstas pueden resultar nocivos y

¹⁶ Rivera de Tarrab, Beatriz, Paic, y colaboradores, (1994), "El adolescente de escuelas oficiales de México, sus intereses, necesidades y costumbres", México DIF, pag 35

perjudiciales para el joven, ya que dentro de estos grupos suelen presentarse conductas de pandillerismo y drogadicción que se pueden entender como intentos por satisfacer un estado de cosas o necesidades. Los amigos son agentes importantes con los que interactúa el adolescente en su entorno, y éstos despiertan como objetos de actitud, emociones positivas o negativas que reflejan la capacidad que los adolescentes tienen de extrapolar o transferir a sus relaciones sociales, aquellas sentidas en el seno familiar.

Es importante que el adolescente tenga una interacción constante con su medio social que le permita el reconocerlo y a la vez concientizarse de él mismo para ampliar las interacciones y formas de interacción con su entorno. Todo comportamiento del adolescente se refleja en su personalidad como un todo, expresando la unidad de lo cognitivo, afectivo y social en su personalidad. En la concepción del hombre o adolescente es importante concebir a lo psíquico como un proceso que se forma en su vida social, pues lo psíquico está condicionado históricamente por las diferentes relaciones que establecen los hombres de acuerdo con cada régimen social e histórico de las mismas.

Los grupos de pares dominan el mundo social del adolescente y constituyen un elemento importante en su vida. El término francés *groupe* (**grupo**) es reciente. Proviene del italiano *gruppo* o *gruppo*, término técnico de las bellas artes que designa a varios individuos, pintados o esculpidos, que componen un tema.¹⁷

Es decir, la reunión de individuos que tienen un sentido común y que bajo la óptica social éste puede tener un mismo fin, esto es lo que les da una cohesión y unidad importante. Cada tipo de grupo afecta la socialización de una manera diferente, el grupo de pares es importante en la influencia socializante durante la adolescencia, dado que muchos jovencitos se apartan de sus familias, en particular a principios de la adolescencia. El grupo de pares no sólo es una fuente

¹⁷ Hurlock, (1991), "Psicología de la adolescencia", México: Paidós, pag. 71.

de seguridad emocional, sino que también enseña las actitudes y la conducta socializada para relacionarse con los demás de su propio sexo y del opuesto, a tener en cuenta los sentimientos ajenos y a escuchar, a conocer, comprender y tolerar los diferentes puntos de vista de los demás. Tal vez lo mejor que se obtiene del grupo de pares es la empatía, es decir, desarrollar la capacidad para comprender a los otros y a sí mismo. También, brinda oportunidades para la participación al ofrecer al joven la ocasión de desarrollar la percepción social, que es esencial para la aceptación en general.

Un grupo de referencia significativo para los adolescentes es la familia, si ésta se manifiesta en contra de las conductas antisociales y de la adicción, el adolescente en su deseo de mantener una buena relación con ella evitará involucrarse en este tipo de comportamientos y las consecuencias de estos eventos provocarán en él emociones como la satisfacción, la alegría y el orgullo, lo que a su vez redundará en una mayor aceptación de él por parte de su familia, pero la costumbre de castigar al adolescente empleando los golpes, provocarán en él emociones como la rabia, el enojo, etc., y respuestas como la agresión, el rechazo y el desprecio entre otras, de ésta forma el adolescente buscará en las conductas antisociales y de adicción una manera de exaltar su baja autoestima; sin embargo, lo único que sucede es que al hacerlo dirige su agresión, posiblemente producida por circunstancias del entorno, hacia sí mismo, hacia su familia o hacia la sociedad. En cualquier caso, tanto la familia como la sociedad en general como agentes que son, rechazarán las conductas del joven, y las consecuencias de estos eventos provocarán en él emociones de venganza, culpa, etc.¹⁸

Las cuales al expresarse de múltiples formas buscarán la autoafirmación y el sentido social de la participación del adolescente, en donde la importancia del ambiente familiar es definitiva.

¹⁸ Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, (1994), "El adolescente de escuelas oficiales de México, sus intereses, necesidades y costumbres", México: DIF, pag. 45-46.

La tarea principal de la adolescencia es la estabilización de su identidad personal, algunos individuos logran esto asimilando los valores de su ambiente y comportándose de acuerdo con ellos. El que los adolescentes hombres y mujeres sean rebeldes o conformistas no es necesariamente una cuestión de "todo o nada", o de "sí o no", en realidad puede suceder que la conformidad y la rebeldía no sean otra cosa que dos lados de la misma moneda, a saber: la moneda de la afirmación de la identidad.

De esta manera depende de los adultos el ayudarles a desarrollar una imagen de sí mismos y una identidad positiva; tratándolos con amor y respeto, dándoles la oportunidad de demostrar su valor y de desarrollar sus habilidades, reconociendo todos sus esfuerzos y sus logros por pequeños que sean, permitiéndoles ser lo que ellos quieren ser y evitando la crítica destructiva; estimulándolos afectivamente para que sientan una sensación de confianza y de seguridad emocional. El contacto con otros seres humanos, las caricias, la estima y la consistencia en las relaciones familiares, son indispensables para lograr esa identidad positiva. Cuando las experiencias cotidianas de los jóvenes son el amor y el respeto, ellos aprenderán rápidamente a amarse y respetarse con reciprocidad. Otros encuentran una identidad personal negativa rechazando el ambiente en que viven y emprendiendo lo que les parece ser un camino independiente.

Todos los individuos a lo largo de la vida construyen su propia identidad, así la respuesta que cada individuo encuentra a la pregunta existencial básica: "¿Quién soy yo?", pregunta que tiene varias alternativas de respuesta: Sí a Juanito desde muy pequeño le han dicho que es un "inútil", "un tarado", o "un bueno para nada" lo más probable es que interiorice estas críticas y la hostilidad que las genera, y que desarrolle gradualmente una mala imagen de sí mismo, es decir, una "identidad negativa". La mayoría de los delincuentes al ser interrogados acerca de cómo eran sus relaciones familiares, invariablemente responden: "Sólo me hacían

caso para decirme que era un imbécil...un bueno para nada... o para golpearme". También puede darse el caso de que los niños crezcan rodeados de una fatal indiferencia, y entonces, simplemente no sabrán quienes son. Para los adolescentes, el medio familiar constituye el escenario escogido en el que tienen ocasión de repetir todos los roles antes de su gran entrada a la vida de los adultos, tales papeles no son ni estáticos ni rígidos. En ciertos casos pueden proporcionar al adolescente un mejor sentido de su identidad, de su importancia y de sus propios objetivos a condición de que no se vea alienado por conflictos que no son los suyos.¹⁹

Un aspecto trascendental de la socialización del adolescente tiene lugar en su familia (grupo primario), con las personas que convive maestros, amigos, parientes, etc. (grupos secundarios), quienes lo exhortan, evalúan, premian o castigan, o con las personas más importantes que intervienen en su vida que dirigen parcialmente su conducta. Para funcionar efectivamente en sociedad, el adolescente ha de adquirir ciertas motivaciones, actitudes y habilidades del trato con los demás. Las expectativas recíprocas de los roles basados en la clase social, determinan el comportamiento de cada uno de los miembros de la familia entre sí. Los niños y los adolescentes aprenden en diversas situaciones familiares a cumplir con lo que los demás esperan de ellos y comparten obligaciones de roles.

¹⁹ Gadea de Nicolas, Luis, (1992). "Escuela para padres", México: ICED, pag. 33

2.5. DESARROLLO SOCIAL

En esta área el papel de la familia en la vida del adolescente tiene gran importancia en su socialización, ya que permitirá un desarrollo maduro o inmaduro del mismo, el mundo extrafamiliar también cobra particular interés sobre todo los grupos de amigos que van a contribuir en el sentido de pertenencia grupal.

Los aspectos más relevantes del desarrollo psicosocial son: los cambios en la imagen corporal; los cambios inherentes al ingreso a un nuevo sistema social de educación media básica; el ingreso a una subcultura propia del entorno social en que se desenvuelven; el establecimiento de relaciones interpersonales maduras extrafamiliares con ambos sexos; la definición del rol social (masculino o femenino). Siendo afectadas las principales áreas de su vida, las cuales son: 1) Familiar; padres y hermanos, 2) Social; amigos y compañeros de escuela, 3) Apariencia física; autoimagen, 4) Inquietudes sexuales.²⁰

En la presentación de estos factores se pueden manifestar una marcada dependencia hacia un ambiente particular que les pueda afectar a los adolescentes ya sea de una manera positiva o negativa, por lo tanto, es muy importante contar con un apoyo familiar en esta etapa de la vida, por que los efectos de las acciones y de las decisiones que se realicen pueden repercutir significativamente para toda su vida.

La influencia de la familia en la vida del adolescente facilitará el ajuste social y emocional cuando ésta, mejor se encuentre de una manera cohesiva, expresiva y organizada y fomenten la independencia de sus miembros, de tal forma que cuando esto no se dé, es decir, que en la familia existan muchos conflictos como

²⁰ González Forteza, Catalina F. y colaboradores, (1993), "Fuentes de conflicto, recursos de apoyo y estado emocional en adolescentes" Revista Salud Mental, Vol. 16 No. 3 Septiembre 1993, México: Instituto Mexicano de Psiquiatría, pag. 17.

son: desorganización y problemas de comunicación, contribuirán a provocar desajustes al joven.

Una comunicación eficaz en la familia es un elemento importante para su bienestar y la relación afectiva contribuiría al bien ser y así es más probable que los adolescentes experimenten afecto y aceptación en sus familias y se vean menos influenciados para involucrarse en las conductas adictivas.

La comunidad debe contribuir a crear los espacios y las áreas que faciliten al adolescente la expresión de sus capacidades físicas, intelectuales y afectivas para de esta manera complementar la participación familiar.

Considerando que los aspectos mencionados son de relevante importancia para el desarrollo integral del adolescente, es necesario brindar las condiciones adecuadas ya sea en el ámbito familiar y social, ya que al carecer de alguna de ellas éste, es más vulnerable a que le afecten los diferentes problemas a los que esta expuesto, como son; adicciones, violencia, depresión, etc. por nombrar algunas las que posteriormente se desarrollaran de una manera más amplia.

2.6. PROBLEMAS DE LOS ADOLESCENTES

En contraste con el joven de muchas otras culturas primitivas, al adolescente actual se le pide que, en los años comprendidos entre la pubertad y la edad adulta pase de un estado de dependencia a uno de mayor independencia familiar y social, pero sin prepararlo y apoyarlo adecuadamente. Se le pide al adolescente que logre una autosuficiencia mayor, después de haberle inculcado reglas rígidas y reforzadas durante un prolongado periodo. A consecuencia de las vigorosas demandas que le hace la sociedad para que sea independiente. Así pues, éste tiene que enfrentarse a los problemas de la transición desde la dependencia infantil hasta la independencia adulta, que en un determinado momento hará que se sienta inseguro y confuso en lo que respecta al problema de alcanzar ésta independencia. Tal vez desee ser libre, pero puede desear con igual magnitud la seguridad y la falta de responsabilidad ligadas a la continua dependencia. De tal forma, podrá sentir un conflicto personal a causa de las necesidades de independencia. Ante esto ya no se sorprende uno de encontrar que el camino que recorre el adolescente para llegar a la madurez resulte a menudo por demás difícil tanto para el adolescente como para sus padres.²¹

Cuando las condiciones para lograr dicha independencia, no logran presentarse, y el joven no logra superar este conjunto de presiones, suelen presentarse más frecuentemente una amplia variedad de problemáticas, como las siguientes.

DEPRESIÓN

Es un estado psíquico caracterizado por la inaccesibilidad del individuo a la estimulación general o alguna en particular y por tener baja iniciativa, desánimo y pensamientos negativos de autodesprecio. La depresión se refiere a un cambio

²¹ Mussen P. Henry y colaboradores, (1978). "Desarrollo de la personalidad en el niño", México: pag. 50.

en el estado de ánimo que tiende hacia la tristeza, la desdicha y la desesperación.²²

Evidentemente que la depresión no es algo exclusivo de los adolescentes, sin embargo, es precisamente durante ésta, cuando este fenómeno toma sus formas características.

Durante los últimos años parecería que la depresión en los adolescentes es más común de lo que se creía anteriormente. La depresión es en realidad, una agresión dirigida hacia sí mismo, en donde la base de la depresión son ciertos sentimientos de culpa. Otros dicen, que la depresión es la reacción a una pérdida actual o una pérdida que se prevé. Las personas por dolo que se sienten culpables por haber cometido alguna transgresión real o imaginaria fácilmente tienen miedo de perder la estima de los demás o de sí mismos. La imagen de uno mismo como malo, puede luego conducir a acciones que tienden a corroborar esa imagen, lo cual a su vez conduce a mayor culpabilidad y a una mayor depresión. La reacción que los adolescentes tienen a la depresión se suele traducir en hostilidad, especialmente hacia los padres, a quienes consideran como parcialmente responsables. Los sentimientos de culpabilidad tienden a aumentar en estas circunstancias. El número de suicidios ha aumentado en forma alarmante, data durante los últimos años. Se ha duplicado en el grupo de 15 a 19 años, sin embargo, además del peligro siempre inminente de suicidio en los adolescentes gravemente deprimidos, la depresión tiene también otras consecuencias aunque sean menos extremas. Estas incluyen la incapacidad para concentrarse, la incapacidad para beneficiarse de la interacción social que en otras circunstancias sería muy benéfica, además de reflejarse en un rendimiento escolar bastante mediocre.²³

²² W., Kisker, George, (1984) "La Personalidad Desorganizada", México: Trillas, pag. 159.

²³ McKinney, Jhon Paul y colaboradores, (1982), "Psicología del Desarrollo", México: Manual Moderno, pag. 209.

Las manifestaciones clínicas de la depresión varían según la edad de los diversos grupos. Algunas reacciones comunes a los adolescentes tempranos conocidas como equivalentes depresivos pueden ser: aburrimiento e intranquilidad, fatiga y malestar corporal, dificultad para concentrarse, comportamiento afectado y acercamiento indebido a gente o alejamiento indebido de ella, y cada uno de estos equivalentes, especialmente en forma exagerada, suele ser sintomático de una depresión latente. La sintomatología de la depresión durante la adolescencia tardía, es semejante a la de la depresión de la adultez: insomnio, tendencia al suicidio, tristeza, inquietud, incapacidad para concentrarse, etc. Una de las interpretaciones psicoanalíticas de la depresión de la adolescencia, implica la aflicción de duelo que suele darse en el momento de la separación de los padres, cuando el joven logra su independencia.

DELINCUENCIA JUVENIL

El delinquir es el que altera un orden social que afecta a terceros y algunas causas de la delincuencia son: desavenencias entre los padres, la ausencia prolongada de alguno de los dos, inconsistencia en la disciplina dentro del hogar, rechazo parental, falta de identificación masculina en los jóvenes y la baja situación socioeconómica de la familia. Se sostiene que la principal causa de la delincuencia son las pandillas. La delincuencia está notablemente relacionada con el tipo de empleo del padre y con la participación del individuo en la actividad de los compañeros. Cada uno de estos factores predice en un grado bastante elevado la probabilidad de que un joven caiga en la delincuencia.²⁴

Weiner (1970) distingue entre delincuencia por adaptación y delincuencia por inadaptación. Califica como delincuencia por adaptación a la conducta ilícita orientada hacia alguna meta y que se va aprendiendo por medio de la

²⁴ McKinney, John Paul y colaboradores, (1982). "Psicología del Desarrollo", México: Manual Moderno, pag. 212

experiencia. Por el contrario, la delincuencia por inadaptación se refiere a los comportamientos más rígidos, que resultan de la frustración y que no cambian fácilmente con el castigo. El delincuente por adaptación suele estar motivado por una necesidad de aceptación en el grupo de compañeros, por un deseo muy intenso de objetos materiales que se pueden robar fácilmente. Por el contrario, la delincuencia agresiva no socializada que se clasifica como por inadaptación, se caracteriza por la brutalidad y la irracionalidad.²⁵

Es muy importante aprender a ver la delincuencia juvenil no como un comportamiento inexplicable de jóvenes incorregibles, sino más bien, como un comportamiento social aprendido y motivado para la satisfacción de sus intereses y necesidades. Si aceptamos la premisa de que las conductas de inadaptación se aprenden como se aprenden las conductas apropiadas, entonces podremos entender como o porqué han adquirido los jóvenes respuestas inadaptadas y así resultaría probablemente factible el enseñarles respuestas nuevas y más apropiadas. Además, si se logra conocer y comprender el sistema motivacional que mantiene la conducta del delincuente, se haría más fáciles proporcionar una ayuda apropiada.

VIOLENCIA

Es frecuente que en la problemática de la delincuencia juvenil, un gran número de adolescentes participan en actos de violencia entendiendo ésta como la agresión específicamente humana, no en la determinación innata de la conducta agresiva de sobrevivencia animal, sino en la esencia sociocultural, política y económica del ser humano, donde el objetivo de la misma es dirigida al mantenimiento del control y del poder sobre el miembro más difícil del grupo en cualquiera de los aspectos mencionados y en las formas más diversas.²⁶

²⁵ Weiner, I. B., (1970). "Psychological disturbances in Adolescence", Nueva York: Wiley, pag. 80

²⁶ Fromm, E., (1979). "Anatomía de la destructividad humana", México: Siglo XXI, pag. 193

La violencia adquiere rehenes dramáticos en las bandas de adolescentes, hablando ya más específicamente de Ciudad Nezahualcóyotl, en donde el bajo nivel económico y la falta de empleo los orilla a cometer actos vandálicos.

Teniendo en cuenta esta definición de violencia, se puede entender la problemática del adolescente adictivo, en donde éste al tratar de encontrar las oportunidades para su desarrollo se topa con una serie de obstáculos, exigencias y requisitos, legales, educativos y culturales, entre otros, que los orilla a reaccionar de una manera violenta ante la impotencia de no cubrir los requisitos que se le plantean.

La mayoría de los casos de violencia es algo que se aprende, como se aprende la conducta no violenta: a saber, por medio del reforzamiento y de la modelación. La agresión de los niños es un aprendizaje social, el que los jóvenes se vean implicados en actos violentos, es porque procuran establecer su identidad por medio de su conducta y no por medio de sus posesiones. No pudiendo cambiar las estructuras sociales legales que necesitan para defenderse en contra de la explotación, pareciera como que no les queda otro recurso que apelar a la protesta para expresar sus frustraciones. Además, algunos adolescentes encuentran muy difícil adaptarse a una cultura adulta que está pasando por un cambio social muy acelerado.

Al buscar las raíces de la violencia entre los jóvenes, es muy importante no perder de vista que todas las culturas han legitimado ciertas formas de violencia e inclusive se han convertido en una institución. El ejemplo más obvio de esto es la guerra. Ejemplos menos evidentes incluyen ciertos deportes de contacto corporal, tales como boxeo, la lucha libre y hasta cierto punto el fútbol. La violencia sancionada como institución legítima incluye también el castigo físico que se propina a los niños por su mala conducta. Cuando dicho castigo es extremo, ciertamente se considera como un abuso y se castiga con la ley, pero las formas

menos extremas las han usado siempre los padres y las autoridades escolares con toda impunidad y en algunos casos, inclusive se promueven y se aconsejan estas prácticas. Además, muchos padres creen que están plenamente justificados en el uso que hacen de la fuerza física para corregir la conducta de sus hijos

LOS PRÓFUGOS DEL HOGAR

Algunos jóvenes se rebelan violentamente en contra de las instituciones que consideran restrictivas, punitivas o discriminatorias, mientras que otros huyen y se alejan de tales instituciones. Una institución vital de la que algunos jóvenes desertan es la familia. Al hablar de prófugos del hogar entendemos aquellas personas menores de 18 años que abandonan el hogar sin el debido permiso y permanecen fuera durante una noche o durante más tiempo. Una edad promedio de los prófugos es de 15 años, las razones que se han dado para huir de la casa son las siguientes: hogares deshechos, extrema pobreza, crueldad y abuso, fracasos en la escuela, separación de los padres, desertión de los hijos y alcoholismo dentro del hogar. Se advierte una tendencia muy marcada en los jóvenes, especialmente entre las mujeres, a abandonar el hogar con mayor frecuencia en los días viernes y sábados que en cualquier otro día, esto junto con las horas del día en las que las chicas suelen abandonar el hogar (entre las 6 de la tarde y la media noche), parece indicar que más bien eran las citas la que se tomaban como pretexto para abandonar la casa. El abandonar y el fugarse de la casa son dos modos distintos de hacer frente a las tensiones de la situación escolar, aún cuando la mayoría de los prófugos vuelven a casa en el transcurso de una semana, algunos se ausentan indefinidamente, más aún, en algunos casos los padres se niegan a recibirlos de nuevo. Muchos de los prófugos se acogen a la casa de los amigos y de parientes durante algún tiempo, en busca de comida y de algún tipo de hospedaje. Sin embargo, esto tiene ciertas desventajas por sí mismo, ya que estos amigos y parientes suelen simpatizar con los padres y

les avisan de la presencia de los jóvenes en su casa. En todo caso, esta solución es solamente pasajera, en la inmensa mayoría de los casos, los desertores suelen parar en aquellas partes de las grandes ciudades en las que con mayor probabilidad pueden encontrar abrigo y alimento, por desgracia el precio que el joven tiene que pagar por su decisión con frecuencia es muy elevado, los desertores descubren que no pueden hacer frente a sus dificultades económicas y debido a esto se convierten en fácil presa de los narcotraficantes y de personas implicadas en una gran variedad de otras actividades ilegales. Para ejemplificar este problema, a continuación se mencionara un testimonio ²⁷

Este tipo de experiencias suelen presentarse frecuentemente en la familia cuando se dan las crisis de pertenencia e identidad en el adolescente y que no encuentran el espacio de aceptación de las diferentes expectativas e inquietudes que tiene el adolescente en su afán de independizarse frente a las actitudes de atención y cuidado por parte de los padres de familia

DEPENDENCIAS DE SUSTANCIAS

Tomando en cuenta los criterios que especifica el DSM-IV para la dependencia de sustancias y las características de ésta, menciona que la característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continua consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos o relacionados con ella

La dependencia se define como un grupo de tres o más síntomas mencionados a continuación, que aparecen en un mismo periodo de doce meses.

²⁷ Mckinney, Jhon Paul y colaboradores, (1982) "Psicología del Desarrollo", México Manual Moderno, pag 221-222

1. Tolerancia - Es la necesidad de recurrir a cantidades crecientes de la sustancia para alcanzar la intoxicación (o el efecto deseado).
- 2.- Abstinencia - Deseo persistente de consumir la sustancia
- 3.- El tiempo que le dedique para obtener la sustancia
- 4.- Todas las actividades del individuo giran entorno de la sustancia
- 5.- El sujeto abandona las actividades laborales para consumir la sustancia
- 6.- La imposibilidad de abstenerse del consumo de la sustancia ²⁹

Es un fenómeno bien conocido que tanto los adultos como los jóvenes ingieren, fuman, inhalan y abusan de otras muchas maneras, de ciertas sustancias químicas. Cuando se habla de drogas lo que ordinariamente se entiende es el uso de drogas callejeras y no del uso terapéutico de las mismas que prescriben los médicos.

También al revisar la definición de la O M S (1981) se encontró que el concepto de farmacodependencia pretende resaltar que se trata de un sujeto con una dependencia a uno o varios fármacos, es decir, estamos considerando a un individuo que ha tenido contacto con y un consumo permanente con varias sustancias químicas ajenas al organismo y que ha recurrido a estas como una forma de aprender a interactuar con esta realidad multifactorial, en donde un porcentaje importante de estos consumidores son jóvenes ²⁹

El consumo de drogas tiene una repercusión social negativa, ya que su uso conlleva a los jóvenes a comportarse en forma contraria a cualquier reglamento o ley que se les imponga, las conductas que exhiben la mayoría de ellos van desde el más simple robo, hasta causar la muerte de sus semejantes, con el fin de

²⁹ Asociación Psiquiátrica Americana, (1996). "Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales" DSM-IV. Barcelona Masson, pag 181,182,186-190

²⁹ Organización Mundial de la Salud, (1981). "Estrategia Mundial de Salud para todos en el año 2000", Ginebra OMS, pag 25

obtener medios económicos o satisfactores personales que les permitan obtener el placer deseado

El uso de drogas no es una única entidad psicológica, sino el resultado de muchas circunstancias distintas, y en la adolescencia mexicana se han encontrado que la frustración, incomunicación y confusión, son algunos factores que conducen al consumo de drogas

Así las adicciones es el resultado de la disfunción de las relaciones familiares, fenómeno que se expresa con particular gravedad en estratos sociales marginales de las ciudades, aunque se ha observado también, de otros estratos sociales aparentemente integradas que ante las carencias afectivas del niño y el adolescente de familias desorganizadas, que sufren de privaciones psicológicas, físicas y sociales procuran el agrupamiento con sus pares o compañeros de semejante edad y condición psico-social formando pandillas y bandas juveniles, en este contexto, es probable que la ingestión de sustancias represente la satisfacción de una carencia afectiva, es decir, una buena relación afectiva entre padres e hijos disminuirá el riesgo de uso de drogas y que el tiempo efectivo que los padres pasan con los jóvenes prevendrían el uso de drogas y mejoraría la solución a las dificultades académicas como la reprobación y deserción

Al analizar las problemáticas anteriores de depresión, delincuencia juvenil, violencia, prófugos del hogar y dependencias de sustancias como las más frecuentes en la adolescencia, es importante resaltar el papel que tiene la familia en el desencadenamiento o prevención de éstas, las cuales en el caso de los jóvenes adictos se agudizan, puesto que es precisamente la dinámica familiar y el ambiente social en donde es crónica la desintegración y las carencias.

Por otro lado, Tordjman (1981) dice que la importancia de la familia para resolver la crisis de la adolescencia se basa en tres factores:

- 1) Inevitablemente, los adolescentes se enfrentan a situaciones familiares que engendran conflictos que el amor y la aceptación no siempre es capaz de resolver.

- 2) El desarrollo de la personalidad no se efectúa de manera lineal se asiste a fluctuaciones continuas de sentimientos y a comportamientos contradictorios, se adora y se odia a los padres, se desea imitarlos y se les rechaza, se reclama su ayuda y al mismo tiempo se les rehusa. Se aspira el diálogo y se responde con el silencio.
 Se critica ferozmente el infantilismo y se teme llegar a adulto. Ante todo es en el medio familiar donde el adolescente intentará conjuntar tales contradicciones. En ese caso, tendrá mucha más necesidad de presencia y simpatía que de consejos, explicaciones y racionalizaciones.

- 3) El conflicto generacional se explica también por el hecho de que el padre más liberal, en apariencia, no se sustrae al deseo de alinear a su hijo. Está comprobado que los jóvenes tienen una necesidad fundamental de independencia y autonomía. De aquí que lleguen a odiar a los padres en quienes encuentran una firme voluntad de poder dominarlos, de alinearlos. La intervención permanente de los padres es vivida como un signo de hostilidad y de rechazo y desemboca en inevitable conflicto. El adolescente establece una estrecha correlación entre las conductas parentelas de amor hacia la familia y entre conductas que le permiten buscar su autonomía.³⁰

Para el adolescente cada conflicto tiende a reforzar el sentimiento de su identidad, para los padres, cada crisis representa una explosión de pulsaciones e inquietudes mal controladas, las cuales temen que les resulten peligrosas, para los mismos jóvenes. Por lo tanto, resulta necesario el analizar el estudio de la

³⁰ Tordjman Gilbert Dr. (1981), "Realidades y problemas de la vida sexual", Mexico: Argos Vergara, pag. 100

familia de una manera más amplia en todos sus niveles de comunicación o independencia y madurez de los jóvenes desde la misma.

CAPITULO 3 FAMILIA

3.1 DEFINICIÓN

El hombre desde su origen ha sido estudiado desde diferentes puntos de vista y todos han estado de acuerdo, que el hombre por si solo, no lograría sobrevivir, necesitando siempre de la ayuda de los demás, se sabe a través de la historia que se ha agrupado en clanes, tribus, etc , hasta llegar a nuestra era, formando sociedades y siempre creando leyes que rigen su conducta. Así como el hombre se ha estudiado a si mismo, también ha estudiado a la familia y a la vez a la sociedad. Algunos estudiosos han sugerido que con el fin de reformar la sociedad, la familia debe reformarse para integrar, desarrollar y fortalecer a dicha sociedad.

La familia como Institución es importante porque tiene como responsabilidades básicas: la organización social, la atención, el afecto, la reproducción y otorgamiento de un estado de bienestar para todos sus miembros. Estas funciones se describen en relación de los papeles que deben considerar los miembros de la familia, es decir, esta será tan sólida como los lazos sociales que la conservan como unidad. En su concepto sociológico se refiere a las normas, es decir, al modo en que interactúa cada miembro de la familia, y los cuales van a tener un impacto definitivo en las pautas de socialización que tenga el joven o un individuo en general. Uno de los factores importantes que la mantienen o propicia, es el desarrollo adecuado emocional de los hijos, así como su equilibrio personal y su integración al ambiente psicosocial en el que se encuentra.³¹

Por lo ya mencionado, retomamos la importancia de que es necesario el mantener íntegra a la familia, ya que cada uno de los miembros juega un papel primordial

³¹ González González, Eugenio, (1982), "Bandas Juveniles", Barcelona Herder, pag 47

dentro de ésta y cuando falla alguno en el desarrollo y cumplimiento de sus roles entonces surge un descontrol que afecta a todos los integrantes y esto se reflejará en la pobre capacidad de socialización del joven en la comunidad.

Ralph Linton (1992) dice que la familia conyugal es un grupo íntimo y fuertemente organizado, compuesto por los cónyuges y sus descendientes, es una unidad biológica con pautas de comportamiento íntimamente relacionadas con características psíquicas de los individuos que la conforman y se ajusta a lo que consideramos que reúne las condiciones óptimas para el desarrollo de la personalidad adecuada de los jóvenes.³²

Sin embargo, el reconocer que dicha unidad familiar es importante, no significa que ésta siempre haya existido como tal, esta integración es cambiante así como lo es también el adolescente, entonces el tener presente esto, nos permite entender que el cambiar recíprocamente tanto a la familia, como al adolescente facilitará la integración y el funcionamiento de todos sus integrantes.

A lo largo de la historia, la familia ha sufrido variaciones en su composición (matrilineal, patriarcal), sin embargo, sigue siendo la base de la sociedad y continúa cumpliendo con sus funciones en los ámbitos social, afectivo y económico. La familia opera como el mejor instrumento de transmisión de las tradiciones y las convenciones a imprimir en sus hijos, de ahí que ésta sea el principal medio para la socialización del individuo de una manera permanente. La familia consigue ser el medio de transmisión cultural, en la medida en que va dando al recién nacido una conciencia de su grupo y de su familia, pues estas cultivan valores como la lealtad, cortesía, honestidad, autocontrol y consideración propios, en este sentido, diferentes a los demás grupos y a las demás familias, es la primera escuela de los hijos, educa, lo pretenda o no, en todo tiempo y lugar, porque la familia en todo momento está ofreciendo pautas culturales y normas de

³² Linton, Ralph, (1992), "Cultura y Personalidad", México: Fondo de Cultura Económica, pag 25

conducta sociales para sus hijos. El tomar en cuenta la opinión de los jóvenes en las decisiones familiares, ayuda a que éstos gusten de divertirse y adquieran la costumbre de convivir con la familia y facilitar así el proceso de socialización al identificar y aceptar un conjunto de valores y en este sentido, el aceptar la forma de pensar de los padres.

Por lo tanto la familia como Institución, se refiere al aprendizaje de las normas, las cuales tienen un impacto definitivo en las pautas de socialización que tenga el joven, o el individuo en general, y como unidad le va a proporcionar al joven una seguridad, un cariño, una aceptación y aquellos valores que les permitan ser una mejor persona. Estos elementos nos permitirán el profundizar en el conocimiento de la familia mexicana de una manera más amplia, en el siguiente apartado.

3.2. LA FAMILIA EN MÉXICO

México es un país en proceso de cambio, su desarrollo plantea una serie de retos, sobre todo a partir del enorme crecimiento de su población. La historia de la familia mexicana registra en su manifestación predominante, la formación típica de una cultura propia de las familias mestizas, esta conformación mixta aparece por un lado, debido a la imposición política, cultural, religiosa y sexual de los españoles y criollos sobre los indígenas; y por el otro, a la persistencia de una cultura indígena, sobreviviente de manera un tanto sumergida dentro del sentir de las nuevas familias mestizas. Dicha dualidad, propia de la familia mexicana en general, refleja un modo de ser ambivalente, al parecer esencial para la misma sociedad. Significa que se reconocen de manera simbólica, valores y normas de tipo tradicional, católico-occidental; pero, informalmente se esconden sensibilidades, actitudes y conductas, propias de las diversas culturas indígenas y autóctonas; cuando no, aparecidas como una contracultura familiar reprimida. Al presentarse un nuevo proceso continuado de mediaciones aparecidas durante el siglo pasado -y llegadas hasta el presente- la vida familiar mexicana fue mistificándose más con nuevas influencias externas venidas ahora de una cultura moderna proveniente de los países altamente industrializados, especialmente de la cultura anglosajona. Este proceso ha repercutido en la conformación de las estructuras psicológicas y culturales en las nuevas familias. Vivimos actualmente la alarma de una crisis familiar que no puede negarse que quisiera protegerse adoptando una ideología conservadora basada en fundamentalismos rígidos y en concepciones moralizantes o voluntaristas.³³

³³ Leñero Otero Luis, (1994), "Las familias en la ciudad de México", Investigación Social sobre la variedad de las familias, sus cambios y perspectivas. México: Instituto Mexicano de Estudios Sociales A.C., pag. 19.

En lo anterior se observa actualmente una mezcla de rasgos y características físicas y culturales en la familia mexicana, lo cual se va a reflejar en una amplia variedad de normas, valores y formas de educación de los jóvenes

Por eso mismo, son factores importantes en la formación de un individuo las primeras enseñanzas, que son múltiples fuentes de respuesta de índole psicosocial que van a manifestar constantemente en su vida.

La fundación de la familia depende tanto de las capacidades innatas y rasgos físicos transmitidos biológicamente como de los elementos del ambiente psicosocial, creando dentro de ella una interdependencia mutua para la satisfacción de las necesidades afectivas y la provisión de las necesidades materiales, y finalmente la sociedad se permite modelar la estructura de la organización familiar para lograr mayor utilidad, adaptándose tanto a las influencias externas como a las internas. Entendiéndose por adaptación interna al ajuste interior, a una amplia gama de factores que afectan las relaciones de cada uno de los miembros.³⁴

La organización de la familia tiene características variables según la cultura en la que se desarrolle. Existen varios tipos de familia, pero tomaremos en cuenta la siguiente clasificación de los tres tipos especiales de familias en México:

- 1) La familia nuclear o triangular**, familia que esta constituida de padre, madre e hijos durante una buena parte del desarrollo de estos últimos. Se supone que en este tipo de familia los roles deben estar distribuidos adecuadamente, lo que da al niño la posibilidad de buenas identificaciones, un buen desarrollo psicosexual y un funcionamiento adecuado, tanto en selección de pareja como en su desempeño como padre o madre.

³⁴ M. Souza y Machorro, (1988), "Educación en Salud Mental para maestros", México: Manual Moderno, pag. 147.

- 2) **La familia seminuclear**, familia constituida por la madre y los hijos, debido al divorcio o abandono del padre. En este caso, los hijos se enfrentan a una verdadera problemática de identificación por falta de uno de los integrantes de la pareja, no existe la presencia que haga que los hijos constaten la significatividad y realidad del rol del padre.
- 3) **La familia extendida** formada por los familiares del padre, y de la madre, tales como los progenitores de ambos, los hermanos y otros familiares cercanos, este tipo de familia es muy frecuente en México.³⁵

En la situación actual, las familias parecen presentar una serie de crisis normativas del comportamiento conyugal, misma que afecta una gran parte de la población y entre ellas se encuentra Ciudad Nezahualcóyotl, en donde el nivel económico es precario e insuficiente trayendo como consecuencias una serie de carencias que se reflejarán en sus formas de organización como una falta de comunicación, incapacidad para afrontar adecuadamente sus problemas emocionales, dificultades en la orientación de los hijos y la formación de los adolescentes para que éstos puedan autorrealizarse de una manera plena y afrontar los conflictos en las formas de organización familiar nuclear y extensa.

³⁵ Lefero Otero Luis, (1994), "La investigación de la familia en México", México: Instituto Mexicano de Estudios Sociales, pag. 36-48.

3.3. PROCESO DE LA FAMILIA

En una sociedad industrializada, la mayor parte de las funciones educativas, religiosas, políticas y económicas, es responsabilidad de instituciones distintas a la familia, sin embargo, ésta mantiene su importancia primordial, porque sus funciones principales es la de procreación y socialización de los hijos, son indispensables para la supervivencia de cualquier sociedad. Además la familia desempeña las funciones de regular el comportamiento sexual, determinar la clase social y proporcionar apoyo moral y afectivo.

El aprendizaje por observación se denomina imitación y es uno de los modos más importantes en que el niño aprende a participar en la sociedad. A partir de esos modelos, el niño desarrolla no solo sus patrones de comportamiento, sino también sus actitudes y valores. Así, la intimidad y cuidado mutuos que por lo común caracterizan a la familia, fomentan la socialización de los niños, porque estos aprenden a agradar a sus padres. La asignación a una clase social, es un elemento importante de la función familiar, es un producto socio-histórico, ya que a través de la socialización se preparan las personas para que actúen de acuerdo a la clase a la que pertenecen sus padres con sus valores y comportamientos, debido al nivel económico, educativo y cultura, en que viven, también, empieza la interacción social con los de su clase y desarrollan formas de vidas peculiares. El apoyo moral a los miembros de la familia es otra de las principales funciones de ésta, no hay que restarle importancia al afecto, porque los humanos somos seres sociales, ciframos nuestro bienestar en el apoyo y aprobación que los otros nos dan. Los niños que no han tenido ni amor ni afecto, no logran desarrollar una personalidad saludable, e incluso no llegan a estar socializados del todo porque el modelado e imitación y otros procesos dependen en parte del desarrollo en relaciones estrechas y confiadas entre padres e hijos. Aunque algunos adultos pueden pensar que la participación en otro grupo primario es un sustituto

adecuado de la vida familiar, la mayoría está de acuerdo en que el apoyo moral y el afecto que suministra la familia son muy difíciles de sustituir, sin embargo, esta posibilidad de grupo primario no se puede descartar. La familia promueve un tipo de actitud que tiene como principal función ser la fuente u origen del modelo de identificación y/o interiorización de las normas de ejecución asociadas al rol o papel sexual, masculino o femenino, del que parte el joven en su búsqueda de identidad. También se conceptualiza como una meta instrumental satisfactoria de necesidades, que ayuda al adolescente a obtener o alcanzar objetivos o metas ulteriores, como pueden ser el terminar sus estudios y tener una profesión u ocupación que le permita establecer a su vez, cuando así lo decida, una nueva familia. La aceptación que sienten los adolescentes por parte de su familia en aspectos tan importantes, como su forma de pensar y de actuar, sus gustos, diversiones y amigos, le facilitarían su necesidad de reconocimiento que como seres humanos se tiene en general, y en particular en el caso de los jóvenes. Esta aceptación es indispensable para favorecer su desarrollo personal, su autoestima y valoración propia. La solidaridad familiar percibida por los jóvenes favorece el desarrollo de costumbres que propician la responsabilidad que conlleva el pertenecer a una familia.

El papel de la familia en la vida del adolescente es importante durante toda su vida, ya que su ajuste social y emocional es mejor cuando éstas son cohesivas, expresivas y organizadas y fomentan la independencia de sus miembros. De manera inversa tienden a desajustarse cuando perciben que en su familia existen muchos conflictos y demasiado control. Además, una comunicación eficaz en la familia es un determinante crucial para su bienestar. De la misma manera, es menos probable que los adolescente que experimentan afecto y cercanía en sus familias sean influenciados por su grupo de amistades y se involucren en

problemas de conducta. También en México, se han observado empíricamente pruebas del impacto de la familia en el desarrollo psicosocial del individuo.³⁶

La satisfacción de esta necesidad de comunicación fortalece las expectativas de sus miembros en lo que se refiere a la motivación para superarse en común como grupo e individualmente favoreciendo también, las costumbres de apoyar a sus miembros cuando alguno así lo requiere y motivarse para alcanzar las metas que se hayan propuesto. La familia influye de manera determinante en la forma en que el joven se valora a sí mismo, de qué tanto se gusta, de qué tan bien se siente consigo mismo, y qué tan seguro se siente de su capacidad personal, fomenta que los jóvenes que trabajan, logren su independencia económica. Uno de los objetivos que se deben alcanzar por medio del trabajo, es el que se refiere al logro de su autonomía, favoreciendo actitudes de responsabilidad social. Principalmente cuando la familia acepta al adolescente, es más probable que si éste trabaja se considere un buen trabajador, que sepa hacer algo que le permita desarrollar alguna actividad y crea que el trabajo es un medio de superación y de alcanzar su independencia. Otro aspecto importante, en la relación que sostienen los adolescentes con su familia, es el vinculado con su propio desarrollo sexual, de manera que entre más positiva sea esta relación, es más probable que exista el clima de confianza y respeto que requiere la adecuada educación sexual de los jóvenes, en lo que se refiere a haberla recibido de manera adecuada, y al contar con información sobre el desarrollo adecuado de su sexualidad, trayendo como consecuencia que los jóvenes tengan una idea, responsable, segura y clara acerca de la misma.

Por otro lado, la misma convivencia familiar, el compromiso entre sus miembros, la aceptación de la manera de ser de los jóvenes, así como saber que se cuenta

³⁶ Villatoro Velázquez Jorge A., y colaboradores. (1997). "La relación padres-hijos: una escala para evaluar el ambiente familiar de los adolescentes" Revista Salud Mental, Vol. 20 No. 2 junio 1997, México: Instituto de Psiquiatría, pag. 22.

con el apoyo familiar para salir adelante, permite que éstos al ejercer su sexualidad, lo hagan de manera satisfactoria, acostumbrando evitar contraer enfermedades venéreas y poniendo atención en entablar una relación sexual sana y adecuada. En la medida en que el desarrollo sexual propio es un objeto de actitud hacia el cual se pueden desarrollar sentimientos adecuados y negativos, es importante que la relación con la familia fomente sentimientos positivos asociados al desarrollo sexual.³⁷

Por esto el proceso familiar debe caracterizarse por tener una actitud abierta, honesta y de respeto a las decisiones que vayan adoptando los jóvenes en su formación educativa, cultural y de identidad genérica.

ESTRUCTURA FAMILIAR

Entre los componentes básicos de toda familia podemos nombrar tres; los lazos de consanguinidad que constituyen una unidad grupal de adscripción fuera de la voluntad de sus componentes, las relaciones de afinidad provenientes de la unión marital más o menos estable y que vinculan a los miembros de una red consanguínea con otra, y la unidad habitacional que constituye el espacio residencial en el que vive cotidianamente cada unidad doméstica durante lapsos más o menos permanentes. Estos tres elementos esenciales a toda unidad familiar se combinan en la realidad, de manera distinta y cambiante. Ni todos ellos obedecen a un modelo fijo, ni cada uno mantiene la misma configuración durante el ciclo vital de la familia. De ahí que podemos hablar de una tipología de la composición de la familia en su unidad doméstica, con cuatro modalidades típicas, aunque con variantes subtípicas más matizadas. En cada una aparecen diferentes significaciones y distintas pautas para las relaciones familiares. Por eso, pasar de una forma de composición a otra puede implicar toda una revalorización de las

³⁷ Leontiev, A. N., (1982). "Psicología Social", Moscú: Cártago, pag. 25-35.

circunstancias, y hasta de las mismas funciones familiares y de los papeles que asumen sus miembros. Esta tipología alude, además a una multiplicidad de involucreciones de la familia con la organización social externa a ella y con la estructura del sistema productivo y cultural.

1) La familia consanguínea de unidad residencial integrada, llamada comúnmente familia extensa, se caracteriza de manera general por ser un grupo familiar residente en un solo hogar, a veces con subunidades habitacionales para los diversos núcleos que lo integran, pero siempre con una economía compartida, así como servicios comunes de cocina, abasto, baño y otros. Está compuesta por lo menos de 3 generaciones biológicas; padres, hijo (s) casado (s), nietos, primos, hermanos entre sí e incluso por algún otro pariente o participante incorporado a la unidad familiar. La familia extensa por lo tanto, comprende al menos 2 parejas maritales, puede adoptar la modalidad patriarcal, en la cual el padre-abuelo representa la máxima autoridad, a veces única y autocrática, o bien, responder a variantes significativas; matriarcal de mayorazgo (Jefatura del hermano mayor) u otra.

La familia extensa está basada en el principio del respeto y la lealtad al lazo consanguíneo. El matrimonio queda condicionado a él, no al revés. El papel de todos y cada uno de los miembros obedece a su compromiso con los de su sangre. No hay nada que esté por encima de ello, salvo Dios o la Patria (en la inteligencia de que ambos provienen precisamente de la adscripción consanguínea de unos y otros). A partir de este principio de hegemonía consanguínea se derivan todas las normas familiares, incluyendo la de la división del trabajo entre todos, la de la dependencia femenina (generalmente reconocida formal y realmente dentro de la familia); aún cuando frecuentemente sea la mujer la que llega a disponer del orden doméstico, al interior del hogar.

En el modelo de familia extensa típica, todos deben compartir la misma suerte de la familia, en lo bueno y en lo malo. La economía común permite concentrar en beneficio de todos el patrimonio familiar. Cualquier decisión trascendente para

alguien del grupo debe ser concebida y tomada por toda la familia como unidad, o por el jefe como representante, incluso la emigración, el matrimonio, el cambio de trabajo, la atención a la salud, la compra o venta de un bien importante y la experiencia sexual de cada uno de ellos.

No reconocer lo anterior y faltar a la lealtad con el grupo, puede significar la afrenta mayor hecha a la familia e incluso ocasionar la posible expulsión de un miembro de su seno con una carga moral de sanción sumamente pesada.

2) La familia semiextensa, compuesta o mixta.- Se encuentra como tipo característico entre los 2 modelos polarizados de familia extensa y de familia nuclear. Se puede adoptar de hecho, una modalidad intermedia más cercana a la familia extensa (y entonces podrá llamarse familia semiextensa) o una más próxima a la familia nuclear (y entonces ser identificada como familia más que nuclear o compuesta). Esta conformación gradual aparece durante la primera etapa de constitución de las nuevas parejas conyugales, antes de tener la capacidad económica para montar su propio hogar-vivienda, y al final de la etapa familiar; cuando los hijos se han separado, cuando deviene la viudez de uno de los padres acogido en la casa de alguno de sus hijos casados, cuando aparece algún pariente proveniente de otra localidad, o cuando el pariente en su proceso de vida se ha quedado solo, por ejemplo, el caso de la tía soltera, la hermana viuda o la madre soltera, y se acoge a una familia nuclear o compuesta.

La incorporación a una familia nuclear de uno o más parientes cercanos, y a veces más lejanos, parece responder de hecho, al mismo principio de la lealtad de los lazos de consanguinidad; pero ahí van a surgir pautas de integración y de jerarquización de valores propios de la familia nuclear conyugal. Todo ello da lugar a la elaboración colectiva de un parapeto ideal que encubre su verdadera pretensión, llamado familia unida, que en realidad oculta la verdadera aspiración a una disgregación familiar, de acuerdo a los diversos núcleos conyugales o seminucleares mantenidos en el lugar de origen.

3) La familia nuclear conyugal, consiste en una unidad doméstica formada exclusivamente por papá, mamá e hijos solteros. El modelo típico de la familia nuclear se busca que está realice plenamente su autonomía ante las demás unidades domésticas; se plantea el anonimato de cada familia frente a los vecinos y los extraños; su focalización sobre matrimonio que la constituye y del que depende toda dinámica; su fundamentación más que en el lazo de la sangre (puesto que el hijo debe separarse de sus padres y hermanos para unirse a su cónyuge) en el amor siempre vivo de los esposos, unido con un entusiasmo amoroso (romántico-erótico y lo espiritualizado) que debe ser mantenido aún después de su experiencia progenitora y a través de su tercera edad, durante toda la vida, ésta con el descenso de la mortalidad y con el aumento del promedio de esperanza de vida, fácilmente puede llegar a los 50 años de convivencia matrimonial. La familia nuclear-conyugal debe continuar hasta el final de la vida de la pareja, independientemente de los hijos comparada con los otros tipos de composición familiar, la nuclearización de la familia en torno a la pareja conyugal resta fuerza al vínculo adscriptivo involuntario de la consanguinidad, al valor del compromiso con los suyos para favorecer la realización individual; y al control social de las interrelaciones humanas de tipo primario interfamiliar-comunitario y parental; al desplazar la actividad económica fuera del ámbito familiar y de las alianzas entre familias, así como al rechazar la dependencia del hijo frente a un padre que hasta hace poco, manejaba fácilmente un taller, un rancho, una parcela agrícola, un ganado o un negocio comercial o industrial. La crisis de la familia nuclear-conyugal es más evidente y el mantenimiento de un grupo familiar que pide a sus miembros reducidos una dedicación extraordinaria para atender las diferentes necesidades de la vida cotidiana, y con ello, asegurar el orden físico y moral del hogar autónomo. La importancia psicosocial de una serie de grupos, medios y unidades sociales que tienden a suplir lo que una familia de dimensiones pequeñas y restringidas no puede proporcionar; la escuela, los grupos informales de amigos, como es las pandillas y las bandas juveniles, etc., los clubes y asociados formales, los grupos de paseo, los centros de diversión, de arte y

cultura, las colonias vocacionales, las guarderías infantiles y seniles, los grupos profesionales y para profesionales, los sindicales, las comunidades terapéuticas, las colonias de rehabilitación y de acompañamiento para la tercera edad, los eventos de encuentro de experiencias (la práctica amorosa informal o de amantes-amigos, los grupos femeniles de todo tipo, y muchos otros agrupamientos, etc.).

El hogar citadino se queda como un lugar en donde se hacen una o dos comidas y al que se acude para dormir con lo cual mantiene la importante función de ser el ámbito de la intimidad más característico.

4) Familias seminucleares pueden adoptar la forma de hogares unipersonales. Hay en muchos casos un frecuente encubrimiento de la situación, calificada peyorativamente como familiar incompleta, y que muchas de estas unidades domésticas aparecen oficialmente como nucleares completas, aunque no lo sean en realidad. El jefe padre de familia, registrado como miembro y cabeza de la unidad, frecuentemente no tiene presencia verdadera en el hogar, su referencia es puramente simbólica. Se trata en muchos casos, de la casa chica, el padre-marido esta con otra mujer y tiene otra familia.

El caso de la madre soltera cada vez es mucho más frecuente. Actualmente, en la misma tónica que el ideal de familia nuclear independiente, aparece la modalidad por la cual las familias se constituyen sin la necesaria existencia de un matrimonio formal, o incluso, con el propósito expreso de un ensayo gradual antes de un compromiso dado a conocer públicamente. En estos casos, es cada vez más común que las parejas en unión libre vivan sin tener hijos durante la etapa inicial de su ensayo marital. Esta fórmula de unión consensual ha estado siempre presente en buena parte de las familias mexicanas, desde siempre, asimilada al mismo modelo de familia conyugal e incluso dentro de la misma familia consanguínea extensa o semiextensa.

La unión consensual sin matrimonio formal aparece como una opción que se vincula también con la familia seminuclear. Incluso se recurre a ella como una

forma cada vez más legitimada de formación de hogares, cuando no se cuenta con recursos para costear una boda costosa, por modesta que sea. Dentro de la familia seminuclear aparecen fórmulas de constitución de hogares basadas en una pareja o en un grupo reducido de mujeres, parientes o amigas que atiendan a los hijos de una o varias de ellas. La cuestión principal de la familia seminuclear, es su aislamiento y la limitación de recursos humanos y económicos. Esto conlleva además de la soledad psíquica del adulto que se responsabiliza de la crianza y educación de los niños, cuando no tiene una pareja fija, una concentración de tareas y funciones bajo su propia responsabilidad, pues la madre (en raras condiciones el padre) tiene que vivir la presión de una doble jornada de trabajo; una fuera del hogar para ganar el ingreso económico necesario, y otra, dentro para atender las necesidades domésticas y la atención de los hijos.³⁸

Después de haber revisado los diferentes tipos de familia, nos permite el evaluar las más frecuentes y las características de éstas en nuestra sociedad y como cada uno de estos tipos afectan la personalidad de sus miembros, la forma de resolver sus conflictos y la calidad de las relaciones familiares establecidas, que posteriormente mencionaremos.

RELACIONES FAMILIARES

El estudio de la familia comprende tres tipos de relaciones fundamentales, que son.

1.- La relación entre pareja, se constituye cuando dos adultos de sexo diferente se unen con la intención expresa de constituir una familia, las principales

³⁸ Leñero Otero Luis,(1994). "Las familias en la ciudad de México". Investigación Social sobre la variedad de las familias, sus cambios y perspectivas. México: Instituto Mexicano de Estudios Sociales A.C., pag. 36-47.

cualidades requeridas para la implementación de sus tareas son la complementariedad y la acomodación mutua. Tanto el esposo como la esposa deben ceder parte de su individualidad para lograr un sentido de pertenencia.

La relación entre la pareja entre sí, abarca seis etapas en donde la duración de cada una son:

1.1.- Selección de pareja, es la etapa en que se escoge al cónyuge. Esta selección se hace siempre partiendo de una necesidad básica que debe ser satisfecha por la pareja, en esta etapa influye el enamoramiento.

1.2.- Transición y adaptación temprana, es la etapa de adaptación al nuevo sistema de vida que difiere del que se tenía en la familia original. En cuanto a la intimidad, se comienzan a establecer normas que regulan la interacción de la pareja. Estas normas son frágiles al principio, pero se van solidificando a medida que va quedando claro lo que es permitido y lo que es prohibido.

1.3.- Reafirmación como pareja y paternidad, en esta etapa aparecen dudas sobre la elección del cónyuge, la aclaración de las dudas puede llevar a dos situaciones, la reafirmación de la pareja o el divorcio. En cuanto a la relación de límites, estos ya están definidos en lo que se refiere a la relación que la pareja tiene ahora con los amigos, amantes potenciales y los hijos.

1.4.- Diferenciación y Realización.- En esta etapa empieza el proceso de diferenciación que inicia con la estabilidad del matrimonio y la desaparición de las dudas sobre la elección de la pareja, dando lugar a una mayor realización personal. La decisión que se toma en este aspecto, sobre todo en las referentes a las tareas que realiza la madre influye en el desarrollo individual de los niños.

1.5.- Estabilización.- En esta etapa se da la búsqueda de equilibrio entre las aspiraciones y los logros de la pareja que cristalizan en la mayor parte de los

casos, en un proceso de reajuste de prioridades que finalmente conducen a la estabilización del matrimonio .

1.6.- Enfrentamiento con la Vejez.- Aquí las tensiones aparecen con la pérdida de los hijos, la muerte de uno de los cónyuges; la soledad y el rechazo que existe por el anciano en la cultura occidental. Hay mucha angustia en la pareja que experimenta una necesidad acrecentada de afecto y apoyo.

La duración de cada una de las etapas es variable, no existiendo límites entre una y otra, cada una de ellas presenta una crisis de la pareja que según como es vivida, consolida la unión o puede ser motivo de separación.

2.- La relación de padres e hijos, consiste en la tarea de socializar a un hijo sin renunciar al mutuo apoyo que caracteriza la relación conyugal, es importante el saber escuchar a los hijos, hablarles con prudencia aún en los enojos, cuidando siempre el criticar el hecho y no a la persona. Hay que hablar con ellos en privado y en su momento respectivo saber ser amigo sin perder de vista la experiencia y el respeto que se debe mantener, ayudándoles a valorar todo esfuerzo personal y reconociendo sus cualidades para apoyar su proceso educativo.

El padre debe reconocer el lado positivo de la crisis de enfrentamiento que viven sus hijos adolescentes, y hasta cierto punto, adaptarse a ella, si la crisis provoca inestabilidad y contradicción en los hijos, el padre deberá de ceder o exigir según convenga en cada momento, viviendo hasta sus límites la flexibilidad. Esto es bastante difícil teniendo en cuenta que los padres son también seres humanos, con defectos y virtudes, y por lo tanto, con riesgo de tener aciertos y cometer errores educativos. Por eso es un buen propósito en la educación de hijos adolescentes, la serenidad de los padres, objetivo tanto más arduo, cuanto que hay que moverse en un campo de desconcierto. La serenidad de los padres, depende por un lado de la seguridad de unos criterios firmes, certeros y aceptados plenamente, y por otro, de la buena armonía de la convivencia familiar en concreto con los hijos adolescentes. De esta forma los hijos suelen respetar

más a un padre sobrio en gratificaciones, pero congruente, que a un padre sospechosamente tolerante, que abdica hasta de sus más elementales principios.

3.- La relación entre hermanos es la posibilidad que tiene el niño de aprender a negociar, cooperar y competir, los niños usarán en sus relaciones extrafamiliares las pautas usadas en el mundo familiar, influyendo en éste el número, sexo, edades, intervalo entre ellos, así como las pautas de comunicación e interacción que establezcan los padres entre los hijos.³⁹

De ahí que la tarea psicosocial fundamental de la familia, de apoyar al joven, ha alcanzado más importancia que nunca. Asimismo, en la última década se han generado cambios estructurales importantes como son la desintegración familiar, cambio y confusión de roles, sentimientos de abandono, carencia de figura con la que el hijo logre identificarse, inconsistencia educativa y otras situaciones que pueden provocar sentimientos de abandono, frustración y conductas antisociales entre otras; afectando a esta estructura que parecía sólida e inmodificable. En el caso del joven adicto y su familia, estos cambios estructurales son los que más le afectan, haciéndolos más vulnerables cuando su identidad no esta debidamente alcanzada o bien su autoestima esta devaluada y mermada. En este sentido, el tener presente estos tres subsistemas familiares en la atención del adolescente adicto, nos permitirá organizar estrategias preventivas adecuadas a este nivel familiar, como son:

- | | |
|--------------------------------------|--|
| Relación entre pareja: | <ul style="list-style-type: none"> - Promover la estabilidad de la pareja. - Favorecer una comunicación abierta y honesta. - Mantener vivo el amor en la pareja. |
| Relación entre padre e hijo : | <ul style="list-style-type: none"> - Asumir sus responsabilidades como padre de familia. - Cuidar el desempeño educativo. - Respetar su individualidad e intimidad del joven. |

³⁹ McKinney, Jhon Paul y colaboradores, (1982). "Psicología del Desarrollo", México: Manual Moderno, pag. 110.

Relación entre hermanos:

- Fomentar el respeto mutuo y la solidaridad entre ellos
- Facilitar la comunicación y el acercamiento.
- Contribuir en los quehaceres domésticos.

Las cuales nos llevan a disminuir los problemas de desintegración familiar que son unos de las más frecuentes en las familias en los jóvenes adictos.

3.4. DESINTEGRACIÓN FAMILIAR

La responsabilidad básica de la familia es proporcionar miembros nuevos a la sociedad, a través de las funciones de adaptación social, atención, afecto, reproducción y otorgamiento de una identidad. Los papeles de los miembros de la familia están estructurados de modo que, conforme los individuos cumplen con dichos roles, se llevan a cabo las funciones familiares.

Las familias cambian con el tiempo, cada familia sufre una serie de crisis durante su ciclo vital, probablemente la mayoría experimentan crisis graves antes de la fase de retiro y muerte, y durante la misma. La capacidad de la familia para ajustarse y afrontar estas crisis es tan importante como su capacidad para funcionar bien.⁴⁰

Y cuando esta capacidad de cambio no se presenta, da la pauta para que se tense las relaciones y se presenten diferentes formas de organización.

Se distinguen seis formas principales de desorganización: unidad familiar incompleta, disolución familiar deseada, familia vacía, crisis de origen externo, catástrofe interna y calidad deficiente en la comunicación familiar.

La unidad familiar incompleta.- Es una forma de desorganización familiar por dos razones. Madre y padre potenciales no adoptan sus obligaciones de matrimonio y paternidad, y el embarazo fuera de lo ordinario implica falla de los padres en cuanto a orientación.

Disolución familiar deseada.- Como son; anulación, separación, divorcio y deserción. Se trata de las formas reconocidas más comunes de desorganización

⁴⁰ Howard F. Conn, y colaboradores, (1974), "Medicina Familiar (teoría y práctica)", México: Interamericana, pag. 2-3.

familiar. Los divorcios son un problema y las parejas que se están disolviendo se encuentran bajo gran tensión. La proporción de divorcios es determinada por los terrenos en que ocurren estos, accesibilidad hacia los servicios legales, sanciones sociales relacionadas con este hecho y firmeza del matrimonio. También las familias destruidas son relacionadas con los estados socioeconómico y étnico.

La familia vacía.- En algún momento antes de la disolución, los individuos pueden vivir juntos con contacto y comunicación mínimos, y no satisfacen las necesidades personales y sociales básicas a los miembros de la familia. Por lo que es posible que una familia conserve una existencia vacía sin que ocurra disolución formal, a menudo sería más benéfico para los miembros de la familia que la misma se disolviera en vez de soportar este tipo de vida.

Una familia vacía puede ser causa de miembros rechazados y enfermedades emocionales y psicósomáticas. Un miembro separado de la familia puede afectar de manera importante la capacidad de adaptación de los miembros restantes.

Crisis de origen externo.- La ausencia no deseada de un miembro de la familia, se puede perder un miembro de la familia por muerte, abandono, encarcelamiento o guerra. La pérdida de un miembro de la familia significa que se tienen que reconstituir las relaciones entre los miembros restantes para compensar la pérdida individual.

Catástrofes internas.- Los fracasos principales no deseados, como los trastornos mentales, emocionales y fisiológicos graves producen fallas en el papel que desempeñan cada integrante de la familia. Aunque el individuo sigue presente, es incapaz de cumplir con sus obligaciones a causa de su incapacidad.

Las familias funcionan mejor cuando todos sus miembros están sanos, pero deben aprender a funcionar incluso cuando se trastorna la salud.

Calidad deficiente en la comunicación familiar.- Es importante que todo individuo se sienta aceptado e integrado en su familia, ya que esto contribuirá a establecer esos vínculos de comunicación. Cuando el individuo se siente aceptado es factible que tenga una buena autoestima, lo cual favorecería una comunicación abierta, espontánea, sincera, honesta y en la cual sea permanente el respeto a sí mismo y a los demás.

Cuando esto no se lleva a cabo, se puede presentar en el joven hostilidad, alejamiento, agresividad, rechazo, desconocimiento, extrañamiento consigo mismo y con los demás, haciendo un ambiente hostil e indiferente.⁴¹

Cuando estos elementos no logran resolverse a tiempo pueden desencadenar conductas antisociales y adictas que agudizan los procesos de identidad y de organización familiar, ocasionando que el joven se inicie en el consumo de sustancias como una búsqueda a las múltiples respuestas que le plantean los cambios existenciales en este período de su vida.

⁴¹ Anderson, R. M., (1968), "A Behavioral Model of families. use of Health Services", Chicago: University of Chicago, Center for Health Administration Studies, Research Series 25, pag. 55.

CAPITULO 4 FARMACODEPENDENCIA

4.1. ANTECEDENTES

Desde tiempos remotos el hombre ha utilizado diversas sustancias, naturales o sintéticas, con fines religiosos, bélicos, y sobre todo, curativos, así, se sabe que el hombre primitivo, quien vivía en una estrecha relación simbiótica con su medio ambiente, ya conocía los efectos físicos y mentales de ciertas plantas. Sin lugar a dudas, algunos de estos descubrimientos fueron hechos al buscar nuevas fuentes de alimento, en algunas otras ocasiones como resultado de la curiosidad y del impulso del hombre hacia la experimentación. Algunas plantas fueron identificadas como venenosas y se evitaron como fuentes de alimentación, restringiendo su uso a la cacería y a las guerras, por ejemplo; el curare y los glucocídeos cardíacos, que se utilizaban en la punta de las flechas o dardos para cazar animales y herir o matar a sus enemigos.⁴²

Las sociedades humanas han conocido y empleado sustancias que alivian el sufrimiento y alteran el estado psíquico. La ambivalencia de estas sustancias que son indispensables para aliviar el dolor y el sufrimiento, pero que crean hábito o son destructivas cuando son mal utilizadas o se hace uso indebido de ellas, indujo a las sociedades desde tiempos más remotos a establecer normas para limitar el empleo a fines religiosos o curativos y a confiarlas sólo a sacerdotes o a curanderos médicos. La principal aplicación de estos conocimientos fueron a nivel curativo, a tal grado que estos primeros descubrimientos empíricos, fueron la base de la medicina. Por ejemplo se tiene referencia que la marihuana era empleada como medicamento desde hace más de 3000 años, A. C.. los egipcios

⁴² Aguirre Beltrán Gonzélo, (1980), "Medicina y Magia: El proceso de aculturación en la estructura colonial". México: Institucional Indigenista. Pag. 7.

utilizaban el opio para calmar el llanto de los niños así como para evitar la diarrea. En el México prehispánico, el pulque no sólo desempeñaba un papel importante en la vida social, sino también en el plano curativo, ya se empleaba en los padecimientos articulares o intestinales. Inclusive esta aplicación del pulque motivó a Hernán Cortés a escribir a Carlos V quien a su vez envió al Dr. Francisco Hernández a México para investigar tales atributos.⁴³

No obstante con el devenir de los años y de los avances científicos en el área de la medicina y la farmacología, convirtieron a la tecnología de esta área en una ama de dos filos, pues al mismo tiempo que diversas sustancias han retribuido en beneficio y bienestar de la raza humana. Por otro lado, han perjudicado a la salud pública fomentando la adicción en la población, principalmente entre los jóvenes.

El exudado de la amapola, cuya utilización data del año 1500 A.C., pero con el avance de la ciencia, permitió en 1805 desarrollar una forma concentrada de un tipo analgésico, la morfina. A la par con este acontecimiento, se desarrolló la jeringa hipodérmica en 1834, ofreciendo la posibilidad de que diversos concentrados del opio, pudieran ser administrados directamente en la corriente sanguínea, incrementando con esto la rapidez en los efectos. La tecnología siguió su marcha y en 1890 se sintetizó un nuevo producto del opio la heroína, la cual provoca una euforia, antes desconocida en la morfina y en los otros derivados del opio. Al término del siglo XIX y principios del XX, tuvieron lugar grandes descubrimientos entre ellos se encuentran los tranquilizantes con los que se pudo iniciar el tratamiento y un gran avance de la medicina psiquiátrica.⁴⁴

En esta época, el uso indebido de sustancias se ha difundido en muchos países como consecuencia de varios factores, con fines recreacionales o bien para disminuir las presiones y ansiedad que produce el ritmo actual de vida

⁴³ Aguirre Beltrán Gonzálo, (1980). "Medicina y Magia: El proceso de aculturación en la estructura colonial". México: Institucional Indigenista. Pag 8.

⁴⁴ Ibidem, Pag. 10.

contemporánea. Las causas de este fenómeno son muchas y varían en intensidad; comprenden, en particular, una disponibilidad de productos, el desarrollo de los sistemas de comunicación, diversos factores socioeconómicos, la migración y la rápida urbanización, los cambios de actitudes y del sentido de los valores, y la explotación despiadada de seres humanos por personas sin escrúpulos. La disponibilidad de un mayor número de sustancias ha originado un problema de salud pública; el uso y dependencia de sustancias, que se presenta a cualquier edad, en cualquier clase social, lo mismo afecta a jóvenes que a adultos, a pobres y a ricos, pero que sin lugar a dudas afecta más a la población juvenil e infantil, en donde la dependencia de sustancias adquiere su carácter más dramático al cambiar un proyecto de vida por un proyecto de muerte.

El número de sustancias que se abusan en la actualidad es muy grande y tiende a incrementarse con el avance tecnológico. Entre ellos se encuentran los compuestos naturales y las sustancias sintéticas. Algunas sustancias son productos ilícitos y otras son medicamentos que pueden adquirirse en cualquier farmacia.

México es un importante productor de amapola y marihuana, y la mayoría de los cultivos ilícitos se encuentran dentro de una franja de 250 kilómetros a lo largo de la costa del Pacífico. Los cálculos oficiales indican que de un 40 a un 60 por ciento del total de la tierra cultivable es erradicada anualmente por el gobierno mexicano. Sin embargo, nuevas áreas de cultivo son preparadas y usadas para producción. Basados en la información proporcionada por la Procuraduría General de la República (1995), las principales áreas de producción tanto de marihuana como de amapola se encuentran en Sinaloa, Chiapas, Chihuahua, Guerrero, Durango, Michoacán y Jalisco.

El tráfico ilícito de drogas es una de las mayores preocupaciones del gobierno de México. El aumento en las medidas de control de drogas ha tenido como resultado aseguramiento de cocaína, heroína y sustancia psicotrópicas,

especialmente durante los últimos cinco años. De diciembre de 1988 a agosto de 1994, 2,858 MT (toneladas métricas) de marihuana, 243 MT de cocaína, y 2.3 MT de heroína, morfina y opio fueron aseguradas. Las cantidades oficiales muestran que los aseguramiento de marihuana, cocaína y opio en los últimos cinco años han variado año con año, sin que exista una corriente importante hacia la alta. Por otra parte, los aseguramiento de heroína muestran una tendencia hacia la alta, en particular durante los años de 1993 y 1994.

De acuerdo con la Investigación Nacional sobre Adicción de 1993, el 3.9 por ciento de la población total es adicta a la marihuana, 0.5 por ciento a la cocaína, 0.1 por ciento a la heroína y el 0.5 a los inhalares, por lo menos una vez durante su vida. El abuso de drogas entre los hombres jóvenes prevalece entre las edades comprendidas entre los 12 a los 25 años, con excepción de las drogas psicotrópicas lícitas, especialmente los tranquilizantes, de los cuales casi la mitad son usados por mujeres. El 67 por ciento de la población consume alcohol.⁴⁵

En las grandes ciudades, como Ciudad Nezahualcóyotl, el abuso de alcohol, inhalantes y sustancias es un problema importante a nivel social y de seguridad. El creciente desempleo y el deterioro del bienestar social en esta región del país, así como una mayor disponibilidad de drogas ilícitas, presentan un mayor riesgo para el abuso de sustancias.

Hoy se parte de que en el fenómeno de las adicciones, el ambiente y la sociedad juegan un papel muy importante en la adicción de las mismas; sin embargo, esto es mejor comprendido si se toma en cuenta que las causas que determinan que las personas se vuelvan adictas son multifactoriales.

Debido a la amplitud de los factores que inciden, en este fenómeno, se hace necesario el analizar algunas definiciones de la farmacodependencia que nos permitan el retomar una, para lograr el objetivo del presente trabajo.

⁴⁵ Poder Ejecutivo Federal (1995). "Programa Nacional para el Control de Drogas 1995-2000", México pag. 101

Finalmente es importante considerar que los efectos inmediatos y tardíos se agravan en los usuarios por la mala nutrición y otras condiciones orgánicas debilitantes, como son; el estilo de vida, lo que enfatiza la importancia de desarrollar programas de prevención, detección, tratamiento oportuno y rehabilitación, con un enfoque integral que involucre principalmente la participación comunitaria y a las diversas instituciones relacionadas con este problema social y de salud en general.

4.2. DEFINICIÓN

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (1995), define el término **sustancia** a una droga de abuso, a un medicamento o a un tóxico. La característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Los trastornos relacionados con sustancias se dividen en dos grupos: Trastornos por consumo de sustancias (dependencia y abuso) y trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, etc)

La dependencia a las sustancias, se define como un grupo de tres o más de los síntomas enumerados a continuación que aparecen en cualquier momento dentro de un mismo periodo de 12 meses

(1) **Tolerancia**, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- (a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de las sustancias para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
- (b) El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado

(2) **Abstinencia**, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- (a) El síndrome de abstinencia característico para la sustancia (Criterio A)
Presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades (Criterio B) El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.

(b) Se toma la misma sustancia (o una muy parecida para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia)

(3) La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía

(4) Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia

(5) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.

(6) Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.

(7) Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que aparecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca la depresión, o continua la ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera)

Otro aspecto importante en la dependencia de sustancias, es el uso compulsivo de una sustancia, el cual puede ocurrir cuando el sujeto tome la sustancia en cantidades mayores o durante un período de tiempo más prolongado de lo originalmente pretendido (p. ej., el sujeto bebe hasta intoxicarse a pesar de haberse autoimpuesto el límite de una sola bebida). El sujeto puede expresar el deseo persistente de regular o abandonar el consumo de la sustancia. Es posible que el sujeto dedique mucho tiempo a obtener la sustancia, a tomarla y a recuperarse de sus efectos. En algunos casos de dependencia de sustancias,

todas las actividades de la persona giran virtualmente en torno de la sustancia. Importantes actividades sociales, laborales o recreativas pueden abandonarse o reducirse debido al consumo de la sustancia. El sujeto puede abandonar las actividades familiares o los hobbies con tal de consumir la sustancia en privado o estar más tiempo con los amigos que tomen la sustancia. También puede ocurrir que, a pesar de reconocer la implicación de la sustancia en un problema tanto psicológico como fisiológico (p. ej. graves síntomas de depresión o lesiones de órganos), la persona continúe consumiendo la sustancia.

El abuso de sustancias consiste en un patrón desadaptativo de consumo de sustancias manifestados por consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionadas con el consumo repetido de sustancias. Puede darse el incumplimiento de obligaciones importantes, consumo repetido en situaciones en que hacerlo es físicamente peligroso, problemas legales múltiples y problemas sociales e impersonales recurrentes (Criterio A)

A - Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno a más de los ítems siguientes durante un periodo de 12 meses

(1) Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p.ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia, descuido de los niños o de las obligaciones de la casa).

(2) Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia)

(3) Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamientos escandalosos debido a la sustancia)

(4) Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p. ej.,

ESTA TESIS NO DEBE
SER REPRODUCIDA

discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física).

En la intoxicación por sustancias se presentan los siguientes criterios

A. Presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingestión reciente o a su exposición. **NOTA:** diferentes sustancias pueden producir síndromes idénticos o similares

B. Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos debidos al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central (p. ej., irritabilidad, labilidad emocional, deterioro cognoscitivo, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad laboral o social), que se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después

C. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.⁴⁶

De esta manera, la designación que realiza el DSM-IV acerca de la dependencia, el abuso e intoxicación de las sustancias, nos facilita el analizar más detalladamente e identificar las características de cada una de estas, en el comportamiento de los sujetos, sin embargo también la Organización Mundial de la Salud (OMS), también ha realizado una serie de aportaciones al respecto, que es nos permiten comprender mejor dicho problema.

La O.M.S. (1978) sugiere que se emplee el concepto de farmacodependencia, ya que así se pretende resaltar que se trata de un sujeto con una dependencia a uno o varios fármacos y para resolverla requiere de una ayuda profesional especializada.

De acuerdo con la definición de la O.M.S., la farmacodependencia es, "el estado psicofísico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco,

⁴⁶ Asociación Psiquiátrica Americana, (1996). "DSM-IVR "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales", Barcelona Masson, pag 181,182,186-190

caracterizado por la modificación del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprímible por tomar el fármaco en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación”⁴⁷

De acuerdo con las definiciones anteriores, la más aceptada que abarca nuestro estudio de investigación es la de la O M S debido a que comprende la definición de farmacodependencia desde el punto de vista psicológico

Esta definición nos habla de la posibilidad de efectos de dos niveles, psíquico y físico, lo que implica dos tipos de dependencia, la Psicológica y la Física

Dependencia psíquica -(o habituación) - Estado en el que un fármaco produce una sensación de satisfacción y un impulso psíquico que lleva a tomar periódica o continuamente el fármaco para experimentar placer o para evitar un malestar, su ausencia no desencadena síndrome de abstinencia Este tipo de dependencia la causan predominantemente los estimulantes del Sistema Nervioso Central (S.N.C.), como son las anfetaminas, la cocaína y los alucinógenos.

Dependencia física - (o adicción) - Estado de adaptación que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la toma del fármaco. Estos trastornos forman los síndromes de interrupción o de abstinencia, se manifiestan en forma de conjunto de síntomas y signos de naturaleza psíquica y física que son característicos de cada tipo de fármaco. Esta dependencia la causan predominantemente los depresores del Sistema Nervioso Central (S.N.C.).

Droga es cualquier sustancia que introducida en un organismo vivo, puede modificar una o más de sus funciones, incluye no solamente medicamentos

⁴⁷ Consejo Nacional contra las Adicciones, (1995), "Programa contra la farmacodependencia 1995". Coordinación General de Secretaría de Serv. Salud (CONADIC) pag 20

destinados para el tratamiento de pacientes, sino también otras sustancias farmacológicamente activas. La droga causante de dependencia, es aquella sustancia cuya interacción con un organismo vivo puede provocar un estado de dependencia física, psíquica o de ambos tipos.⁴⁸

Esto significa que una droga es una sustancia con características farmacológicas ajena al organismo, que al entrar en contacto con él puede alterar algunas de las funciones del Sistema Nervioso o físicas.

Cualquiera de los dos tipos de dependencia, puede acompañarse de otro estado llamado tolerancia, que se define de la siguiente manera

Tolerancia es un estado de adaptación del organismo caracterizado por la disminución de respuesta a la misma cantidad de droga y por el hecho de que se requiere una dosis mayor para producir el mismo efecto farmacodinámico.⁴⁹

Por ejemplo, cuando una persona consume una sustancia durante un lapso de tiempo determinado se provoca tolerancia al mismo y por lo tanto tiene que tomar cada vez una mayor cantidad de dicha sustancia, a fin de seguir obteniendo los mismos efectos. Esta situación encierra un grave peligro, pues la dosis puede llegar a aumentarse a tal grado, que provoque una intoxicación al sujeto que lo ponga al borde de la muerte.

Abuso es el uso de una droga en forma y cantidad excesiva, persistente o esporádica por alguna persona.⁵⁰

⁴⁸ Soriano Rodríguez, María A , (1992). "Farmacodependencia" México Tesis UNIAM, pag 10

⁴⁹ Ibidem pag 12

⁵⁰ Ibidem pag 13

De esta forma podemos decir que la adicción es un fenómeno muy complejo que engloba conductas relacionadas con la autoadministración compulsiva de sustancias que afectan el estado de ánimo o la percepción o ambos a la vez. No es posible definir a las adicciones de manera simple y unificada, pues se presentan diferentes componentes en la intoxicación aguda y crónica con diferentes sustancias. Por ejemplo, el individuo intoxicado con alcohol presenta claras perturbaciones motoras y de equilibrio, mientras que un individuo bajo los efectos de la cocaína tiene buena coordinación motriz y claridad de ideas. De la misma manera, la autoadministración de fármacos como la cocaína, la heroína, el alcohol o los alucinógenos no sigue los mismos patrones de conducta ni se observan los mismos signos y síntomas después de períodos prolongados de contacto con cada uno de los fármacos.

En la génesis y el desarrollo de la farmacodependencia participan factores de diversos tipos que, por conveniencia suelen dividirse en tres grupos; 1) Individuales, 2) Socioeconómicos, y 3) Farmacológicos.⁵¹

1) Factores Individuales - Entre los factores atribuibles al sujeto destacan la edad, la clase socioeconómica, las perspectivas para el futuro, las situaciones personales conflictivas, la situación de soledad e incompreensión y en algunos casos, probablemente factores hereditarios. Es innegable que los factores individuales desempeñan un papel muy importante en la primera aproximación que tiene un sujeto a los fármacos que inducen dependencia, y en el mantenimiento de una conducta adictiva, las propiedades farmacológicas de las sustancias psicoactivas tienen un papel determinante.

2) Factores Socioeconómicos - La familia, la ocupación, los valores morales y religiosos, los intereses económicos y la reglamentación o leyes prevalecientes

⁵¹ Tapia C y colaboradores, (1993). "Las Adicciones dimensión, concepto y perspectivas". Farmacología de las sustancias psicoactivas. México: Manual Moderno, pag 270-271.

para el uso o abuso de las sustancias adictivas, son factores importantes que influyen para que un sujeto se acerque o no a las drogas. No deben dejarse de lado la publicidad especialmente en el caso del alcohol y el tabaco, y los estereotipos o patrones conductuales de moda.

3) Factores farmacológicos - Cada sustancia tiene diferentes características farmacológicas que van desde sus propiedades fisico-químicas (solubilidad, estabilidad, etc) hasta sus efectos particulares sobre el SNC. Las dosis necesarias para producir los efectos buscados, la interacción con receptores que desencadenan respuestas específicas en el organismo, el tiempo que duran los efectos, la tolerancia que se desarrolla a dosis subsecuentes, y la capacidad de producir trastornos fisiológicos perdurables en el organismo, son factores que determinan el curso de un proceso de adicción.

Ante la diversidad de sustancias existentes y de sus diferentes efectos, resulta necesario el conocer el tipo de fármacos dañinos e ilícitos para su mejor identificación.

4.3. TIPOS DE FÁRMACOS

El consumo de sustancias con el fin de modificar la conducta, es una práctica muy antigua. En las últimas décadas esta práctica se ha diversificado en cuanto al tipo de sustancias, se ha extendido a grandes sectores de la población del mundo, y se ha convertido en la mayoría de los países en un gran problema social. En México el problema del abuso de estas sustancias afecta principalmente a los jóvenes y constituye un motivo de preocupación por su tendencia creciente a convertirse en un problema de salud pública, ocasionando la pérdida de la salud física, mental y social, con deterioro del individuo en su organismo, en sus relaciones familiares, en su rendimiento escolar y/o laboral.

Se considera importante proponer una clasificación de las drogas en relación con la farmacodependencia, ya que la variedad de sustancias involucradas y la complejidad de sus efectos sobre el organismo, algunos de ellos terapéuticos, son muy amplios. Asimismo, existen otras sustancias que tienen uso industrial y por lo tanto, tienen circulación legal, al igual que otras que no sólo son lícitas, como el alcohol y el tabaco.

La clasificación que se busca tener como base es, el efecto que produce sobre el SNC, aunado a otros factores psicosociales que determinarán los cambios sobre la actividad mental, el estado emocional y la conducta.

Las drogas de abuso se clasifican de acuerdo al efecto que ejercen sobre el sistema nervioso central y que básicamente puede ser de dos tipos:

- a) Aceleran la actividad y producen estados de excitación.**
- b) Retardan o deprimen la actividad.**

CLASIFICACIÓN DE DROGAS			
ESTIMULANTES		DEPRESORES	
1er. SUBGRUPO	Anfetaminas	1er. SUBGRUPO De aplicación Médica	Barbitúricos y No barbitúricos
2o. SUBGRUPO Derivados de la hoja de Coca	Cocaína pura y común Crac Pasta base de cocaína	2o. SUBGRUPO	Alcohol
3er. SUBGRUPO Alucinógenos	Marihuana Ácido Lisérgico (LSD) Mezcalina Psilocibina	3er. SUBGRUPO	Tranquilizantes o ansiolíticos. Benzodiazepinas.
4o. SUBGRUPO Estimulantes especiales.	Tabaco Cafeína	4o. SUBGRUPO Derivados del Opio	Morfina Heroína Codeína
		5o. SUBGRUPO	Inhalares

CUADRO 1: CLASIFICACIÓN DE DROGAS

Dentro del grupo de los **estimulantes** que pueden producir dependencia de drogas, existen cuatro subgrupos, como se clasifica en el cuadro 1

El **primer subgrupo** lo constituyen las Anfetaminas.

El **segundo subgrupo** de los estimulantes lo constituyen los derivados de la hoja de coca como; la cocaína pura, el crac, cocaína común, pasta de coca y base libre.

El **tercer subgrupo** es el de los alucinógenos que producen una excitación mental que pueden alterar la percepción y sensación, llegando a reportarse la percepción de objetos que no existen en la realidad. Dentro de este subgrupo está la cannabis y sus derivados como la marihuana, peyote, y otros; la marihuana es la más utilizada y sólo en grandes cantidades o grandes concentraciones de delta 9-tetra-hidrocanabinol (THC), puede llegar a producir alucinaciones. Las otras

drogas incluidas en este subgrupo son: dietilamida del ácido lisérgico (LSD) que inicialmente fue utilizado para el tratamiento de alcoholismo, pero que por las alteraciones que producía, dejó de emplearse para este fin, también la mezcalina que es obtenida del peyote y la psilocibina que es obtenida de cierta clase de hongos, entre otros.

El cuarto subgrupo es el de los estimulantes especiales, debido a que constituyen las sustancias de mayor uso a nivel mundial, el tabaco y la cafeína, pues son las drogas "aceptadas socialmente", en el sentido de que su uso es legal.

De todos los estimulantes mencionados anteriormente, el grupo de las anfetaminas tiene actualmente algún uso médico, aunque se encuentra restringido, pues sólo suele emplearse en el tratamiento corporal de personas obesas, entre otros. Sin embargo, resulta importante enfatizar que su prescripción debe ser cuidadosamente evaluada por el médico.

De acuerdo al cuadro expuesto anteriormente, a continuación se hará una breve descripción de cada una de las sustancias que forman cada grupo, así como los efectos que producen.

ANFETAMINAS

Las Anfetaminas actúan en el sistema nervioso central y dependiendo de las condiciones en que se haga uso de ellas, pueden producir dependencia.

Anfetaminas.

Las anfetaminas son drogas estimulantes, es decir, son drogas que excitan el sistema nervioso central y producen un estado de alerta y de actividad, sensación

de bienestar general, de energía, agilidad y fuerza. Fueron utilizadas durante la II Guerra Mundial para mantener alerta a los soldados, calmar la fatiga y sobrepasar los límites del esfuerzo. Actualmente se usan, sobre todo, como anorexígenos, es decir como drogas que disminuyen el apetito.

Se presentan en comprimidos y se pueden encontrar en las farmacias con el nombre de: Anfetamina, Escancil, Cidrin, entre otros. Se consumen por vía oral, aspiración nasal o por vía intravenosa, previa disolución de los comprimidos en agua.

Efectos

- Disminución del apetito
- Aumento de la energía y retardo de la fatiga.
- Aumento de la atención
- Aceleración de la respiración y del ritmo cardíaco
- Aumento de la presión sanguínea
- Dilatación de las pupilas
- Falta de sueño
- Aceleración del pensamiento
- Localidad
- Aumento de la capacidad motora global.
- Depresión y fatiga, que a veces se acompaña de dolor de cabeza
- Efectos a largo plazo
- Desnutrición
- Mayor susceptibilidad a las infecciones
- Tolerancia (la misma cantidad produce c/vez menos efecto).
- Dependencia psicológica y física.

La intoxicación con anfetaminas produce fuertes alucinaciones, acompañadas de ideas paranoides y disgregación en el pensamiento.

Cuando se ha desarrollado la dependencia, la suspensión de la droga da lugar a la depresión, laxitud y sueño y el consumo desencadena excitación, pérdida de control, fuga de pensamiento e ideas paranoides.

COCAÍNA

La cocaína se obtiene de las hojas del arbusto de coca, que es una planta originaria del Perú y Bolivia, requiere calor constante -de 15 a 20 grados - y un clima húmedo, puede alcanzar más de un metro de altura, las hojas son lisas u ovaladas. La cocaína es un polvo blanco, suelto e inodoro, a menudo su aspecto es muy semejante al de la nieve, de ahí que en ciertos países - sobre todo en Estados Unidos - se le conozca popularmente como "nieve". Es frecuentemente adulterada con bicarbonato sódico

CRAC

Mezclando la pasta base de las hojas de coca con ciertas sustancias químicas, se obtiene el llamado "crac", droga más barata que la cocaína y que, por ello, se ha extendido rápidamente por los barrios pobres de las ciudades americanas. Es opinión mayoritaria el que la cocaína, no produce dependencia física, sino psíquica, aunque ésta es muy intensa

Las formas de consumo son la infusión (té o mate de coca), el chancado de coqueo (mascar hojas) la cocaína básica impura (la pasta base o PBC), y las sales solubles especialmente el clorhidrato. Desde el punto de vista de la farmacodependencia, los efectos más importantes son los que ejerce la droga a nivel de SNC. La forma más popular del consumo de cocaína es colocando una pequeña dosis en el dorso de la mano para aspirarla a continuación. A veces se inyecta en una vena previa elaboración de la solución

La cocaína ejerce un efecto estimulante sobre las neuronas dopaminérgicas, es por ello que la cocaína produce un intenso efecto placentero. La cocaína bloquea la reabsorción o recaptación de por lo menos tres neurotransmisores que se encuentran involucrados en la regulación de los estados de ánimo (euforia, placer, motricidad), su acción la ejecuta directamente sobre el hipotálamo, donde se ubica el "centro del placer"

La intensidad de los efectos, la duración de los mismos y la capacidad de producir farmacodependencia varían con la forma de administración, de este modo, a igualdad de dosis el efecto menor es producido por la vía oral (coqueo). La vía nasal se ubica en un lugar intermedio, mientras que la vía pulmonar (Pasta de base de Cocaína fumada) y la endovenosa producen mayores consecuencias negativas y una frecuencia más alta de dependencia.

La cocaína se procesa en el hígado, se elimina por vía renal (la orina) entre 6 y 20 horas después de haber sido ingerida, mucho tiempo después de que los efectos sobre el sistema nervioso central han desaparecido.

El clorhidrato de cocaína

El clorhidrato de cocaína resulta de la mezcla de pasta de coca con ácido clorhídrico y éter, y se presenta en forma de polvo fino blanco.

El uso más habitual de esta droga es la inhalación. La cocaína modifica intensamente la afectividad de quien la consume, provocando un sentimiento de superioridad y fuerza.

Efectos

- Disminución de inhibiciones
- Sensación de placer.
- Estado de euforia por una droga (promedio).
- Exaltación del estado de ánimo-éxtasis.
- Vigor, impresión de ser muy competente y capaz.
- Disminución de la fatiga
- Aparente mayor lucidez intelectual.
- Cambios en los niveles de atención; hipervigilancia; hiperexcitabilidad.
- Aceleración de los procesos de pensamiento.
- Disminución notable de: hambre, fatiga, sueño.
- Cuando cesa el afecto se produce cansancio y apatía.
- Leve temblor (observable con las manos abiertas) y períodos de ansiedad y agitación.
- Insomnio.
- Midriasis: dilatación de la pupila; mayor sensibilidad a la luz.
- Sudación.
- Aceleración cardíaca.

- Aumento de la presión sanguínea
- Ligero aumento del ritmo respiratorio
- Ligero aumento de la temperatura basal
- Aparición de pensamiento paranoico

Efectos mediatos

Depende tanto de la dosis como de la frecuencia de la inhalación.

Inhalación repetida

- Erosiones en la mucosa nasal
- Ulceración y degeneración del tejido cartilaginoso.

El uso crónico genera

- Irritabilidad
- Intranquilidad
- Desgano
- Alteraciones de la percepción y del juicio
- Cuadros de paranoia con obsesión de estar vigilado, espiado y perseguido.

Tolerancia y Dependencia

Las características de la tolerancia y la dependencia producida por la cocaína no son aún muy claras. Se sabe que produce tolerancia, pero también, que el mecanismo es idéntico en todas las personas, de manera muy general, lo que se puede decir, es que existe la necesidad de la sustancia con el fin de evitar el malestar que se produce cuando se elimina de los Centros Nerviosos. Relacionado con lo anterior y con el síndrome de abstinencia, otro fenómeno que se ha constatado en muchos usuarios frecuentes y crónicos, es cuando se presenta depresión severa e incapacidad de experimentar emociones.

En términos generales, se puede señalar que la cocaína produce dependencia psicológica; las personas que consumen cocaína repetidas veces pueden llegar al extremo de centrar sus vidas en torno a la búsqueda y consumo de la droga; también, puede causar dependencia física o neuroadaptación y esto depende de la dosis, frecuencia y la vía de administración.

Como consecuencia del uso crónico puede desarrollarse una psicosis cocaínica, en este caso, inicialmente la persona se muestra suspicaz, confusa y apática. En un estado más avanzado, esta psicosis se caracteriza por ideas persecutorias, aumento de la agresividad, alucinaciones (táctiles, visuales, auditivas, olfativas). Las alucinaciones más frecuentes son las táctiles, la persona siente que hay animales que corren por su piel, y hasta en algunos casos hasta los ven. Otra consecuencia que podemos mencionar aquí, es la pérdida de peso. Esta se explica porque mientras se consume la cocaína, ocurren simultáneamente dos cosas; se aumenta la actividad y se ingieren menos alimentos.

Pasta base de cocaína (PBC)

La PBC es cocaína no tratada, extraída de las hojas de coca a través de un proceso de maceración y mezcla con solventes tales como parafina, bencina, éter, ácido sulfúrico, etc. Tiene la apariencia de un polvo blancuzco o amarillento, dependiendo de la sustancia con que ha sido mezclada. Existen cerca de 250 variedades de la hoja de coca. Por ello es que las características de la PBC variará dependiendo, entre otras cosas, de la cantidad de alcaloide que contengan las hojas utilizadas. El hecho que la PBC contenga el alcaloide más los solventes que son sustancias tóxicas, la hace mucho más peligrosa para el organismo. Generalmente se le consume fumándola mezclada con tabaco (mono) o con marihuana (marciano).

Los efectos de fumar PBC dependen de muchas variables, que comprenden el tipo de preparación, la dosis, la frecuencia de consumo, forma de uso (social, recreativo, individual), las impurezas y adulterantes, la motivación (estimulante, búsqueda de placer, antidepresiva, situacional) entre otros. Cuando se la fuma, su efecto es muy rápido e intenso. Se necesita entre 8 a 40 segundos para que éste aparezca, durando sólo unos pocos minutos.

El efecto que produce se puede dividir en 4 etapas:

- 1) Etapa de euforia**, en la que se observa una disminución de inhibiciones, sensación de placer e intensificación del estado de ánimo (euforia, éxtasis, cambios en los niveles de atención, hipervigilancia, hiperexcitación, impresión de ser muy competente y capaz, aceleración de los procesos del pensamiento). Cuando las dosis ingeridas son bajas, estos procesos se mantienen coherentes. Además se produce una disminución notable de (hambre, fatiga y sueño). Entre los cambios físicos se produce un aumento de la presión sanguínea, del ritmo cardíaco, de la temperatura corporal y del ritmo respiratorio.
- 2) Etapa de angustia**, en la que el sujeto bruscamente empieza a sentirse angustiado, deprimido e inseguro. Se produce un deseo incontenible de seguir fumando.
- 3) Etapa de evitación**, en la que el sujeto empieza a consumir ininterrumpidamente para evitar la etapa 2, cuando aún tiene dosis en la sangre.
- 4) Etapa de psicosis y alucinosis**. Las alucinaciones pueden ser visuales, cutáneas, auditivas y olfatorias. La psicosis se puede producir después de varios días o semanas de fumar con frecuencia. Se presenta agitación, ideas paranoides, agresividad, alucinaciones, etc. Los episodios de psicosis pueden durar semanas o meses.

Los efectos físicos que se observan en un alto porcentaje de consumidores, habituales de PBC son los siguientes: (pérdida de peso, palidez, taquicardia, insomnio, verborrea, midriasis, dilatación de la pupila). En menor escala se observa que algunos presentan náuseas, vómitos, sequedad en la boca, sudor, diarrea, temblor, agitación psicomotora, picazón, hipertensión arterial, fiebre, falta de coordinación, dolor de cabeza, mareos, etc.

El proceso post-tóxico y durante la abstinencia se caracteriza porque se presenta un déficit de la memoria, fatigabilidad de la atención, desinterés por todo lo laboral y/o académico y comportamiento antisocial

La PBC es un sustancia muy aditiva porque la sensación inicial de excitación y bienestar dura muy poco y es seguida rápidamente por una angustia que empuja a seguir consumiéndola. La dependencia a la PBC se manifiesta en un deseo irresistible de consumir la droga.

En relación a las características físicas que adquiere esta adicción no se tiene una idea clara. Se sabe que se produce tolerancia variando ésta de persona a persona. De manera muy general se puede decir que existe la necesidad de aumentar progresivamente la frecuencia y la cantidad de la sustancia con el fin de evitar el malestar que se produce cuando se la elimina de los centros nerviosos.

ALUCINÓGENOS

Dentro del grupo de los alucinógenos encontramos la marihuana, LSD, mezcalina y psilocibina. Este tipo de drogas producen alteraciones de la percepción como alucinaciones, donde los sentidos se distorsionan y se ven, oyen, sienten o huelen cosas, sin un estímulo externo real.

Marihuana

La marihuana proviene de las hojas de la planta del cáñamo, cuyo nombre botánico es *cannabis sativa*. Se cultiva en clima cálidos o templados. Sus hojas brillantes y pegajosas, son largas, estrechas y serradas, combinadas en forma de abanico. Es de una estructura parecida al tabaco normal, está constituida por las hojas, tallos y flores. Los colores pueden variar según su procedencia. Se consume habitualmente por absorción broncopulmonar, es decir, fumándola

mediante cigarrillos o pipas especiales. Existen además otras formas de consumo, mediante la preparación de alimentos en los que se incorpora la droga como ingrediente. Los efectos tpicos que produce varian de persona a persona, influyendo factores tales como: experiencia previa, personalidad, estado de ánimo, cantidad fumada

Efectos

- Euforia suave
- Bienestar
- Agudización perceptual (sobre todo auditiva)
- Relajación
- Sensación de flotar (livianidad)
- Deseos de reirse
- Efecto desinhibitorio
- Alteración de la dimensión temporal y espacial (los minutos pueden pasar más lentos o más rápidos)
- Perturbación del pensamiento: gran productividad de fantasias y aceleración de las ideas
- Deterioro de la memoria a corto plazo, la persona no "graba" alguno de los actos que ejecuta mientras est bajo los efectos de la marihuana.
- Disminución de la capacidad de concentración y atención.

Además de los efectos anteriores, a muchos consumidores el mundo les parece más significativo. Las cosas más triviales o los acontecimientos más intrascendentes adquieren una profundidad y una importancia particular.

No siempre los efectos sobre el estado de ánimo son positivos, también la persona puede presentar ansiedad, depresión, confusión y trastornos severos del comportamiento. El consumo en dosis altas tiene un efecto alucinógeno (percibir cosas o situaciones que no existen). Puede producirse confusión, desorganización en el pensamiento, excitación e inquietud y episodios de pánico y ansiedad, pudiendo generar una psicosis tóxica, frecuentemente de tipo paranoico (persecutorio). La complicación a largo plazo más conocida es la afección pulmonar; los fumadores crónicos resultan con los pulmones más contaminados

que los fumadores de tabaco. En ellos aumenta el riesgo de contraer enfermedades respiratorias.

El delta-9-tetra-hidrocanabinol (THC) un producto químico de la marihuana, se fija en los tejidos grasos del cuerpo, entre ellos el cerebro y órganos reproductores. La marihuana puede ser especialmente peligrosa para los adolescentes, ya que el proceso de desarrollo sexual puede verse interferido. El conteo y movilidad de espermatozoides se ve disminuido en los hombres. En las mujeres aumentan los problemas por alteración en los ciclos menstruales (dismenorrea y amenorrea), más allá de lo normal para su edad.

Frente al consumo prolongado y crónico, aparece el llamado síndrome amotivacional, mostrándose apáticos, lentos, desinteresados en el trabajo, el estudio incluso en definiciones vitales y sensación depresiva más o menos constante. Estas consecuencias son reversibles, después de semanas o meses con la suspensión total del uso. El consumo regular y por un periodo largo de tiempo de la droga produce dependencia psicológica, lo que hace difícil limitar el consumo, necesitando una mayor cantidad de marihuana para obtener el mismo efecto (lo que ha hecho que algunos autores postulen que también produce dependencia física).

El consumo habitual puede llevar al uso de otras drogas más peligrosas, a lo que se llama escalada. A nivel de jóvenes pobladores, la escalada se da a través de la combinación de distintas drogas como el alcohol, neprén, marihuana y pasta base.

LSD (Dietilamida del ácido lisérgico)

Se deriva de un hongo llamado cornezuelo o ergot, que se produce en ciertos pastos sobre todo del centeno. El uso de esta droga aunque no es frecuente, está aumentando entre farmacodependientes de clase económica alta, quienes pueden pagar su alto costo y también en los estados del norte de la República. Su producción es en general ilegal, su uso legal es con fines de investigación.

solamente. Son agentes químicos que al igual que los medicamentos de varias clases, son capaces de desorganizar las funciones nerviosas y producir una psicosis tóxica o síndrome encefálico agudo. El estado tóxico se caracteriza por alteraciones de la percepción que culminan en alucinaciones. El LSD suele tomarse por la boca, pero también puede inyectarse

Efectos

- a)** Percepción alterada, la intensidad de los cambios de conducta depende de la dosis y del tiempo desde la ingestión. Los efectos iniciales o los de pequeñas dosis pueden limitarse a grados variables de euforia o angustia y sentimientos de despersonalización. Después hay una alteración progresiva de la percepción de los estímulos táctiles, visuales y auditivos
- b)** Significado para el individuo, en ausencia de preconditionamiento o de preparación filosófica, la experiencia con LSD está cargada de angustia y sólo ocasionalmente alguna persona usará la droga repetidamente por diversión o por la pequeña euforia inducida
- c)** Efectos simpaticomiméticos; la LSD causa una pequeña elevación de la presión sanguínea, taquicardia, dilatación pupilar, hiperglucemia, tremulación, despertar y euforia

Reacciones adversas

- a)** Reacciones de angustia durante el efecto de la droga: Las sensaciones somáticas de despersonalización, la percepción distorsionada y el contenido de material con ideas delirantes pueden ser muy alarmantes y provocar angustia que puede ser de grado menor o llevar al pánico y excitación incontrolada durante el acné del efecto de la droga.

- b) Reminiscencias:** La vivencia (la recurrencia súbita de las distorsiones de la percepción experimentadas durante una experiencia con drogas) es un suceso común.
- c) Episodios psicóticos prolongados:** Hay muchos reportes de episodios psicóticos prolongados después del uso de la LSD. Sin embargo, todas las comunidades que consumen drogas atraen a mucha gente trastornada, y es difícil separar los efectos directos de las drogas de los episodios precipitados o anticipados en el ya enfermo.
- d) Daño cromosómico** Se ha demostrado que la LSD incrementa el número de rompimientos cromosómicos en leucocitos cultivados y en célula de biopsias de piel.

Mezcalina

La mezcalina se obtiene de los botones o capullos de un cactus llamado peyote. Se ha utilizado para ciertos ritos mágico-religioso entre los indígenas, principalmente los huicholes.

Psilocibina

La psilocibina también es una droga alucinógena que se obtiene de algunos hongos que crecen en México y América Central y al igual que el peyote ha sido utilizada en ritos indígenas. Esta droga es menos potente que el LSD, aunque en grandes dosis produce los mismos efectos; en cambio es más potente que la mezcalina.

Ahora bien, en lo referente al grupo de los **depresores** que también pueden producir dependencia de drogas, existen cinco subgrupos (ver cuadro 1).

El primer subgrupo comprende a los sedantes, que incluye por un lado a los barbitúricos y los no barbitúricos, ambos con aplicación médica debido a que producen estados de sedación en sujetos excitados, con problemas de epilepsia o convulsiones, y también, son utilizados como preanestésicos. Sin embargo, su abuso puede acarrear serios problemas en la salud física y mental de los individuos que la consumen, como son el Fenobarbital, el Amobarbital, etc.

El segundo subgrupo lo conforma el alcohol, también clasificado como sedante, el cual representa el tipo de droga que más se consume debido a que su uso es aceptado socialmente, a pesar que suele ser la droga por el número de abusadores que mayores problemas en la salud física y mental de los individuos que la consumen

El tercer subgrupo lo conforman los ansiolíticos o tranquilizantes y clasificados como sedantes. Su principal aplicación ha sido en el manejo de sujetos alcohólicos durante el periodo de supresión, y en el tratamiento de trastornos afectivos. Sin embargo, al igual que en el caso de los sedantes, pueden producir dependencia física, aunque de menor intensidad, por lo que resultan potencialmente peligrosos, como el neprobamato, el diazepam, la benactizina, etc.

El cuarto subgrupo comprende al opio y sus principales derivados como: heroína, morfina, codeína, etc., que son opiáceos sintéticos, los cuales son considerados como estupefacientes. Algunos de estos tienen efectos altamente sedativos, la morfina por ejemplo, es usada como analgésico muy poderoso, la codeína tiene efecto tóxico y es utilizado en jarabes o tabletas para suprimir la tos, aunque también ha sido utilizada para aliviar algunos dolores, pero su efecto analgésico suele ser diez veces menor al de la morfina.

El quinto subgrupo está constituido por los inhalares divididos por su efecto en anestésicos (éter y óxido nítrico) y volátiles (goma de pegar, queroseno, compuestos del petróleo como xileno, tolueno, aerosoles)

Los volátiles o inhalares reciben este nombre debido a que son sustancias que no se toman ni se inyectan, como casi todas las drogas revisadas anteriormente, sino que se inhalan por la nariz y por la boca debido a los vapores que despiden. Dentro de este grupo se encuentra el thiner, gasolina y acetonas. Su abuso constituye actualmente un reto para la población que consume más este tipo de droga, la juvenil e incluso la infantil, debido a su fácil disponibilidad y precio, aunque su abuso traiga graves consecuencias físicas y mentales en los individuos que la consumen.

Al igual que el grupo de los estimulantes, a continuación se hará una breve descripción de cada una de las drogas que forman cada subgrupo de las drogas depresoras según muestra el cuadro, así como los efectos que producen.

BARBITÚRICOS Y NO-BARBITURICOS.

Al grupo de barbitúricos y no-barbitúricos pertenecen los medicamentos comúnmente conocidos como "pastillas para dormir". Son drogas sintéticas y gran parte de ellas son de uso médico, sin embargo, es posible llegar a caer en una dependencia física cuando se abusa de ellas sin control médico, ya que desarrollan tolerancia. Se pueden producir intoxicaciones por sobre dosis y el síndrome de abstinencia puede causar la muerte.

Los barbitúricos y los no-barbitúricos, ambos son con aplicación médica, debido a que producen insomnio y problemas de epilepsia o convulsiones. También son usados como preanestésicos, aunque su abuso pueden acarrear serios problemas por la dependencia física.

Se consumen preferentemente por vía oral, pero también son disueltos en agua e inyectados posteriormente. En algunos países se mezcla el barbitúrico con heroína y luego se fuma. Asimismo, pueden introducirse por vía rectal.

Dentro de los barbitúricos se encuentran

- Fenobarbital
- Amobarbital
- Pentobarbital
- Secobarbital

El abuso de los barbitúricos se encuentra en combinación con otros tipos de abuso de drogas, especialmente el alcohol y/o los derivados del opio. Muchos alcohólicos tratan de contrarrestar los efectos físicos de la supresión del alcohol con los barbitúricos. Con frecuencia el alcohol y los barbitúricos se combinan para obtener esfuerzos que sobrepasen a los producidos aisladamente por el alcohol o por los barbitúricos. Aquellos que abusan de drogas narcóticas con frecuencia acuden al uso de los barbitúricos, especialmente si los derivados del opio no se consiguen en forma fácil, por lo que si se toman ambas drogas al mismo tiempo, suelen ser peligrosos para el organismo.

Efectos de los Barbitúricos

- Depresión de los reflejos cutáneos superficiales.
- Nistagmo fino en la mirada lateral (movimiento involuntario del globo ocular)
- Estado de alerta ligeramente reducido con nistagmo más grosero o rápido.
- Ataxia y farfallo.
- Signo de Romberg positivo.

Efectos de los No Barbitúricos

- Desorientación.
- Somnolencia.
- Letargia.
- Inestabilidad.
- Coma profundo (prolongado si hay edema cerebral).

- Flacidez muscular.
- Ausencia de reflejo corneal.
- Incremento o descenso de la temperatura.
- Respiración lenta y estuporosa.
- Anoxia.
- Cianosis.
- Caída de la presión sanguínea.
- Shock.

Todos estos medicamentos (No-barbitúricos), están encaminados a evitar complicaciones respiratorias, pulmonares y cardiovasculares, pues de presentarse alguna de éstas, podría causar la muerte.

ALCOHOL

El alcohol etílico se obtiene de la fermentación del almidón y la glucosa que se encuentra en las frutas, los cereales, la miel, la caña de azúcar y otras sustancias. Hasta el siglo X solamente se disponía de tecnología para producir bebidas alcohólicas de baja concentración (menos del 15") tales como la cerveza y el vino. Alquimistas árabes introdujeron en Europa el proceso de destilación de los productos obtenidos de la fermentación, permitiendo así la elaboración de bebidas con mayor contenido de alcohol (30" a 55"), como es el caso del aguardiente, el coñac, el whisky, etc.

El alcohol representa el tipo de droga que más se consume debido a que su uso es aceptado socialmente a pesar de que suele ser la droga por el número de abusadores que mayores problemas ocasiona en la salud física y mental de los individuos que la consumen. La dependencia física o alcoholismo propiamente tal, es un cambio irreversible del sistema nervioso central que determina que el organismo necesite esta sustancia. Se manifiesta como un deseo impetuoso y un apetito compulsivo por ingerir alcohol. Los efectos del alcohol sobre la persona dependen del nivel de alcoholemia que se ha alcanzado y de la sensibilidad del sistema nervioso central (S.N.C.): El alcohol deprime las funciones de este sistema en forma directamente proporcional a la concentración que existe en la

sangre. Primero deprime la corteza del cerebro, para luego afectar progresivamente el cerebelo y el bulbo raquídeo, produciendo diferentes grados de embriaguez e incluso estados de coma y de muerte. Además de los efectos agudos recién descritos, los que se presentan en cualquier persona aunque beba una sola vez en la vida, el alcohol ingerido en forma repetida puede dañar diversos órganos y sistemas del cuerpo humano como son:

- a) Aparato digestivo**
 - Aumenta la incidencia de cáncer
 - Gastritis aguda y crónica
 - Úlcera gastro-duodenal
 - Mala absorción de principios nutritivos
 - Pancreatitis aguda y crónica

- b) Hígado**
 - Hepatitis aguda
 - Hígado graso (hígado grande, molestias digestivas, somnolencias).
 - Cirrosis.

- c) Aparato cardiovascular**
 - Taquicardia
 - Hipertensión arterial
 - Miocardiopatía.
 - Agrava enfermedades cardiovasculares.
 - Eleva triglicérido (aumentando riesgo cardiovascular).
- d) Sistema Nervioso**
 - Atrofia cerebral y demencia.
 - Polineuropatía (calambres, dolores y alteraciones sensoriales en extremidades).
 - Ataques epilépticos.
 - Aumenta riesgo de enfermedades cerebro-vasculares.

- e) Aparato reproductivo**
 - Disminución de la fertilidad.
 - Atrofia testicular.
 - Alteración de los espermatozoides.
 - Aumento de hormonas femeninas en el hombre.

- Síndrome alcohólico fetal (retardo mental).
- f) Mente**
- Dependencia psicológica.
 - Dependencia física (alcoholismo).
 - Depresión mayor.
 - Celos patológicos.
 - Ilusiones y alucinaciones.
 - Alucinosis alcohólica (psicosis paranoidea grave).
 - Delirium tremens.

Se ha calculado que el uso prolongado y excesivo de alcohol puede acortar la vida en unos 10 a 12 años, además del deterioro de su calidad por las limitaciones y disminución del disfrute que produce la mala salud.

TRANQUILIZANTES (ANSIOLITICOS)

Los tranquilizantes son usados médicamente para reducir estados transitorios de ansiedad sin provocar sueño al paciente, a veces se utiliza también como relajante y anticonvulsionante. En muchas ocasiones a partir de esta prescripción médica, se origina un abuso de la droga. Los efectos que producen son parecidos a los barbitúricos y en grandes dosis puede producir la muerte.

A los tranquilizantes también se les conoce como ansiolíticos, sustancias que provocan depresión del sistema nervioso central, afectan la actividad psíquica aún con dosis menores de las que se requieren para producir depresión hipnótica y se emplean también en el manejo de sujetos alcohólicos, especialmente durante el período de supresión.

Se clasifican, de acuerdo con su estructura química en:

- 1) Derivados del alcohol propílico (neprobamato, fenaglicol, etinamato).
- 2) Derivados del benzodiazapina (clordiazepóxido, diazepam, oxazepam).
- 3) Sustancias químicas heterogéneas (benactizina, clomezanona, mefenazolona, metacualona).

4) Derivados del propanediol.

Efectos

- Somnolencia
- Letargia
- Nistagmus (movimiento rápido involuntario del globo ocular).
- Diplopia (visión doble)
- Visión borrosa
- Pupilas puntiformes
- Debilidad
- Lasitud
- Relajamiento muscular
- Tinnitus (zumbido en los oídos).
- Confusión mental
- Alucinaciones
- Disminución de los reflejos
- Coordinación pobre
- Hiperactividad
- Convulsiones en algunos casos.
- Excitación paradójica.
- Irascibilidad en algunas cosas.
- Hipotensión
- Shock
- Coma con cianosis
- Depresión respiratoria

No se conoce empero, el mecanismo ni el sitio de acción central de los ansiolíticos, su administración repetida induce al desarrollo de tolerancia y dependencia física y psíquica.

Benzodiazepinas

Las Benzodiazepinas (BDZ) son psicofármacos pertenecientes al grupo de los tranquilizantes menores con efectos ansiolíticos, sedantes e hipnóticos. Son depresores del sistema nervioso central que por su mayor margen terapéutico y menores riesgos colaterales (toxicidad, potencial aditivo), reemplazaron a los barbitúricos como hipnóticos y ansiolíticos.

Efectos

Las acciones centrales de todas las benzodiazepinas son; Ansiolíticas, Hipnóticas y Anticonvulsivantes. Las BDZ ansiolíticas disminuyen la tensión emocional, angustia o ansiedad sin gran deterioro de otras funciones centrales como el estado de alerta, intelecto y motilidad. Una sobredosis de ansiolíticos induce al sueño y en mayores dosis puede provocar un estado de narcosis, pero el margen entre ambas etapas es grande, como las BDZ hipnóticas que disminuyen la latencia para dormir, alargan el tiempo total de sueño y disminuyen la frecuencia de despertares nocturnos. En dosis más altas deprimen más profundamente el sistema nervioso central y las BDZ anticonvulsivantes que se utilizan en forma preventiva, así como para revertir crisis agudas de diverso origen.

Las estadísticas nacionales e internacionales revelan un notable incremento en el consumo y en el número de psicofármacos disponibles, dentro de los cuales las BDZ se ubican entre los tres tipos de medicamentos más vendidos.

El compuesto más prescrito, desde su introducción en 1963, es el diazepam; a pesar de que en el transcurso de estos años han sido introducidos en la clínica un grupo numeroso de derivados benzodiazepínicos, de los cuales 347 se encuentran autorizados para su comercialización en nuestro país.

Todas las BDZ se absorben por vía oral y son utilizadas para el tratamiento de cuadros tales como; tensión emocional, neurosis, histeria reacciones obsesivas, fobias y estados depresivos con tensión e insomnio. También se utilizan en sujetos con enfermedades cardiovasculares, respiratorias, etc.

El síndrome de abstinencia que acompaña a la dependencia se caracteriza por síntomas de ansiedad, inquietud, irritabilidad, agitación y cefaleas.

OPIO

Tanto el opio como la morfina, la heroína y la codeína (opiáceos) proceden de la planta denominada "adormidera". Su cultivo se lleva a cabo en varios países. Se cosecha en primavera-verano y puede llegar a medir un metro de altura. Las

hojas son grandes, lisas y verdes; las flores que produce pueden ser de color rosa, rojo, violeta o morado, aunque el color predominante es el blanco

El cultivo ilegal se realiza preferentemente en Birmania, Laos, Tailandia, India, Pakistán, Afganistán, Líbano, Siria e Irán. El opio ha sido una de las drogas más antiguas de las usadas por el hombre. Produce gran dependencia física y psíquica.

Realizando incisiones en la cabeza o cápsula de la adormidera se obtiene el opio bruto. Éste, que al principio es blanco, en contacto con el aire se oxida, convirtiéndose en una sustancia seca, de color oscuro y olor penetrante.

Efectos

- Euforia.
- Rubor.
- Prurito.
- Cutáneo
- Somnolencia
- Menor frecuencia y profundidad respiratorias
- Hipotensión
- Reducción de la temperatura corporal.

Morfina

El opio contiene del siete al catorce por ciento de morfina, que se extrae del mismo por distintos procedimientos. La morfina base se presenta como polvo, que es muy suave al tacto, o comprimida en pastillas. Su color puede variar de casi blanco o amarillo muy pálido hasta pardo, y a veces tiene olor ligeramente ácido, especialmente cuando la calidad es mala. Con un potente cristal de aumento se vería parecida a unos cristales en forma de aguja. No obstante, su presentación normal no suele ser polvo, sino en ampollas.

Aunque cada vez menos, ha sido utilizada con frecuencia en medicina por su gran potencia analgésica, ya que produce dependencia física y psíquica. Sin embargo, sólo se emplea con control médico para reducir dolores extremos resultantes de fracturas, quemaduras, intervenciones quirúrgicas y en las últimas fases de

enfermedades mortales como el cáncer. El consumo más generalizado es mediante inyección por vía intravenosa, directamente de la amapola procedente de farmacias o centros asistenciales.

Heroína

La morfina base se convierte en heroína por procedimientos químicos. Es también un derivado del opio, no tiene utilidad médica, su uso está prohibido y sus efectos son de cuatro a diez veces más poderosos que la morfina. En forma pura, o casi pura, es un polvo cristalino, blanco e inodoro, tan fino que desaparece cuando se frota sobre la piel, pero cuando se ha fabricado imperfectamente puede ser un polvo más grueso, e incluso granulado de color ligeramente amarillo, rosa o marrón. Es de sabor amargo, pero si está adulterada su característico sabor puede haber desaparecido e incluso puede ser peligroso probarla.

Además de los riesgos a los que está expuesto el usuario de heroína pura, se suman aquellos relacionados con su venta, ya que se adultera con otras sustancias; y a los relacionados a su forma de aplicación, pues cuando se inyecta no existe cuidado de los instrumentos, se pueden utilizar jeringas sucias, agujas oxidadas y es frecuente que se utilicen otro tipo de artefactos hechos en casa y no médicos para inyectarse, como un gotero con aguja, una cuchara con mango doblado o algodón y una liga para torniquete. Es posible fumarla en pipas preparadas para tal efecto. Una vez arraigada la farmacodependencia, al cabo de nueve a doce horas de ausencia de consumo comienza a percibirse en el organismo el síndrome de abstinencia.

Codeína

También se obtiene del opio. Sus efectos son menores que las drogas anteriores por lo que es necesario el consumo de grandes dosis. Es un producto farmacéutico legalizado. Tiene uso médico, como analgésico o antitusígeno, es

decir, forma parte de muchos jarabes para la tos, o es usado como medicamento para el dolor.

Efectos de la Heroína, Morfina y Codeína

- Miosis sin respuesta a la luz.
- Náuseas.
- Vómito y resequedad bucal
- Sudoración
- Hipotermia
- Temblor y flacidez muscular.
- Depresión respiratoria intensa
- Pulso regular, lento y débil.
- Espasmos en tracto-gastrointestinal y biliar.
- Presión sanguínea normal (excepto cuando hay una deficiencia de oxígeno)
- Convulsiones en algunos casos (cuando se trata de codeína, demerol, apomorfina)
- Inconsciencia y coma

INHALANTES

Son productos químicos volátiles que introducidos al organismo, disminuyen el funcionamiento del SNC. Los inhalantes más utilizados para estos efectos son los pegamentos, disolventes, pinturas, acetona y bencina.

Los inhalantes por su forma de uso provoca daños en las vías respiratorias y pulmones y en altas dosis los daños llegan a ser cancerígenos. Dependiendo del tipo de inhalante que se use puede producir otras afecciones graves y en algunas ocasiones letales. Las afecciones más comunes son afecciones cardíacas, complicaciones respiratorias graves, daño neurológico central en ocasiones irreversible, calambres musculares severos asociados con daño gastrointestinal, incluyendo vómito, acidosis renal distal, afecciones en el riñón, agresividad, incoordinación muscular, neuropatas periféricas, toxicidad hepatorenal.

Se consumen por aspiración buconasal, es decir, por la boca y la nariz. Los productos químicos ingresan a los pulmones desde donde se incorporan a la

sangre, y ésta los distribuye por el organismo y el cerebro. El bajo costo y la ausencia de reglamentación para su adquisición y utilización han facilitado el uso indebido de estos productos, especialmente entre los niños y jóvenes en situación de extrema pobreza.

Los inhalantes pasan rápidamente a la sangre y se adhieren a los tejidos grasos del cerebro, sintiéndose casi de inmediato sus efectos. La intoxicación producida tiende a ser de breve duración, pero puede prolongarse por varias horas si el producto se consume repetidas veces.

Aunque son diferentes en su constitución, casi todos los inhalantes que son objeto de abuso producen efectos análogos a los anestésicos, retardando las funciones corporales. Con dosis bajas, las personas pueden sentirse ligeramente estimuladas. A medida que se aumenta la cantidad se produce desinhibición, con pérdida de control, llegando incluso a perder la consecuencia cuando las dosis son muy elevadas.

Efectos de los inhalantes

- Náuseas.
- Tos.
- Estornudos.
- Sangramiento por la nariz.
- Sentimiento y aspecto de cansancio.
- Mal aliento.
- Falta de coordinación.
- Pérdida del apetito.

Además los disolventes y aerosoles reducen el ritmo cardíaco y pulmonar y afectan la capacidad de juicio de la persona.

También se han observado efectos a corto plazo más graves al respirar profundamente estos vapores, o al utilizar una gran cantidad en un breve espacio de tiempo. En estos casos puede producirse:

- Pérdida de contacto con el ambiente que rodea a la persona.
- Pérdida de control.
- Comportamiento violento.
- Pérdida del conocimiento.
- E inclusive la muerte

Esta última, se puede producir por depresión del sistema nervioso y parálisis de la respiración, por insuficiencia cardíaca aguda o por aspiración de vómitos.⁵²

Con la revisión de esta clasificación de drogas, de estimulantes y depresores nos permite el conocer no solo su procedencia, sino también su composición y efectos en el organismo y su repercusión en la sociedad. Y dependiendo del uso de estas por los individuos, es como se clasifican a los diferentes tipos de usuarios o consumidores, que posteriormente se desarrollaran.

⁵² Constanza Aguirre y colaboradores, (1993). "Con los Jóvenes". Santiago: Manual para formar agentes de prevención en alcohol y drogas, pag 59-70

4.4. TIPOS DE CONSUMIDORES

A pesar de que la droga se considera como uno de los problemas más importantes de la juventud, es necesario aclarar que existen dos tipos de drogas con diferente repercusión en la conducta del individuo. La droga denominada dura si se le puede considerarse como factor criminógeno son las circunstancias que rodean su consumo, tales como: el precio abusivo que hay que pagar para adquirirla, los medios para obtener este dinero (convertirse en camello, traficante) y el mundo delictivo general en el que corre peligro de encadenarse al drogadicto.⁵³

Los jóvenes mexicanos tienen escasos motivos para ser optimistas su realidad actual (CONADIC, 1993) marcada por el desempleo, limitaciones educativas y culturales, delincuencia, despolitización, alcoholismo y drogadicción, apunta un deterioro creciente, acelerado por la crisis económica que vive el país. Y los jóvenes entre los 12 y los 29 años de edad-integran el 43% de la población total del país, estimada en 70 millones de habitantes.

Las estadísticas oficiales dejan poco lugar a duda sobre la situación actual de 30 millones de mexicanos jóvenes, únicamente 15 de cada 100 tienen un empleo estable; más de un millón de ellos son analfabetos; de cada 100 matricula en la universidad sólo 26 terminan una carrera y apenas 14 obtienen trabajo al egresar, el 70 % de la población juvenil es de fumadores, hay más de 3 millones de alcohólicos y se estima que en 1990 llegarán a 12 millones, uno de cada 2 ha probado alguna droga y hay 100 mil farmacodependientes, la delincuencia juvenil se ha incrementado en 300% en los últimos 20 meses solamente uno de cada 10 jóvenes participa en actividades políticas partidarias.

En lo referente a problemas de identidad en el joven y su relación con el consumo de sustancias, la literatura documenta que los adolescentes con una identidad

⁵³ González González, Eugenio, (1982), "Bandas Juveniles", Barcelona Herder pag 99

difusa reportan temer a ser descubiertos por sus padres y a los arrestos policíacos como motivos para no consumir drogas.⁵⁴

En contraste, se concluye que los jóvenes utilizan drogas por muy diversas razones, que varían de acuerdo con su proceso de identidad

El conocimiento cognitivo de las razones y motivaciones para el uso de drogas es un importante factor etiológico en la compulsión de las conductas de uso. Un estudio longitudinal sobre el impacto del uso de drogas durante la adolescencia en la vida adulta, reporta un amplio rango de efectos negativos en la salud, síntomas psicósomáticos y tensión emocional en las relaciones interpersonales. El uso específico de marihuana incremento los problemas familiares y de salud. Los efectos específicos de las drogas impactaron negativamente en el apoyo social.⁵⁵

En un estudio realizado (Segal, 1986) se encontraron 3 motivos para el uso de drogas: reducción de la tensión, por el efecto de las drogas y una motivación relacionada con el grupo de iguales

Las conductas problemáticas en la adolescencia, en la cual se asume que fenómenos como el uso de drogas no se presentan solas sino que encadenan otros problemas, de tal manera, que se constituye un verdadero síndrome de la conducta problemática en la adolescencia, que es la resultante de un estilo de vida. Los factores del estilo de vida correlacionan un riesgo al conducir autos. Los jóvenes involucrados en accidentes corren el peligro de involucrarse en otros problemas conductuales.

Una investigación que utilizó el método de muestra probabilística de estudiantes, encontró que la relación afectuosa entre padres e hijos disminuye el riesgo de uso

⁵⁴ CONADIC (Consejo Nacional contra las Adicciones), (1993). "Un nuevo Material Didáctico", México: Secretaría de Salud, pag 11

⁵⁵ *Ibidem* pag 12

de drogas entre estos últimos; y que el tiempo efectivo que los padres pasan con sus niños previene el uso de drogas. El desinterés y la falta de afecto de la madre fueron los principales factores de riesgo.⁵⁶

Por otro lado, de acuerdo a la frecuencia con que un individuo consume droga y el grado de dependencia psíquica y/o fisiológica que se haya establecido, se definen diferentes tipos de usuarios, graduados de la manera siguiente:

Usuario Experimentador - A este tipo de persona no se le puede considerar propiamente un adicto, pues su contacto con las sustancias se ha motivado por la curiosidad o la presión de los amigos. Los jóvenes que inician el consumo de drogas son también más propensos a manifestar otras formas de desviación social, por ejemplo, la falta de asistencia a la escuela y la promiscuidad sexual.

Usuario Social u Ocasional - A este grupo pertenecen las personas que usan sustancias tóxicas específicamente en situaciones pasajeras, o únicamente en situaciones sociales, o bien, cuando se drogan para conciliar el sueño de manera casual o para aliviar estados depresivos. Cabe precisar que, a partir de estas situaciones pasajeras de consumo puede establecerse una dependencia. El que una persona siga utilizando una sustancia, una vez probada viene determinada por el grado en que:

- a) la droga refuerza alguna función importante desde el punto de vista personal o social y,
- b) el uso produce algún cambio físico, psicológico o social deseado, sea real o imaginario, que es percibido como más agradable que desagradable.

⁵⁶ Chmel, C.; Argón L., (1986), "Factores asociados con el uso de drogas en estudiantes de secundaria en California, Colombia", parte I aspectos epidemiológicos y psicométricos, Colombia, pag 58-69

Usuario Funcional- Son aquellas personas que hacen uso de la droga para realizar sus actividades cotidianas, pero que aún siguen funcionando productivamente. En estos casos se ha establecido una dependencia a tal grado que no pueden realizar sus actividades cotidianas sin dejar de drogarse.

Usuario Disfuncional- Son aquellas personas que constantemente necesitan consumir las drogas y que han dejado de funcionar en todos los órdenes de su vida diaria, pues todas sus actividades están dedicadas a la obtención y consumo de las mismas, ya que no pueden prescindir de ellas en ningún momento.

Actualmente se acepta que los patrones funcional y disfuncional de farmacodependencia constituyen una enfermedad, en cambio, muchos expertos no ven el consumo experimental y ocasional como entidades patológicas, sino como una parte de los procesos de búsqueda de identidad y de socialización que se presentan durante toda la vida, pero que se hacen más manifiestos durante la adolescencia.⁵⁷

Esta clasificación nos permite identificar el tipo de usuario, aunque si bien el funcional y disfuncional serían los más afectados, en un programa de prevención primaria se van a tomar en cuenta principalmente los de consumo experimentador y los de tipo social u ocasional. Por lo cual es necesario profundizar aún más en sus diferentes causas que orillan a estos sujetos a consumir una serie de sustancias que los vuelven adictos de las mismas.

⁵⁷ Organización Mundial de la Salud, (1974), " Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependiente, 20avo. Informe", (Serie de Informes Técnicos, No. 551) Ginebra. Suiza OMS pag 24

4.5. CAUSAS DE LA FARMACODEPENDENCIA

La disponibilidad de drogas causantes de dependencia es una condición necesaria, pero no suficiente para su uso, la intervención de un número de variables de índole personal y ambiental se han sugerido para explicar porqué algunas personas empiezan a usar drogas, y porqué algunas dejan de tomarlas o las utilizan moderadamente, mientras que otros avanzan hasta un grado alto de adicción. En Ciudad Nezahualcóyotl el bajo nivel económico, cultural, el desempleo, la fácil disponibilidad, las malas condiciones del medio y la patología individual pueden aumentar la probabilidad del uso y la dependencia del consumo de sustancias.

El comité de expertos de los OMS en farmacodependencia comparte la opinión de que no ha podido demostrarse la existencia de una causa del consumo de drogas, pero las personas que consumen drogas causantes de dependencia parecen hacerlo por una diversidad de razones expresas o inconscientes en diversos momentos; sin embargo, para que se inicie o continúe el consumo de drogas aparecen con frecuencia uno o varios de los motivos siguientes

- 1) Satisfacer la curiosidad sobre los efectos de las drogas.**
- 2) Adquirir la sensación de pertenecer a un grupo y de ser "aceptado" por otros.**
- 3) Expresar independencia y a veces hostilidad.**
- 4) Tener experiencias placenteras nuevas, emocionantes, y peligrosas.**
- 5) Adquirir un estado superior de "conocimientos" o de "capacidad creadora".**
- 6) Provocar una sensación de bienestar y tranquilidad.**
- 7) Escapar de algo.**

Debe advertirse que todos estos motivos no se hallan necesariamente asociados a la psicopatología individual ni a influencias sociales adversas. Se encuentra en todo tipo de personas, estén o no conformes con la estructura social y con su propia situación. Además, estos motivos no conducen necesariamente a consumir drogas, en realidad, pueden inducir a la mayoría de las persona a obtener satisfacciones en actividades no relacionadas con el uso de drogas.

La curiosidad es una de las características más notables del hombre; aparece desde el comienzo de la vida y provoca una extensa conducta expiatoria. Por consiguiente, no es extraño que muchos jóvenes deseen probar ciertos tóxicos para determinar por sí mismo sus efectos. Como gran número de jóvenes empiezan por probar las drogas en grupo, sobre todo el alcohol y la marihuana, el neófito puede observar que al tratar de satisfacer su curiosidad puede también adquirir la sensación de pertenecer al grupo, de asumir independientemente la responsabilidad de sus propias acciones, ganar prestigio o "quedar bien" con sus amigos. Es comprensible que estos factores, reforzados por los efectos farmacológicos sobre el organismo, hagan a estos productos atractivos para algunas personas que las prueban.

Las posibles propiedades farmacodinámicas de los distintos tipos de drogas son: alivio del dolor, la ansiedad, el miedo, las inhibiciones; sensación de alivio y mayor capacidad de percepción de estímulos externos e internos; sensación de mayor inteligencia, perspicacia o capacidad creadora y producción de estados oníricos o eufóricos.

La farmacodependencia es un fenómeno multideterminado por una triple carga: individual, familiar y comunitaria. El individuo, incapaz de tolerar esta sobrecarga, recurre a la droga para alterar los órganos perceptivos, disminuyendo o alterando la cantidad y calidad de los estímulos, es decir, aligerando la sobrecarga.⁵⁸

⁵⁸ Serie de informes Técnicos No. 551, (1974), "Comite de expertos de la OMS en farmacodependencia 20avo. informe", Ginebra Suiza, pag 22-24.

CAUSAS SOCIALES

La adicción es un problema en el cual inciden factores socioeconómicos, culturales e históricos. Cada uno de estos factores ofrece perspectivas para intentar la modificación de los patrones de expresión del fenómeno, o alterar el curso y promover el sano desarrollo de la personalidad de los individuos como integrantes de una sociedad.

El hecho de que la adicción esté ligada a factores de índole social, nos obliga a reflexionar sobre la sociedad en que vivimos, y el tipo de transformaciones que ha tenido para que un hecho como la adicción, que sólo se manifestaba aisladamente, se haya convertido en un problema generalizado

La industrialización ha propiciado una importante transformación de nuestra sociedad, que ha traído consigo un crecimiento desproporcionado de las ciudades, la marginación, la violencia y otros problemas sociales, por ello, podemos considerar como indicadores sociales relacionados con el problema de la adicción a los siguientes factores:

- Densidad Demográfica
- Marginación.
- Zonas de producción y tráfico de drogas
- Migración de población.

La fundamentación de estos indicadores se presenta a continuación.

Densidad Demográfica.- Existe un desequilibrio nacional en lo que a densidad demográfica se refiere, en los centros urbanos tiende a haber una concentración de la infraestructura, los servicios y las actividades industriales y administrativas, mientras que para las poblaciones dispersas el establecimiento de estos servicios no se justifica en términos presupuestales.

Tener un alto número de habitantes por kilómetro cuadrado, que ya es un hecho en varias ciudades del país, crea una serie de desequilibrios que se manifiestan en el aspecto ecológico (desgaste intensivo de los recursos y contaminación), económico (falta de empleos), social (insuficiencia del transporte, aumento de cinturones de miseria, delincuencia, bajos niveles de bienestar), y cultural (insuficiencia de centros recreativos y de diversión, modificación de las costumbres, valores y tradiciones, así como cambios en los patrones de consumo).

Con esto se puede entender que el habitante de las zonas urbanas, al mismo tiempo que vive en áreas en las que se concentran los servicios, padece también sus presiones y sus problemas, provocándole un deterioro físico y psicológico. Estas condiciones de vida están produciendo cada vez mayor cantidad de individuos que buscan satisfacción y desahogo en actividades como la adicción.

Marginación.- El concepto de marginación se utiliza para caracterizar aquellos grupos que han quedado al margen de los beneficios del desarrollo nacional y de los beneficios de la riqueza generada, pero no necesariamente al margen de la generación de esa riqueza ni muchos menos de las condiciones que la hacen posible.

Zona de producción y tráfico de drogas.- La producción y el tráfico de drogas se consideran como factores que favorecen su consumo, por las posibilidades que se abren en algunos grupos de la población de tener acceso a ellas, pues existe una distribución por todo el territorio nacional, sobre todo en las grandes ciudades, como es el caso de muchas sustancias lícitas y medicamentos que producen también una fuerte adicción.

Migración de población.- La migración puede definirse como un movimiento que implica cambios de residencia de un lugar a otro, ya sea a través de las fronteras

nacionales o dentro de éstas. Dos de los principales factores que han generado el fenómeno migratorio en el ámbito nacional, son las crisis existentes en el sector agrícola y el desempleo, lo que a obligado a numerosos grupos humanos a salir de sus localidades en busca de trabajo, dirigiéndose a aquellos lugares que por su desarrollo socioeconómico parecen ofrecer oportunidades de empleo⁵⁹

Esto se traduce en serios problemas para las ciudades que son el polo de atracciones para los emigrantes, principalmente en Ciudad Nezahualcóyotl, como ya se ha venido haciendo mención, debido a que carecen de la infraestructura y de los recursos suficientes para absorverlos. El cambio de residencia les origina a los emigrantes complejos fenómenos de adaptación y cambio de sus costumbres y tradiciones. los nuevos habitantes de las ciudades, al darse cuenta de las dificultades para conseguir trabajo, vivienda digna, condiciones favorables para el desarrollo de su familia; y al recibir las presiones de los medios de comunicación para que adopten una forma de vida que difícilmente podrían adoptar, se refugian con frecuencia en el alcohol y en otras sustancias, como una manera de olvidar sus precarias condiciones de vida.

Es por eso que el fenómeno migratorio se ha seleccionado como indicador de riesgo hacia la farmacodependencia.

CAUSAS FAMILIARES

La familia posee reglas de funcionamiento que deben modificarse a medida que ocurren cambios intra o extrafamiliares. Si la familia no encuentra alternativas de funcionamiento a medida que sus miembros crecen o en base a requerimientos de cambio social, se verá atrapada en reglas de funcionamiento que ya no son adecuados para el momento que atraviesa. Al no encontrar nuevas reglas de

⁵⁹ COPLAMAR, (1983), "Necesidades esenciales en México, situación actual y perspectivas al año 2000" (Geografía de la Marginación), Mexico Siglo XXI, pag 22

funcionamiento que les permita continuar su desarrollo hacia otro nivel evolutivo, la familia se rigidiza y no desempeña sus tareas satisfactoriamente, de tal forma que no permite un desarrollo sano de sus integrantes, y le obstaculiza ser flexible, estable y confiable, y esta rigidez es precisamente un potencial desencadenador de la farmacodependencia, que se manifiesta a través de una desintegración, carencia de autoridad, una comunicación defectuosa, la ausencia de límites racionales y la carencia de valores humanos para la vida del joven.

CAUSAS INDIVIDUALES

El hecho de que un individuo recurra a las drogas nos habla de una estructura psicológica que lo ha inducido a ello, quizá para procurarse una fuente inadecuada de satisfacción, de resolución a sus conflictos, o de un placer que le alivie la tensión emocional, sin embargo, como ello es una forma falsa de sentir bienestar y como se producen estados de dependencia, el consumo tiende a aumentar. De esta manera el sujeto entra a una situación en donde no encuentra la salida.

El considerar a la adolescencia como un momento fértil para el consumo de tóxicos pudiera estar determinado porque es la etapa de la vida donde el individuo tiene que reordenar sus valores, definir su identidad, separarse de los padres en busca de su dependencia; desde luego, también en otras etapas de la vida se atraviesan por períodos o situaciones críticas que pueden inducir a la farmacodependencia.

Por otra parte, algunos rasgos de la personalidad que son comunes en individuos que consumen drogas son: inmadurez, dependencia, inseguridad, deficiente identidad con alguna manifestación psicopatológica como baja tolerancia a la frustración, a la ambigüedad y al dolor psicológico. Ser inmaduro emocionalmente significa poseer recursos y actitudes infantiles que representan una desventaja

para resolver situaciones conflictivas. Ser dependiente implica esperar que otras personas solucionen o ayuden a solucionar las necesidades y problemas personales. La manifestación psicopatológica puede estar presente desde antes que el sujeto entre en contacto con las drogas, o bien ser intensificada por el consumo. La baja tolerancia a la frustración y al dolor psicológico son fuentes de malestar, ya que los estímulos dolorosos que para otras personas son tolerables, para el individuo dependiente a cualquier fármaco resultan de una intensidad excesiva.

La depresión característica de personalidad del adicto, se observa en su falta de interés por el mundo externo, incapacidad de establecer relaciones objetales, baja estima de sí mismo que se exterioriza en auto reproche y una búsqueda constante de castigo. La sustancia que elija tiene que ver con el efecto que necesite, si estimularse o sedarse, sin embargo, la acción de una sustancia no depende solamente de sus características farmacológicas o la dosis que se ingiera, sino también, de lo que el sujeto espera de ella. Toda la situación que se observa en torno a la sustancia, le ofrece al sujeto un orden, una organización. Alrededor de la sustancia se encuentra su grupo de amigos en donde tiene un lugar que le da seguridad, que le ofrece identidad, sabe quién vende la droga, cómo conseguirla, dónde y cómo drogarse; así encuentra todo un sistema organizado que estructura su propia desorganización.

La dependencia a la droga es un síntoma dentro de toda una patología individual, y el adicto es el emergente de un conflicto familiar, que expresa lo que otros no quieren decir. La farmacodependencia también, refleja cierta dinámica social, en donde no se logra satisfacer adecuadamente las necesidades de sus integrantes.⁶⁰

⁶⁰ Serie de informes Técnicos No. 551, (1974), "Comité de expertos de la OMS en farmacodependencia 20avo. Informe", Ginebra, Suiza, pag 22-24

Como hemos mencionado es necesaria la interrelación de los factores individuales, familiares y sociales para que se produzca un adolescente adicto. La presencia de determinada predisposición en su personalidad, en conjunción con los conflictos familiares y características de su ambiente social, son importantes para que aparezca la adicción.

CAPITULO 5 PROGRAMAS PARA LA ATENCIÓN DEL FARMACODEPENDIENTE

ATENCIÓN INSTITUCIONAL

En la atención a esta problemática del adicto han surgido diferentes propuestas institucionales en donde se realizan variadas actividades que van desde la organización, canalización, investigación, enseñanza, orientación, tratamiento y acciones de prevención propia de dicha, que nos refleja la necesidad, no solo de conjuntar esfuerzos, sino más bien de sistematizar mejor las acciones, de estas instituciones como son Centros de Integración Juvenil (CIJ), Procuraduría General de la República (PGR), Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia (DIF), Departamento del Distrito Federal (DDF), Secretaría de Educación Pública (SEP.), Secretaría de Salud (SS), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), las cuales plantean lo siguiente.

CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL, A.C. (CJI)

Centros de Integración Juvenil, A.C. al ser una institución especializada en la prevención, tratamiento, rehabilitación e investigación de la farmacodependencia, cuenta con diversos proyectos de abordaje a la comunidad tanto de prevención como de tratamiento, dándole prioridad a los proyectos preventivos, con el objetivo de que día con día se sumen más esfuerzos de la población para encarar el problema de manera eficaz. Uno de los proyectos preventivos con los que cuenta la Institución, está dirigido justamente a los adolescentes, al cual se le ha denominado "Orientación Preventiva a Adolescentes" (OPA). Dicho proyecto tiene como objetivo orientar a los adolescentes proporcionándoles elementos que les

faciliten enfrentar sus cambios individuales (físicos y psíquicos), familiares y sociales que forman parte de su vida cotidiana y la creación de alternativas que permitan prevenir el fenómeno de la farmacodependencia considerando la multicasualidad que la caracteriza.

El sistema de atención que actualmente ofrece CIJ, se centra principalmente en el servicio de la prevención, al cual se le otorga la mayor prioridad aún arriba de los servicios de tratamiento, ya que con ello se da cumplimiento a los lineamientos marcados por la OMS de favorecer mejores condiciones de bienestar físico y mental del ser humano. La adicción es vista como un problema social que compete a la Salud Pública. Esto en el entendido de que existen causas fundamentales de la enfermedad, de la esperanza, de vida y muerte y del acceso real a los servicios médicos, en los seres humanos no vistos en forma abstracta sino como seres históricos que pertenecen a grupos sociales que trabajan y viven de determinada manera, resultado de la forma en que se estructura y organiza la sociedad para reproducirse.

La Salud Pública busca la prevención de enfermedades interviniendo en las causas susceptibles de transformación que determinan el proceso salud mental. Al incidir en aquellas circunstancias que mejoran los niveles de vida de las colectividades, se generan al mismo tiempo acciones grupales psicoprofilácticas, por lo que además de propiciar el mejoramiento de los niveles de salud mental y con estas acciones simultáneas CIJ intenta cumplir el objetivo de prevención de la farmacodependencia. (CIJ, 1991)

Otro aspecto importante a considerar en el problema de la farmacodependencia en CIJ, es el abordaje del fenómeno a partir de la estrategia de Educación para la Salud, siendo esta una disciplina auxiliar de la Salud Pública que a través de la participación comunitaria organizada, genera alternativas de solución a los problemas colectivos de salud, induciendo acciones que permitan preservar la

salud, prevenir la aparición de la enfermedad y detectar oportunamente los problemas a fin de modificar su evolución.⁶¹

Otra estrategia, busca desarrollar un proceso de educación popular, donde los trabajadores en salud y la comunidad específica generen niveles de conciencia sobre los factores que inciden en procesos salud-enfermedad, a fin de actuar sobre el fondo de los problemas y no simplemente en su expresión particular (CIJ, 1989).

Los CIJ, establece líneas de acción basadas en la estrategia de Educación para la Salud, que permiten no sólo detener y controlar el problema sino facilitan la comprensión y dan sentido a todo aquello que interviene en la salud de los individuos. De ahí que CIJ otorgue mayor importancia al programa preventivo y dentro de este a los proyectos de orientación y capacitación. La creación de programas sobre prevención de la farmacodependencia con población de alto riesgo se inician a partir de 1980.

Los CIJ, es una institución que se dedica a la prevención, tratamiento, rehabilitación e investigación del fenómeno de la farmacodependencia. La manera de abordar el fenómeno ha variado a medida que se realizan nuevas investigaciones. En un primer momento, el abordaje fue a través del tratamiento únicamente por considerar al farmacodependiente como un enfermo que debía ser tratado desde el punto de vista médico. Como resultado de ampliar esta perspectiva, hoy en día el 75% de las acciones que realiza CIJ, están abocadas al trabajo preventivo a través de dos vertientes:

1) La prevención inespecífica: que habla de las actividades preventivas que están encaminadas hacia el bienestar y fomento de la salud en general.

⁶¹ Mendoza Cárdenas, Alicia. (1991). "Evaluación de un programa preventivo de farmacodependencia en adolescentes", México Tesis UNAM, pag 23

Comprende todas aquellas medidas que se toman en el individuo, en la comunidad o en el medio, tendientes a evitar la aparición de enfermedad en general.

2) La prevención específica son aquellas actividades orientadas hacia un problema o enfermedad específicos. Conjunto de medidas precisas que se toman tanto en el individuo como en la comunidad para evitar la enfermedad.

Tratamiento

El objetivo del tratamiento que brinda la institución es lograr que el sujeto abandone el uso de las drogas mediante el análisis y conocimiento de las causas y factores que han incidido sobre él, y lo han llevado a buscar en las drogas los elementos satisfactorios que no encuentra en su realidad.

Las actividades que intervienen durante el tratamiento que la institución lleva a cabo, se realizan a través de la entrevista inicial, el proceso del diagnóstico, el estudio social, el diagnóstico familiar y la terapia para su rehabilitación.⁶²

PROCURADURÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA (PGR)

La PGR como órgano del Sistema Federal de Justicia, promueve y vigila el cumplimiento del orden institucional, y procura justicia en el ámbito de su competencia. Participa en acciones de prevención del delito, misión que realiza con estricto apego a los principios constitucionales y a las leyes que la rigen, así como con plena observancia a los derechos humanos, requisitos indispensables para la vigencia del Estado de Derecho.

⁶² Centros de Integración Juvenil A.C., (1991), "Manual de capacitación para el voluntariado", México, CIJ, pag. 25.

La PGR se une al Programa Nacional para el Control de Drogas (1995-2000) y para dar una lucha frontal e integral al crimen organizado se requirió adecuar las estructuras del Estado encargadas de velar por la seguridad de la ciudadanía

La PGR es una de las instituciones que ha participado en el programa de prevención de la farmacodependencia, a través del programa denominado Atención de la Farmacodependencia (ADEFAR), a promovido la coordinación de acciones de diversos sectores de la sociedad y sus instituciones para prevenir este problema social y de salud que afecta fundamentalmente a la población infante-juvenil. Este programa opera a través de unidades comunitarias o comités, que están conformadas por representantes de autoridades, instituciones, grupos sociales y privados, organizados en un frente común para sumar y coordinar esfuerzos para la prevención del consumo de drogas.

Una nueva forma de participación de la comunidad se ha iniciado con la investigación de los comités juveniles ADEFAR, que ha surgido por iniciativa propia de este sector de la población. Estas unidades de participación permiten una aproximación más real a las necesidades de los jóvenes y con ello poder desarrollar acciones de prevención de la farmacodependencia, más eficaces en la medida que se toman en cuenta el lenguaje, estilo de vida, inquietudes y actividades propias de la juventud.

Para alcanzar los objetivos gubernamentales en la lucha contra el narcotráfico, la PGR fortalece los mecanismos de planeación, ejecución y coordinación internos, así como con los Gobiernos de los Estados y las dependencias federales. Con la comunidad internacional a través del estrechamiento de relaciones, en un marco de respeto irrestricto a los principios constitucionales.

Sus acciones de orientación, prevención y capacitación son las siguientes:

- Participar en el diseño de los programas intrainterinstitucionales de prevención de las adicciones y del delito
- Llevar a cabo la difusión de mensajes preventivos a través de posters, trípticos, manuales y circulares
- Diseñar y reproducir carteles en materia de prevención de delitos contra la salud, con el apoyo de los sectores público, social y privado, que serán distribuidos a nivel nacional
- Fortalecer los sistemas de investigación a través de la capacitación y especialización permanente de los recursos humanos y la incorporación de tecnología de punta
- Promover la organización de conferencias, seminarios y cursos en materia de prevención de la farmacodependencia
- Impartir cursos de capacitación para la formación de agentes preventivos
- Exhortar a la ciudadanía a informar sobre los lugares y personas que trafican y/o venden droga ⁴¹

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO (UNAM).

La UNAM, contempla dentro de sus programas académicos temas relacionados con la farmacodependencia, operando en algunos de los centros de atención y prevención especializados. También, cuenta con un programa experimental para el tratamiento y rehabilitación de niños y jóvenes farmacodependientes.

En la facultad de Medicina, en el Departamento de Salud Mental, existe desde 1955 el Programa de Salud Mental, cuyas tareas incluyen tanto los servicios de Salud Mental para estudiantes universitarios, como la enseñanza en los niveles de pregrado y posgrado. En este departamento se atiende de manera

⁴¹ Poder Ejecutivo Federal. (1995). "Programa nacional para el control de drogas 1995-2000", México, pág 87

pluridisciplinaria al paciente que lo solicita, por un personal capacitado especialmente, formado por psiquiatras, psicólogos clínicos y trabajadores sociales psiquiátricos. Se cuenta con una clínica de depresión y se brinda psicoterapia de grupo a alcohólicos y farmacodependientes.

Por su parte, la Dirección General de Servicios Médicos de la UNAM organiza periódicamente eventos referentes a adicciones, a través del departamento de atención médica en planteles periféricos, en los nueve planteles de la Escuela Nacional Preparatoria, los cinco del Colegio de Ciencias y Humanidades, de las dos Escuelas Nacionales de Estudios Profesionales Acatlán, Aragón y las Facultades de Estudios Superiores Zaragoza y Cuautitlán y la Escuela Nacional de Música, Artes Plásticas, Enfermería y Obstetricia.

También se presta el servicio de atención de urgencias y manejo de problemas psicológicos sobre problemas de alcoholismo, tabaquismo y adicciones a drogas duras y fármacos.

En la Facultad de Psicología, se cuenta con tres instancias para dar atención a los problemas de adicciones, las cuales son:

- 1) El Programa Experimental Comunitario.
- 2) El Centro de Orientación para la Adolescencia (CORA).
- 3) El Centro de Servicios Psicológicos "Acasulco". Este último, tiene dos modelos de investigación y tratamiento de conductas adictivas:
 - 1º Está dirigido a la población universitaria, vinculando la docencia, investigación y servicio, y está abierto a todo tipo de consumidores (bebedores excesivos y adictos en general)

- 2° Está dirigido a la comunidad en general y cumple objetivos de formación, investigación, prevención y tratamiento de conductas adictivas.⁶⁴

Ambos modelos hacen énfasis en la prevención primaria de las adicciones

En la Facultad de Estudios Superiores-Zaragoza (FES ZARAGOZA), a través de las Unidades Multidisciplinarias de Atención Integral (UMAI) Estado de México, Aurora, Benito Juárez, Reforma, Tamaulipas, Los Reyes y Zaragoza, se proporciona el servicio de psicología a la población aledaña a las mismas, de las cuales, cinco de estas están ubicadas en Ciudad Nezahualcóyotl, dando terapia de apoyo, orientación y canalización a los adolescentes farmacodependientes.

EL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (DIF)

El DIF lleva a cabo sus funciones con base en el Artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y el Artículo 4° de la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, donde se define a la población objetivo de las acciones realizadas por el DIF En esta institución existe, desde 1986, el Programa DIF para Prevención de la Farmacodependencia, con sede en el Instituto Nacional de Salud Mental (INSaMe-DIF), y que tiene a su cargo la coordinación de las acciones de prevención, investigación, enseñanza y asistencia, a través de diversos mecanismos de normatividad y enlace con las dependencias del DIF en el Distrito Federal y en el interior de la República (unidades operativas en el D.F. y DIF estatales y municipales).

⁶⁴ Consejo Nacional contra las Adicciones, (1995) "Programa contra la farmacodependencia 1995", Coordinación General Secretaría de Serv. Salud CONADIC, pag 70

El DIF, como institución dedicada a fortalecer el desarrollo integral de la familia, suma esfuerzos y promueve recursos para que a través de su red nacional de servicios se desarrollen acciones tendientes a prevenir el uso de drogas en el amplio sector de la población que atiende. Además por su capacidad de convocatoria y organización comunitaria, es una alternativa para la prevención de este fenómeno, constituyéndose en una instancia estratégica que apoya la tarea de CIJ. La atención a la población incluye aspectos de detección, manejo y canalización de personas adictas y aquellas otras que requieran orientación a CIJ.

El Programa DIF para prevención de la Farmacodependencia, realiza sus actividades dentro de tres grandes vertientes; investigación, enseñanza y asistencia.

Investigación.- Dentro de las acciones desarrolladas en la investigación destaca la realización de proyectos para estudiar diversos aspectos del problema tales como la relación entre farmacodependencia y marginalidad, alcoholismo, tabaquismo, adolescencia y riesgo de farmacodependencia, etc., lo cual, con base en el conocimiento de las diversas características que presenta el problema, coadyuvará en la definición y realización de actividades preventivas y de tratamiento.

Enseñanza.- Se han diseñado diversos cursos orientados a la prevención de las adicciones bajo el modelo de educación para la salud, y que se imparten con base en la programación anual concertada entre el INSaMe y otras dependencias del DIF. De esta manera, tanto en el D.F. como en el interior de la República, el DIF lleva a cabo actividades de capacitación, sensibilización e información. Estas actividades están dirigidas a grupos específicos de la población como niños, adolescentes, padres de familia, personal docente y de salud, etc.

Asistencia.- En lo que se refiere a las actividades asistenciales realizadas en el INSaMe-DIF, tienen lugar a través de un programa de atención al adicto y su familia, en diversos niveles; la orientación a padres, la terapia individual, grupal y familiar, y la psicofarmacoterapia, estas son acciones que desarrollan grupos multidisciplinarios de una manera interdisciplinaria.

Asimismo, el INSaMe-DIF cuenta con especialistas de las diversas áreas que intervienen en la atención de la farmacodependencia como psiquiatras, neurólogos, pediatras, terapeutas familiares, psicólogos clínicos, trabajadores sociales psiquiátricos, enfermeras psiquiátricas y generales, terapeutas del lenguaje y sociólogos, todos ellos organizados en equipos que intervienen en las tres vertientes mencionadas ⁶⁵

SECRETARIA DE EDUCACIÓN PÚBLICA (SEP)

La SEP, cuya función básica es promover el desarrollo cultural y educativo de los mexicanos en forma armónica, sustenta sus acciones en un enfoque básicamente de prevención del consumo de drogas, puesto que educar en esencia es hacer prevención, bajo un esquema más complejo, ya que las conductas humanas y sus alteraciones son producto de aspectos económicos, políticos, sociales y culturales.

La SEP, trabaja en colaboración con el Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP) y la Secretaría de Salud, realizando desde 1975 monitoreos a fin de conocer cifras de consumo y características de los grupos de estudiantes que enfrentan el problema de las adicciones. Para diseñar la estrategia de educación preventiva, la SEP, aparte de conocer los índices de uso y abuso de sustancias tóxicas entre los estudiantes, requiere contar con una evaluación de los procesos de la autoestima;

⁶⁵ Poder Ejecutivo Federal, (1995), "Programa Nacional para el Control de Drogas 1995-2000", México pag 68

y del impacto que las distintas relaciones e internas que se dan en la formación de la personalidad de los alumnos y que pueden convertirse en marcos propicios para generar conductas antisociales y adictivas.

La SEP. configuró el Programa de Educación Preventiva contra las Adicciones (PEPCA) y el Programa de Orientación Educativa (POE), que refrenda su posición en el manejo de la estrategia de educación preventiva integral recomendada por los organismos internacionales e incorpora elementos formativos en los programas de estudio y en esquemas de reforzamiento curricular, a través de la asignatura de Orientación Educativa. Ambos proyectos fomentan la educación bajo un esquema que permiten a los educados plantearse estilos de vida plenos y armónicos.

El PEPCA es un proyecto complementario de la educación formal con un horizonte de mediano y largo plazo, que atiende en los niveles de educación básica, a los docentes, los padres de familia y a la comunidad en general por ser los agentes educativos que integran los ambientes familiar, escolar y comunitario.

Para su ejecución define como estrategias operativas la coordinación interinstitucional y la promoción de la participación comunitaria. Es una estrategia educativa que surge de la escuela, trasciende a la familia y a la comunidad. La asignatura de Orientación Ejecutiva, vigente a partir del ciclo escolar 1994-1995, incorporada en planes y programas para ser cursada por los alumnos del tercer grado de secundaria, promueve entre los alumnos la comprensión de los procesos y problemas que influyen directamente en su desarrollo personal. La asignatura previa se divide en tres campos temáticos, uno de ellos es la conservación de la salud y prevención de enfermedades, donde se informa a los educados sobre la problemática de la adicciones a sustancias tóxicas. Asimismo, ofrece elementos de información y formación para que el estudiante supere con

éxito la etapa de crecimiento que atraviesan en la secundaria en su paso de la adolescencia a la vida adulta ⁶⁶

SECRETARIA DE SALUD (SS).

A partir de la década de los setenta, la SS incorporó unidades de coordinación de programas, primero dirigidos a la investigación y después también a la prevención, tratamiento y rehabilitación, que fueron el antecedente del Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), creado por decreto presidencial y reglamentado por la Ley General de Salud, organismo que tiene por función el proponer y evaluar los Programas Nacionales contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas, contra el Tabaquismo y contra la Farmacodependencia. Su objetivo es disminuir la farmacodependencia, los daños y riesgos a la salud y los problemas de salud mental relacionados con el uso de sustancias psicotrópicas, para coadyuvar en la preservación de la salud de la población.

EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS).

El IMSS, a través del Modelo Moderno de Atención a la Salud, precisa cuatro funciones generales para responder a las expectativas que en materia de atención a la salud tienen el gobierno de para el Instituto y su población derechohabiente

Función 1.- Incrementar el nivel de salud, disminuir los riesgos y prevenir los daños.

Función 2.- Otorgar atención médica integral.

⁶⁶ Poder Ejecutivo Federal, (1995). "Programa Nacional para el Control de Drogas 1995-2000", México, pag 43-48

Función 3.- Formar, capacitar y desarrollar al personal para la atención a la salud.

Función 4.- Realizar investigación médica.

Las acciones en Farmacodependencia se dirigen principalmente a la prevención primaria, tratamiento y rehabilitación, como a continuación se señalan

- Orientadas a poblaciones específicas y a grupos de alto riesgo.
- Extensivas al individuo, su ambiente laboral y su familia.
- A través de fomento y educación para la salud en los tres niveles de atención
- Que comprendan el diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la limitación del daño y la rehabilitación.
- De carácter permanente y oportuno
- Coordinadas con las dependencias de la institución que tienen funciones similares.
- Coordinadas y concertadas con otras instituciones del Sistema Nacional de Salud y los sectores público, social y privado

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO (ISSSTE).

El ISSSTE, a partir del 1988 en que se aprobaron los programas de Salud Mental del Instituto, se han organizado cuatro cursos de capacitación para el personal médico, de enfermería, psicología y trabajo social en la zona metropolitana, y cinco cursos en zonas foráneas, habiendo registrado 538 personas como concurrencia total a los seminarios y talleres de análisis de actividades de prevención, tratamiento y rehabilitación de alcohólicos y farmacodependencia. Además, en conjunto con el IMP, ha desarrollado el proyecto de investigación

frecuencia y distribución de casos de adiciones entre derechohabientes del ISSSTE, en ocho clínicas familiares del área metropolitana, que pretende conocer la frecuencia y distribución de pacientes con algún tipo de adición entre la población derechohabiente del ISSSTE

DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL (DDF).

El DDF a través de su Dirección General de Servicios Médicos desarrolla un programa desde el 15 de enero de 1985, con 4 módulos de atención toxicológica en los 4 grandes Hospitales Generales de urgencias y otro módulo en locatel. El tipo de atención que se ofrece en lo general, se limita a la desintoxicación y a la atención de complicaciones médicas

En lo relativo a la atención de casos de intoxicación aguda por drogas lícitas o ilícitas, el DDF, a través de la Dirección General de Servicios de Salud, instaura a partir de 1985, cuatro módulos de Atención Toxicológica en sus respectivos Hospitales Generales ⁶⁷

Actualmente y dentro de este rubro, se han sumado dos Centros Toxicológicos "Jóvenes por la Salud", cuyo programa se fundamenta en la atención integral del joven frente al fenómeno de la farmacodependencia. Cuenta además, con la información y orientación proporcionada a través del Servicio Locatel. En relación a la atención de casos de farmacodependientes implicados en casos delictivos, ésta es proporcionada en tres Reclusorios y Centros de Readaptación Social existentes en el Distrito Federal. En el campo de la prevención, a partir del 24 de julio de 1989, el DDF, a través de la Dirección General de Gobierno y en acuerdo con la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, asume la

⁶⁷ Poder Ejecutivo Federal, (1995). "Programa Nacional para el Control de Drogas 1985-2000", México, pag 50

responsabilidad del máximo nivel operativo y del Programa de Atención a la Farmacodependencia (ADEFAR), en el Distrito Federal

Finalmente a partir de un análisis de los programas institucionales dirigidos a la prevención de la farmacodependencia se ha encontrado que estos se abocan a partir de tres estrategias básicas:

- 1) **Información:** busca sensibilizar a la población en general sobre los factores que inciden en el consumo de drogas y que lo definen como un problema de salud que afecta a la población en general y generan alternativas para prevenirlos
- 2) **Orientación:** a través de esta estrategia se proponen sensibilizar y clarificar a las familias de su propia realidad y del manejo de situaciones tendientes o riesgosas, para evitar la aparición de la farmacodependencia en su seno familiar y social.
- 3) **Capacitación:** pretende brindar a líderes comunitarios y grupos organizados, una información más especializada sobre el fenómeno, estrategias de abordaje para atender el problema, así como promover una participación más activa de los integrantes del resto de la comunidad.⁶⁸

A través de estas acciones se llega a poblaciones abiertas, a instituciones de educación, salud, laborales, recreativas, deportivas y de asistencia social, así como a grupos de padres, clubes de servicio, sindicatos, asociaciones y líderes comunitarios.

⁶⁸ Mendoza Cárdenas, Alicia, (1991), "Evaluación de un programa preventivo de farmacodependencia en adolescentes", México Tesis UNAM, pag 50

La estructura del programa preventivo se fundamenta en las estrategias de información, orientación y capacitación ya mencionados. La información es el proceso básico sobre el que se desarrollan la orientación y la capacitación, complementándose entre sí y utilizándose ordenadamente según el proyecto que se trate. Las tres estrategias a su vez están regidas por el modelo de educación para la salud, la cual plantea como objetivo principal la promoción de acciones encaminadas al mantenimiento o logro de mejores condiciones de salud, traducidas en acciones concretas en el nivel individual y colectivo, por medio de una acción participativa de la comunidad.

CAPITULO 6 PROPUESTA DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN GRUPAL DE INFORMACIÓN PREVENTIVA

6.1. DEFINICIÓN

Considerando los diferentes planteamientos y características de los modelos de prevención institucionales existentes y el tipo de población a la cual esta destinado el programa de prevención, en donde no solo es importante el reconocer la complejidad del fenómeno, el superar la mera rehabilitación por un mayor énfasis en prevención y el influir significativamente en las necesidades de la comunidad, para retomar su participación grupal, se considera que la propuesta de atención grupal como acción preventiva es la más adecuada para disminuir los factores de riesgo en la adicción de los jóvenes de ciudad Nezahualcóyotl

En este sentido, el difundir la información del daño que ocasiona en el nivel individual, familiar y social y sus repercusiones a corto y a largo plazo en el aspecto físico y psicológico, permitirá el incidir en las conductas y actitudes del joven y de su familia. Se considera que esta propuesta de prevención grupal de información preventiva contribuirá significativamente a disminuir el consumo de sustancias en esta población, por lo tanto es necesario el definir que es la prevención para poder comprender la siguiente propuesta.

Así que la prevención puede definirse como la protección y promoción de la salud de la población, la protección y el mejoramiento del ambiente ecológico y social, la prevención de la enfermedad y sus consecuencias, la eliminación de los riesgos identificables y la protección de los grupos de alto riesgo. A través de una acción social compartida que permita a la población una mayor capacidad de autodeterminación y participación en sus propias necesidades de salud y en las

estrategias de atención, formando proyectos y propuestas de atención comunitaria y no solo de carácter intuticional

La prevención (acción o efecto de prevenir, es evitar que algo suceda) implica preparar, disponer con anticipación lo necesario a un fin, poner en acción los medios o condiciones apropiados para impedir que un problema se dé, desde una perspectiva etimológica pretende, predecir el riesgo, en donde el foco de atención no es ya el consumo, sino los factores que afectan la probabilidad que éste ocurra, esto es, que hacen a la persona más vulnerable al consumo Para ello, lo primero es lograr la identificación de los factores de riesgo y de los métodos a través de los cuales estos factores se promueven o anticipan Entre los factores de riesgo se señalan las leyes y normas tolerantes hacia las conductas problemáticas, la disponibilidad, la privación socio-económica, la desorganización comunal, los factores psicológicos, la conducta familiar hacia las drogas, las prácticas y los conflictos familiares que llevan a la baja en la autoestima, la ausencia en los valores, etc

El complemento son los factores de protección que median o moderan los efectos de la exposición al riesgo y por lo tanto aumentan la resistencia de las personas que se refieren al cambio de normas sociales, estrategias de resistencia e influencia social, entre otras

Los factores psicológicos o individuales tienen una gran probabilidad de que un individuo que experimente con sustancias continúe su uso y desarrolle adicción. Los factores sociales juegan un papel preponderante y uno de los aspectos de más interés, es el análisis de lo que se ha dado en llamar la personalidad social que no es individual sino producto de la convivencia colectiva, es decir, el como se conforma la personalidad a través de la posición que el individuo ocupa en la estructura social, y el papel que juega de acuerdo a esa posición, así como la complejidad de relaciones que establece con sus semejantes y en donde la cultura juega un papel fundamental en el entendimiento del problema que nos ocupa.

En el proceso de socialización, el adolescente reconoce sin desechar del todo, los aspectos biológicos, el factor ambiental básico que los conduce a formas de adaptación específica a las normas sociales y dentro de esto a la familia, es así como una parte de estos adolescentes pertenecen a las clases más bajas de nuestra sociedad, como Ciudad Nezahualcóyotl, donde la pobreza, la necesidad y sobre todo el ambiente que los rodea con sus propias normas y valores influye decisivamente sobre ellos, y más aún cuando nos percatamos que dentro de las políticas económicas de desarrollo social se sigue expandiendo y surgiendo poblaciones del área metropolitana ciudades perdidas y zonas marginales representativas de toda sociedad subdesarrollada, en donde se reflejan en alguna medida las características de un desarrollo como es Ciudad Nezahualcóyotl, el cual viene hacer un ejemplo de urbanización en el desarrollo, y su problemática no puede entenderse o explicarse sino dentro del contexto de su región y del sistema político, económico y social al que pertenece y que obedece y tiene las características esenciales de un acelerado ritmo en el crecimiento de la población, elevada proporción de desempleo

En el caso de las adicciones, no es afectado solamente el individuo que consume sustancias, sino también su familia y su entorno los que resultan perjudicados, esto es, la sociedad en general, y ello se refleja en los innumerables gastos en los que se incurre no sólo para comprar las sustancias que consume y abusa, sino también el ausentismo laboral, la disrupción familiar, los accidentes de tránsito, los gastos médicos, etc.

Otro aspecto es el narcotráfico que se ha convertido en el más alto riesgo para la seguridad nacional, para la salud de la sociedad y para la tranquilidad pública. Es un peligro para todo el ser humano y especialmente para los jóvenes. Enfrentarlo ha costado muchas vidas y una gran cantidad de recursos que podrían dedicarse para atender los rezagos y carencias sociales que padecen muchas de nuestras

comunidades como lo es Ciudad Nezahualcóyotl, invirtiendo dichos recursos en canchas deportivas, centros culturales, bibliotecas y reforestación, entre otros

La familia también provee de ciertos mecanismos que los autores especializados llaman factores de protección (Hawkims y Cois 1992), que hacen que el individuo al enfrentarse con situaciones difíciles, sepan como resolverlas, pero no a través del uso de las drogas. Sin embargo, un sujeto con problemas de personalidad y familiares y una estructura mental no sana, es más proclive a caer en el consumo desmedido y los denominados factores de riesgo se incrementan en este caso. Por ello es que se insiste mucho en la familia sobre protectora, como propiciatoria ante los problemas de consumo de sustancias. Asimismo, fuera de la familia, existen grupos de pares, bandas juveniles y asociaciones de diversos tipos de amigos que pueden influir decisivamente en el consumo de drogas. En este sentido, la historia de la dinámica familiar de un sujeto en relación a su desarrollo infantil, es donde surgen los puntos nodales a considerar en el posible surgimiento de conductas problemáticas posteriores, tales como el uso y abuso de sustancias que causan dependencia (Berruecos, 1989) ⁶⁹

Las metas de salud mental en el contexto preventivo, se refieren a evitar los desórdenes, fomentar la salud a través de la educación y el saneamiento del medio psicosocial y organizar los servicios asistenciales para la atención primaria, el diagnóstico precoz y la rehabilitación, suscitando la participación de la colectividad en todas estas acciones. Para lograr este tipo de factores se requiere de la atención de:

Acciones de prevención primaria.- Se aplica a la génesis, abarcando acciones de promoción, fomento, educación y protección a la salud. La atención primaria esta dirigida al público en general, pretende la disminución de nuevos casos; la

⁶⁹ Berruecos, V. L. (1989). "El alcoholismo en México. Negocio y manipulación", México. Nuestro Tiempo, Pág. 137

promoción de la salud a través del mejoramiento del medio ambiente y la educación para la salud y protección específica. La meta es la creación de ambientes sociales y físicos, sanos y positivos, influenciando en el comportamiento de la gente y en los factores psicosociales que promueven o previenen el consumo, logrando estas acciones a través de pinta de bardas, pegado de volantes, atención a los jóvenes por vía telefónica, radio, televisión, etc.

Acciones de prevención secundaria.- Ocurre durante la etapa de evolución, implica la detección, el diagnóstico y el tratamiento, se considera importante intervenir precozmente las descompensaciones transitorias derivadas de las alteraciones en el desarrollo, que pueden llevar al consumo de drogas y que no son en algunos casos, más que reacciones de ajuste ante situaciones que pueden ser superadas. Se enfoca más en el tratamiento oportuno, el diagnóstico preciso y específico y la limitación de las incapacidades, identificando a los usuarios y tratando de minimizar o eliminar riesgos, entendidos estos, como los factores de desequilibrio que afectan la tríada epidemiológica de agente, huésped, medio ambiente, imitando la cronicidad.

Acciones de prevención terciaria.- Busca evitar las consecuencias o eliminar daños y riesgos a través de la rehabilitación, que incluye la rehabilitación de enfermos crónicos y de enfermedades de otro tipo, por ejemplo de cirrosis que generan incapacidad, es básica en la restauración de las funciones afectadas y la compensación de las deficiencias. Se aboca a la rehabilitación y a evitar la invalidez reduciendo el nivel general de deterioro del enfermo y tratando de reinsertarlo socialmente.⁷⁰

⁷⁰ Berrucos V. L., Castro S. Ma. Elena y colaboradores, (1994). "Curso básico sobre adicciones", México Fundación "Ama la vida", pag 134-135.

Sin embargo, estas serie de acciones requieren una planeación y organización para el desarrollo de sus propuestas, para definir no solo las acciones y fines, sino también los recursos que se requieren para llevarlas a cabo, las cuales a continuación se definirán a través del plan de acción para un programa de prevención.

6.2. PROPUESTA DE PREVENCIÓN

Es importante señalar que toda propuesta de prevención debe estar inserta en un programa integral de educación para la salud, ya que son una amplia gama de factores individuales, familiares y sociales los que siempre van a estar incidiendo para tomar una serie de decisiones, y más aún cuando en el caso del joven farmacodependiente se presenta una desintegración con su familia, y ésta con su propio contexto social entre otros elementos que se hacen necesarios de atender, para prever e incidir de una manera efectiva

La propuesta de prevención debe involucrar la participación de la comunidad en la elaboración, aplicación y evaluación de las acciones, objetivos y metas del programa, organizando pláticas que permitan sensibilizar e involucrar a la población sobre sus necesidades de salud y seguridad pública y de desarrollo personal, familiar y social. Debe también contribuir en las acciones de evaluación corresponsable de cada programa en sus diferentes niveles, de tal forma que nos permita realizar una retroalimentación constante, en la implementación del mismo.

Informando a la comunidad a través de pláticas con la premisa de que el consumo de drogas por lo general es siempre la manifestación de ciertas necesidades del individuo, donde también el ambiente llega a adquirir importancia como escenario, esta información no es proporcionada en forma indiscriminada ni con la intención de que se reciba pasivamente, sino que se relaciona con las actitudes y los valores del grupo al que está dirigida.

Es necesario el fortalecer la participación y articulación de las diferentes instituciones para garantizar un mayor avance en la realización y resultados de dichos programas.

El objetivo principal de la prevención, según las propuestas institucionales, es evitar o reducir la incidencia o gravedad de los problemas relacionados con la utilización de drogas que producen dependencia.

PLAN DE ACCIÓN PARA UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN

Un plan de acción comprende una serie de actividades específicas que se desprenden de un diagnóstico local y que por tanto, se encamina a objetivos tanto generales como específicos. Esta serie de actividades constituyen propiamente lo que llamamos, "intervención preventiva", por lo que para diseñarla será indispensable un diagnóstico previo y con una evaluación posterior. Por lo anterior, el plan de acción es un instrumento técnico-metodológico y administrativo que garantiza el que un programa de prevención sea el producto de una intervención científica capaz de ser comunicada, reproducida, evaluada y en un caso modificada.

Un plan de acción para la prevención de problemas relacionados con el abuso de sustancias esta conformado de tres fases:

- 1).- Formación de una red de trabajo para la prevención de problemas relacionados con el abuso de sustancias en la comunidad.
- 2).- Diseño del programa de prevención.
- 3).- Recursos humanos, materiales y comunicación.

1.- RED DE TRABAJO PARA UN PLAN DE ACCIÓN DE UN PROGRAMA PREVENTIVO.

El nuevo paradigma para la prevención, que da mayor énfasis a la autogestión y la participación de la comunidad en el diseño y planeación de las acciones de prevención, obliga necesariamente a un nuevo procedimiento al implementar programas de acción preventiva.

No es posible estar de acuerdo con la participación y la autogestión y continuar con los viejos procedimientos en los que un sólo coordinador responsable es el que diseña los programas. Se sugiere, entonces que el primer paso sea que el responsable o coordinador, facilite la formación de una red de trabajo que incluya representantes de la comunidad y de las instituciones involucradas que promuevan la existencia del programa (planteles escolares, delegaciones políticas, centros de salud, institutos de investigación, organismos internacionales, organismos gubernamentales y no gubernamentales, etc). Si la comunidad no interviene desde el inicio, las probabilidades de fracaso o bajo impacto de la acción preventiva son altas.

Características de una red de trabajo.

- La organización debe ser horizontal.
- Las personas ocupan roles y funciones dentro de la red, algunos de los cuales son de coordinación, otros de planeación y diseño y otros de acción.
- Todos los roles funcionales son importantes para el resultado final.
- Las poblaciones jerárquicas y los puestos de poder, deben ser suprimidos totalmente, pues pueden entorpecer el adecuado desarrollo del programa.
- La inclusión en la red debe ser voluntaria.
- La red debe ser conocida y avalada por todos los sectores de la comunidad, principalmente los directivos.

- Toda red debe especificar una visión y una misión propia, para el programa en la comunidad.
- La organización comunitaria debe aceptar la existencia formal de la red, por lo que debe autorizar tiempos y lugares de reunión.
- Una red que no es apoyada por las autoridades no progresara.
- Recordar que la prevención es una actividad que requiere:

Un programa

Un tiempo.

Un espacio.

Un presupuesto

- La prevención no es una actividad opcional y no remunerada, por el contrario es tan importante como las clases mismas, la disciplina y otras actividades dentro de la comunidad.

Pasos para formar una red de trabajo para la prevención en la comunidad.

- 1.- Convocar a toda la comunidad a participar en la creación de un programa de prevención.
- 2.- Formar un equipo con representantes de todos los sectores de la comunidad (maestros, estudiantes, padres, directivos, orientadores, vecinos grupo de jóvenes, comerciantes, trabajadores en centros de salud, etc.), la inclusión en el equipo debe ser voluntaria.
- 3.- Estudiar y discutir el tema "prevención del uso y abuso de drogas", analizando las ventajas del uso de una red de trabajo para la prevención del uso de sustancias en la comunidad.

Ventajas del uso de una red de trabajo para la prevención del uso de sustancias en la comunidad.

- 1.- El proceso de comunicación que se produce al crear la red, y al tomar juntos un curso de capacitación, crea un "sentido de comunidad", indispensable para la educación preventiva integral.
- 2.- El programa no es entonces responsabilidad de una sola persona, sino de todas las que voluntariamente se incluyeron a la red de trabajo.
- 3.- El programa entonces no será algo ajeno sino propio y construido por todos.
- 4.- La formación de la red, es en si misma la nueva organización que se requiere para aplicar los principios de la educación preventiva integral.

2.- DISEÑO DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN.

Después de haber formado la red de trabajo se procede al diseño del programa en el cual estarán enmarcadas las acciones

- 2.1.- Diagnóstico
- 2.2.- Intervención
- 2.3.- Seguimiento.
- 2.4.- Evaluación.

Valorar la situación de la comunidad y determinar la proporción de adolescentes en cada una de las etapas del proceso de convertirse en adicto:

- a). Bajo y mediano riesgo.
- b). Alto riesgo y experimentación.
- c). Uso social.

- d). Abuso.
- e). Dependencia química.

Este diagnóstico es muy importante, suele suceder que las cifras por comunidad varían de las estimaciones nacionales, por lo que cada aproximación requiere un programa diferente.

2.2.- Intervención.

Diseño e implementación de un plan de acción comunitaria en congruencia con el diagnóstico. Las acciones pueden incluir medidas directas, indirectas, dirigidas a grupos y redes de intervención individual o grupal enfocadas a usuarios, por lo tanto, todo programa incluye medidas de prevención primaria o secundaria y adecuadas canalizaciones.

2.3.- Seguimiento

La red de trabajo supervisa la implantación del programa y asegura su mantenimiento, constancia y subsistencia a través del tiempo.

2.4.- Evaluación.

Se construyen desde el inicio indicadores para evaluar los resultados y el proceso del programa.

En el plan de acción se debe especificar y tener claridad sobre las estrategias para implementar las actividades o acciones preventivas: estas acciones pueden ser focalizadas, grupales o institucionales, dependiendo de la intensidad del programa de prevención en el que este enmarcado el plan de acción.

Indicadores de la evaluación.

1.- Individual.- Identificando la disminución del número de adolescentes de acuerdo a su etapa de convertirse en adictos, la disminución y erradicación del abuso de sustancias.

2.- Familiar.- Acciones de integración familiar, de apoyo familiar al proceso de autoestima e identidad del adolescente, la relación padres e hijos, la comunicación, roles de trabajo, tiempo que pasan los padres con los hijos, actitudes afectivas de los padres hacia los hijos.

3.- Social.- Funcionamiento de las redes, formación de comités, número de programas creados, número de representantes participantes, número de instituciones involucradas, avances de procesos autogestivos

Las estrategias focalizadas generalmente son apropiadas para miembros en la comunidad en alto riesgo que ya están consumiendo drogas y que se benefician de acciones de intervención múltiple. Este tipo de programas les corresponde por lo general a los orientadores, psicólogos o psicopedagogos de un plantel escolar, psicólogos o trabajadores sociales de un centro de salud, centro comunitario o centro de desarrollo social.

Las estrategias grupales, incluyen el trabajo con los grupos comunitarios inscritos al programa y tienen como fin la transmisión de los mensajes preventivos a la comunidad.

Las estrategias institucionales, involucran a toda la comunidad pero dependen fundamentalmente de la organización y políticas de las instituciones involucradas en el plan de acción, por lo que con frecuencia requiere de la involucración de los funcionarios de las instituciones; escuelas, delegaciones políticas, institutos, etc.

3.- RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y COMUNICACIÓN

Un plan de acción como el que se propone requiere de :

- Personal especializado en investigación
- Participación comunitaria .
- Tiempo, que debe ser remunerado de alguna forma, ya que sin suficientes recursos humanos y financieros no puede ser efectivo.

Una de las principales funciones de la red de trabajo será entonces aprender a gestionar y obtener los recursos que el programa de prevención y su correspondiente plan de acción necesita, cada acción de cada fase del plan debe contemplar costo y recursos humanos asignados.

Cada una de las fases del plan de acción, requiere de suficiente comunicación y difusión tanto al interior como al exterior de la red de trabajo y con las personas clave institucionales, interesadas en conocer la marcha y desarrollo del plan de acción del programa correspondiente.

Por tanto, las actividades a desarrollar en cada fase, deben especificar, cómo y a quién se van a comunicar los logros, fracasos y dificultades: esto por lo general no se hace por lo menos en nuestro país.

Las instituciones y los profesionales, son demasiado "celosos" de sus resultados, actitud que fomenta la competencia y no hace progresar a la línea de investigación preventiva.

Comunicar nuestras experiencias y socializar lo encontrado, puede ayudar al ambiente de competencia y rivalidad que se ha generado, para sustituirlo por una actitud de cooperación y solidaridad con los profesionales e instituciones asociados a la prevención.

Para finalizar, hay que recordar que tal como lo menciona Senge (1990) un plan de acción sin visión, será un plan que disminuya las probabilidades de éxito al enfrentar la gran cantidad de obstáculos y dificultades que surgen habitualmente. Una visión es una fuerza en el corazón, una fuerza de enorme poder. La red de trabajo tendrá una visión propia del programa y del plan de acción que será la fuerza y el poder para salir adelante con las dificultades técnicas, económicas y políticas que tendrá que enfrentar para implementar el plan de acción tal y como la propia red lo ha decidido. La convicción de que "si se puede neutralizar la tendencia a la autodestrucción de los seres humanos",⁷¹ es una visión que nos dará fuerza para luchar en el diseño e implementación de un plan de acción para la prevención de problemas relacionados con el abuso de sustancias.

Los programas de prevención pueden dividirse en cuatro grandes grupos (Bukoski, 1991) que son:

- 1.- Programas de información.-** Describen las consecuencias físicas y psicológicas de consumo de sustancias, incluyendo los programas de comunicación masiva de educación para la salud, panfletos y otros materiales de difusión.
- 2.- Programas de educación.-** Diseñados para remediar deficiencias en las habilidades sociales y psicológicas, mejora la comunicación interpersonal,

⁷¹ Senge, P. (1990), "La quinta disciplina", Vergara Granica: Buenos Aires, Argentina, pag 60

promueve la autocomprensión y aceptación y desarrolla diferentes estrategias para contrarrestar las influencias del medio ambiente hacia la experimentación y el uso continuado de sustancias

3.- Programas alternativos.- Proporcionan a los individuos en riesgo oportunidades para desarrollarse en acciones que son opuestas al consumo de sustancia, incluyen actividades deportivas al aire libre, culturales y de apoyo comunitario entre otros.

4.- Programas de intervención.- Se dirigen especialmente a la población en riesgo con el objeto de lograr el avance de la enfermedad, buscar el diagnóstico temprano y brindar atención a los adictos. Pueden oscilar desde planes para la intervención en crisis, consejería por parte de pares, hasta terapia individual o familiar.

En este programa de prevención el generar procesos autogestivos debiera ser un objetivo muy importante porque la autogestión permite descubrir condiciones de mejor rendimiento y creatividad, además siempre los cambios son aceptados y realizados con mayor facilidad cuando son promovidos y decididos por los mismos interesados, en este sentido la autogestión implica:

A) Formación de grupos de discusión.- Aquí se decide el criterio para formar los grupos ya sea de vecinos, de jóvenes, de religiosos, de maestros, de padres de familia, comerciantes, etc. Después se elegirán conductores que representen o tipifiquen las características del grupo de referencia. Estos conductores seleccionarán a un número determinado de individuos que pertenezcan al grupo de referencia, quienes están considerados como informantes calificados y se encargarán de realizar los diagnósticos comunitarios.

B) Escalas de riesgo.- El modelo epidemiológico clásico (mecanismo mediante el cual la información generada por diferentes fuentes es recopilada, procesada y analizada, y se pone a disposición de los interesados) asume la interacción medio-huesped-agente, algunos de estos indicadores caracterizan un medio facilitado, otras son características del joven. Una vez seleccionado el grupo de informantes y sus respectivos coordinados comunitarios, se cita a estos últimos a un curso de entrenamiento en que se les habilita en el manejo de escala y la forma de indagar la presencia o ausencia de estos indicadores en los jóvenes de cada uno de los grupos de referencia

C) Taller de discusión.- El coordinador del programa debe de graficar los resultados y los presenta para que sean conocidos y discutidos por toda la comunidad en una reunión taller abierto a todos los conductores de grupo, a todos los informantes calificados y a todo aquel miembro de la comunidad interesado en los resultados

D) Diseño del programa.- El coordinador y el equipo técnico diseñan el programa de intervención de acuerdo con los resultados del diagnóstico y tomando en cuenta las propuestas de acción de la propia comunidad. El coordinador del programa deberá ser una persona que facilite el proceso autogestivo y que además disponga de manuales, bibliografía y técnicas para construir mensajes preventivos, tanto en los medios de comunicación como en las comunicaciones con pequeños grupos, a través de folletos, carteles, cursos vivenciales, etc., debiendo tener siempre material actualizado y disponible sobre educación preventiva, esta fase requiere de tecnología especializada en prevención del uso indebido de drogas y es la que ahora hará posible la evaluación científica del programa

Si bien el objetivo medular del trabajo es analizar y desarrollar las acciones que existen en relación a la prevención a las adicciones, también se mencionarán

algunas estrategias relacionadas a la atención, con la intención de visualizar las acciones de un programa de atención integral para la farmacodependencia.

Para tal efecto, nuestra propuesta de prevención estará dirigida hacia el adolescente y su familia de Ciudad Nezahualcóyotl, con la finalidad de que en un futuro pueda ser tomada como guía para el psicólogo y ser aplicada en su momento, asimismo, esta propuesta esta encaminada a través de estrategias grupales, considerando las características familiares y comunitarias en las cuales se desenvuelve el adolescente, ya que como se mencionó anteriormente, es dirigida a grupos comunitarios y que tiene como fin la transmisión de los mensajes de prevención. De tal forma, también quedará incluida dentro de un programa de información y alternativas. (ver anexo 5)

6.3. EVALUACIÓN

Las preguntas básicas fundamentales para la evaluación pueden agruparse también en tres grandes grupos.

1.- Sobre el programa.

¿Cuál fue la teoría en la que se apoyo la acción?, ¿En qué contexto sociocultural se aplicó el programa?, ¿Cuál fue el contenido?, ¿Con qué intensidad se aplicó?, ¿Cuál fue su calidad?, ¿Cómo se adecuó el programa a la teoría? (Validez interna).

2.- Sobre su eficiencia.

¿Cuál fue el costo - beneficio?

3.- Sobre su aplicabilidad.

¿Cuál es la posibilidad de generalizar los hallazgos a otras poblaciones? (Validez externa).

Son también tres los niveles de evaluación.

- 1) Proceso de instrumentación del programa.**
- 2) Logros alcanzados.**
- 3) Impacto sobre el problema.**

1) La evaluación del proceso se relaciona con las actividades que formaron parte del programa, los recursos humanos empleados y el tiempo de ejecución, entre otros componentes.

2) Los logros o resultados se evalúan en función de los cambios observados en las personas que recibieron el programa, el costo beneficio pretende determinar si los resultados logrados justifican los recursos invertidos. Se relaciona con preguntas tales como; ¿Se usaron los recursos lo más eficientemente posible?, ¿Los servicios-programas son eficientes para lograr los resultados inmediatos deseados?, ¿Se producen los efectos deseados a largo plazo de manera eficaz?.

3) El impacto se evalúa en función de los efectos en el nivel comunitario en cuanto a cambios en el consumo de drogas.

Los modelos de investigación permitirán conocer que estrategias funcionaron mejor, para qué población, en que situaciones y por cuánto tiempo. Propician evaluar la adecuación entre la teoría y los resultados y contribuyen así al desarrollo de nuevos paradigmas o adecuaciones a los conceptos ya existentes. Permiten también determinar los mejores métodos para evaluar la eficacia y la efectividad de los programas. La efectividad de un programa se refiere a los resultados e impacto alcanzados, la eficiencia es el equilibrio que se obtiene del esfuerzo invertido y la efectividad alcanzada y que se conoce también como costo-beneficio.

CONCLUSIONES

El fenómeno de la marginalidad es una realidad de los países dependientes, en donde es cada vez más evidente el crecimiento de áreas para vivienda que en condiciones muy precarias rodean a las grandes ciudades como es el caso de la ciudad de México, generando con esto formas de organización peculiar en su estilo de vida.

Ciudad Nezahualcóyotl desde los años 60s a la fecha es considerado como un pueblo de crecimiento poblacional importante ubicado al oriente de la ciudad de México, que no sólo proporciona las condiciones mínimas de servicio de seguridad de salud, culturales y educativas, sino también, genera una serie de problemáticas sociales que inciden en las formas de desarrollo de sus jóvenes y su población en general.

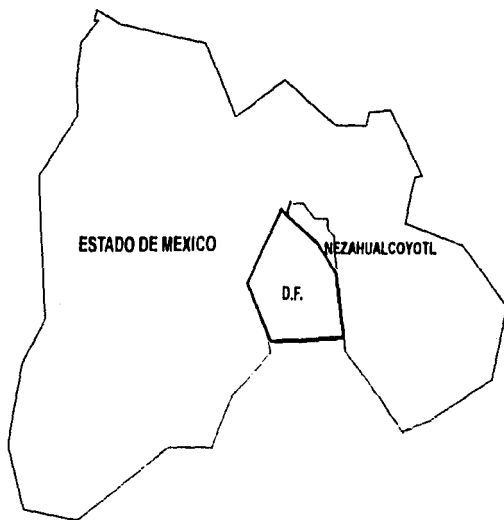
El fenómeno de la farmacodependencia ha tenido una relevante presencia en dicho municipio, razón por la cual se ha generado diferentes acciones de carácter tanto personal, familiar, como institucional que no han logrado incidir de una manera significativa en la disminución y en la prevención del consumo de sustancias o fármacos que atentan contra la salud y la integridad individual de los jóvenes y sus familias. Frente a las carencias emocionales y afectivas, el desarrollo educativo y cultural que tiene el joven farmacodependiente, no sólo resulta necesario sino urgente el crear programas y proyectos de atención y prevención que consideren estas necesidades, respetando siempre sus propias formas de organización y participación para resolver dichas problemáticas.

El problema de la farmacodependencia exige un programa de prevención grupal que proporcione la información oportuna a través de un equipo multidisciplinario

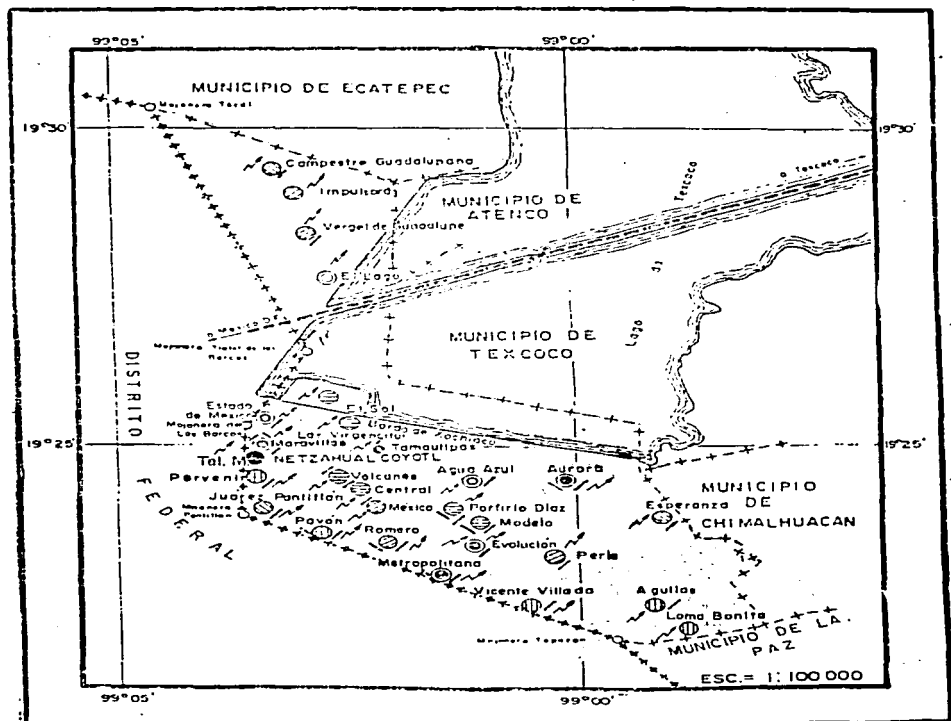
que incida en la calidad e interacción de sus formas de vida familiar que permita el desarrollo y maduración de los jóvenes como persona. Es por ello, que se propone un programa de prevención para el adolescente farmacodependiente y su familia que le permita disminuir sus riesgos y daños que lo afectan tanto individual, como familiar y socialmente.

Finalmente, el fomentar la organización grupal autogestiva, el respetar sus propuestas de organización y participación, el sensibilizar en la modificación de actitudes, el fomentar una mayor integración familiar aunado al apoyo interinstitucional, es una de las acciones de prevención que se consideran más efectivas para poder proporcionar pautas de desarrollo integral mucho más completas.

ANEXOS

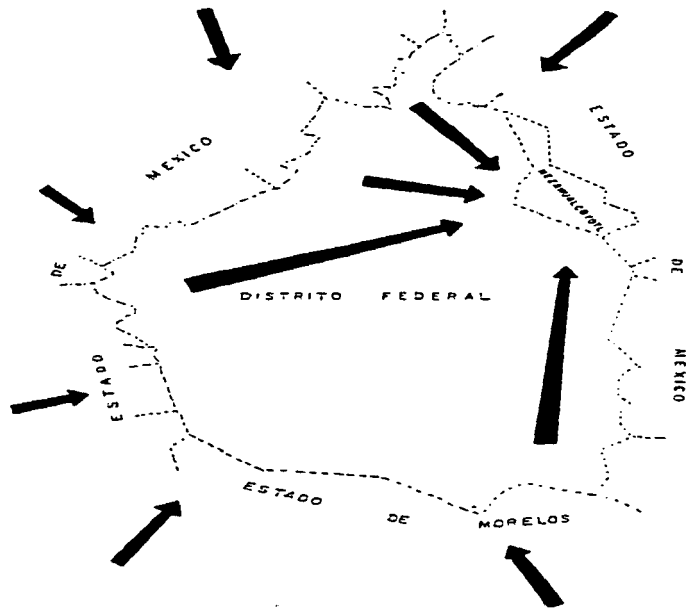


Nezahualcóyotl, Municipio del Estado de Mexico, se localiza en las zonas sub-urbanas de la Ciudad de México y dentro del área metropolitana.



Fuente: Depto. de Estadística y Estudio Económico de la Dirección
de Promociones del Gobierno del Estado.
H. Ayuntamiento de Netzahualcoyotl, 1973.

(ANEXO 2)



Las migraciones constituyen una de las formas de la movilidad social, producidas por diversos factores, destacando el económico. El desplazamiento de grupos de bajos ingresos hacia Nezahualcóyotl provienen en gran parte, del propio Distrito Federal y de las diversas regiones rurales del país.

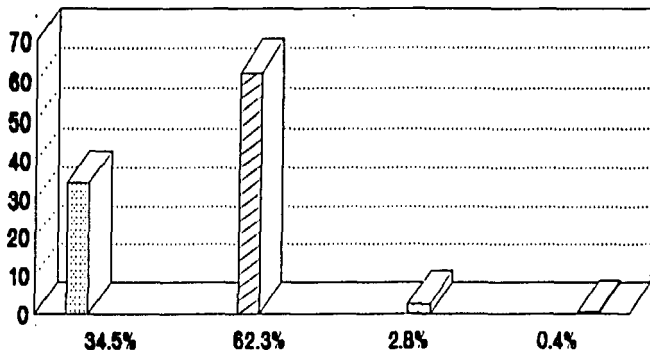
(ANEXO 3)

Fuente: Manual del Colono de Nezahualcóyotl, 2a. edición, 1978.
Folleto de Educación Popular elaborado por SEPAC.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN CONTRA LAS ADICCIONES

OBJETIVOS	ESTRATEGIAS	PLAN DE ACCION	RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES	EVALUACION
<p>Identificar y disminuir los factores y condiciones -- de riesgo.</p>	<p>Estrategias Grupales que incluyan el trabajo con los grupos comunarios inscribidos al programa y tienen -- como fin la transmisión de los mensajes preventivos a la comunidad.</p>	<p>Convocar a toda la comunidad a participar en la creación de un programa de prevención</p>	<p>Gestionar y obtener los recursos que el plan de acción necesita.</p>	<p>1) Diagnóstico, valorar la si- de la comunidad y determinar la proporción de estudiantes en cada una de las etapas del pro- ceso de convertirse en adicto.</p>
<p>Fomentar una actitud que promueva y conserve la -- salud, reforzando factores que protejan al adolescen- te, el individuo, la familia y la sociedad de los pro- blemas causados por el abuso de sustancias.</p>	<p>Programa de Información donde se describirán las consecuencias físicas y -- psicológicas de consumo de sustancias por medio -- de la comunicación masiva y otros materiales de difu- sión.</p>	<p>Formar un equipo de re- presentantes de todos los sectores de la comu- nidad (maestros, estu- diantes, padres, direc- tivos, vecinos, grupos de jóvenes, etc.) La inclu- sión del equipo debe ser voluntaria</p>	<p>Se requiere que el presu- puesto se adapte al progra- ma y no al revés</p>	<p>2) Intervención, las acciones pueden incluir medidas direc- tas, indirectas o dirigidas a las redes de intervención grupal enfocadas a usuarios, incluyen- do medidas de prevención pri- maria o secundaria y adecua- das canalizaciones.</p>
<p>Promover la concientiza- ción y participación de la sociedad con respecto a los riesgos frente al uso de estupefacientes</p>	<p>Programas alternativos -- donde se le proporciona al individuo en riesgo oportu- nidades para desarrollar -- acciones opuestas al con- sumo de drogas a través -- de actividades deportivas al aire libre, culturales y de apoyo comunitario</p>	<p>Estudiar y discutir la pre- vención del uso y abuso de drogas con el equipo</p>	<p>Se requiere de: tomar en cuenta al personal espe- cializado, a la participa- ción comunitaria y el tiem- po, que alguna forma debe- ser remunerado</p>	<p>3) Seguimiento: la red de traba- jo supervisa la implementación del programa y asegura su mantenimiento, constancia y consistencia a través del tiem- po</p> <p>4) Evaluación: se construye -- desde el inicio indicadores pa- ra evaluar los resultados y el proceso del programa y se eva- lua a través de 3 niveles:</p> <p>a) proceso de instrumentación del programa</p> <p>b) Logros alcanzados.</p> <p>c) Impacto sobre el problema.</p>

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION POR GRANDES GRUPOS DE EDAD 1990



CD. NEZAHUALCOYOTL

 0 a 14 años

 15 a 64 años

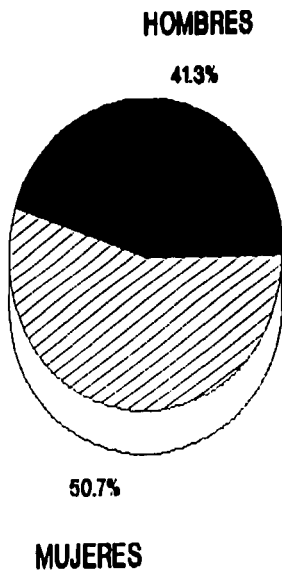
 65 y más años

 No especificado

(GRAFICA 1)

Fuente: XI CENSO GENERAL DE POBLACION Y VIVIENDA, 1990.
Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI).
Estado de México, Perfil Sociodemográfico.

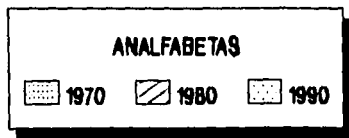
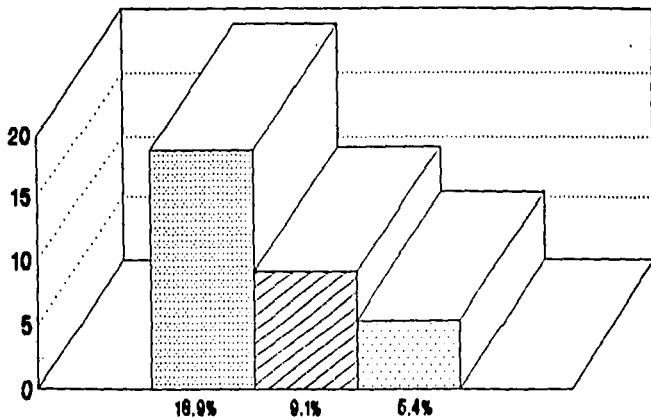
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION DE NEZAHUALCOYOTL POR SEXO 1990



(GRAFICA 2)

Fuente: XI CENSO GENERAL DE POBLACION Y VIVIENDA, 1990.
Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI).
Estado de México, Perfil Sociodemográfico.

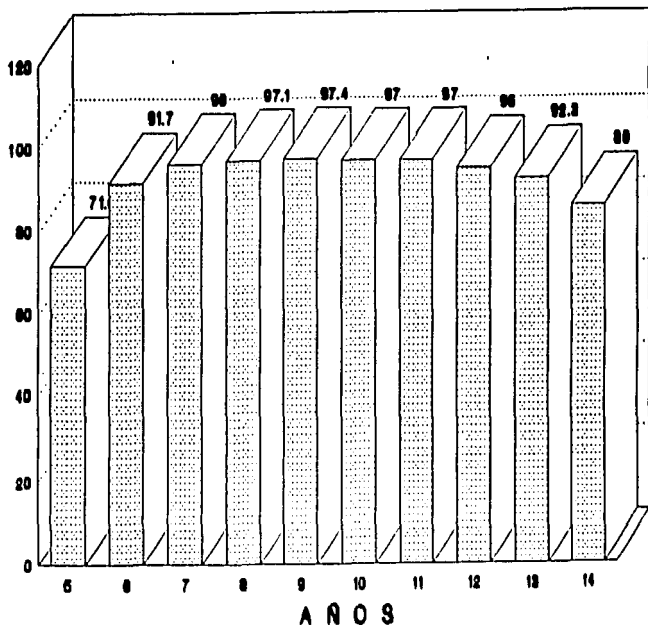
PORCENTAJE DE LA POBLACION ANALFABETA DE MAS DE 15 AÑOS EN CD. NEZAHUALCOYOTL 1990



(GRAFICA 3)

Fuente: XI CENSO GENERAL DE POBLACION Y VIVIENDA, 1990.
Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI).
Estado de México, Perfil Sociodemográfico.

**PORCENT. DE LA POBLACION QUE ASISTE A LA
ESCUELA DE 5 A 14 AÑOS DE EDAD, 1990
NEZAHUALCOYOTL**

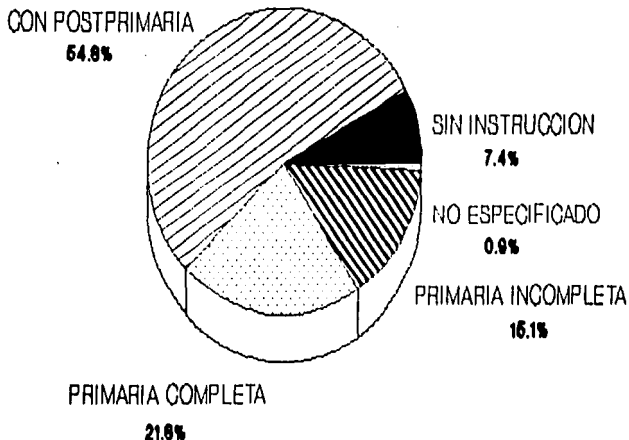


(GRAFICA 4)

Fuente: XI CENSO GENERAL DE POBLACION Y VIVIENDA, 1990.
Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI).
Estado de México, perfil Sociodemográfico.

DISTRIB. PORCENTUAL DE LA POBLACION DE MAS DE 15 AÑOS POR NIVEL DE INSTRUC. NEZAHUALCOYOTL 1990

EDUCACION ELEMENTAL (PRIMARIA)



(GRAFICA 6)

Fuente: XI CENSO GENERAL DE POBLACION Y VIVIENDA, 1990.
Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI).
Estado de México, Perfil Sociodemográfico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilar, A., (1991), **"El paradigma cibernético del estudio de las emociones"**. Investigación Psicológica, México Trillas.
2. Aguirre Beltrán Gonzálo, (1980), **"Medicina y Magia: El proceso de aculturación en la estructura colonial"**, México: Institucional Indigenista.
3. Alcaraz Víctor M , y colaboradores, (1983), **"Drogaas y Conducta"**, México, Trillas.
4. Anderson, R M , (1968), **"A Behavioral Model of families. use of Health Services"**, Chicago University of Chicago, Center for Health Administration Studies, Research Series 25
5. Arias R , J A , y colaboradores , (1990), **"La familia del adicto y otros temas"**, Buenos Aires Nueva Visión
6. Arreola, Gerardo, (1986), **"Las ciudades perdidas"**, Col. Testimonios, México: Fondo de Cultura Económica
7. Asociación Psiquiátrica Americana, (1996), **"DSM-IVR "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales"**, Barcelona: Masson.
8. Bandura, Albert, (1975), **"Modificación de conducta, análisis de la agresión y la delincuencia"**, México Trillas
9. Belssaso Guido, Dr. **"Como identificar las drogas y sus usuarios"**, México S E P.
10. Bernal Hernández, Elsy Evelin, (1986), **"Farmacoependencia y Dinámica Familiar"**, México. Tesis UNAM.
11. Berruecos V L, Castro S Ma Elena y colaboradores, (1994), **"Curso básico sobre adicciones"**, México: Fundación "Ama la vida".
12. Berruecos, V L (1989), **"El alcoholismo en México. Negocio y manipulación"**, México Nuestro Tiempo.
13. Branden Nataniel, Dr. (1995), **"Como mejorar su autoestima"**, México: Paidós.
14. Centros de Integración Juvenil A C , (1991), **"Manual de capacitación para el voluntariado"**, México, CIJ.
15. Climet, C., Argón L , (1986), **"Factores asociados con el uso de drogas en estudiantes de secundaria en California, Colombia"**, parte I aspectos epidemiológicos y psicométricos, Colombia.
16. CONADIC (Consejo Nacional contra las Adicciones), (1993), **"Un nuevo Material Didáctico"**, México Secretaría de Salud
17. Consejo Nacional contra las Adicciones, (1995) **"Programa contra la farmacodependencia 1995"**, Coordinación General Secretaría de Serv. Salud: CONADIC.
18. Constanza Aguirre y colaboradores., (1993), **"Con los jóvenes"**. Santiago: Manual para formar agentes de prevención en alcohol y drogas.

19. **COPLAMAR**, (1983). **"Necesidades esenciales en México, situación actual y perspectivas al año 2000"** (Geografía de la Marginación), México: Siglo XXI.
20. Cuellar Torres, Linda del Rosario, (1991), **"Familia Farmacodependiente y Marginación"**, México: Tesis UNAM.
21. Culebro Sosa, Carlos Hiram, (1989), **"Propuesta de un modelo de diagnóstico para programas de prevención de la farmacodependencia en el estado de Chiapas"**, México: Tesis UNAM
22. De la Garza, Fidel y colaboradores, (1987), **"La juventud y las drogas"**, México, Argentina, España, Colombia Trillas.
23. De la Rosa, Martín, (1994), **"Nezahualcōyotl, Testimonio No. 19"**, México: Fondo de Cultura Económica.
24. Esparza García José de Jesús, (1986), **"Adolescencia: segundo proceso de individualización"**, México: Tesis UNAM.
25. Fromm, E., (1979), **"Anatomía de la destructividad humana"**, México: Siglo XXI.
26. Gadea de Nicolas, Luis, (1992), **"Escuela para padres"**, México: ICED.
27. González Forteza, Catalina F. y colaboradores, (1993), **"Fuentes de conflicto, recursos de apoyo y estado emocional en adolescentes"** Revista Salud Mental, Vol 16 No 3 Septiembre 1993, México Instituto Mexicano de Psiquiatría.
28. González González, Eugenio, (1982), **"Bandas Juveniles"**, Barcelona: Herder.
29. Gringer, Robert, (1994), **"Adolescencia"**, México: Limusa.
30. Howard F. Conn, y colaboradores, (1974), **"Medicina Familiar (teoría y práctica)"**, México Interamericana
31. Huitrón, Antonio, (1975), **"Misericordia y Grandeza de una Nación"**, México: Nezahualcōyotl.
32. Hurlock, (1991), **"Psicología de la adolescencia"**, México: Paidós.
33. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), **"Primer Congreso Institucional de Fomento de la Salud ante las Adicciones"**, México: Autor.
34. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), **"Programa Educativo de Fomento de la Salud contra las Adicciones"**, México: Autor.
35. Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e Informática (INEGI), **"Estado de México, Perfil Sociodemográfico, XI Censo General de Población y Vivienda 1995"**, México: Autor.
36. Kisker, George, (1984) **"La Personalidad Desorganizada"**, México: Trillas.
37. Leñero Otero Luis, (1994), **"Las familias en la ciudad de México"**, Investigación Social sobre la variedad de las familias, sus cambios y perspectivas, México: Instituto Mexicano de Estudios Sociales A.C.
38. Leñero Otero Luis, (1994), **"La investigación de la familia en México"**, México: Instituto Mexicano de Estudios Sociales.
39. Leontiev, A. N., (1982), **"Psicología Social"**, Moscú: Cártago.

40. Linton, Ralph, (1992), **"Cultura y Personalidad"**, México: Fondo de Cultura Económica
41. Lommitz, Larissa, (1994), **"Como sobreviven los marginados"**, México: Siglo XXI.
42. Male, Pierre, Dr., (1970), **"Psicoterapia del adolescente"**, Barcelona: Miracle.
43. Martínez Montes, Ma de Lourdes, (1985), **"Farmacodependencia en México"**, México: Tesis UNAM
44. Mckinney, Jhon Paul y colaboradores, (1982) **"Psicología del Desarrollo"**, México: Manual Moderno
45. Mendoza Cárdenas, Alicia, (1991), **"Evaluación de un programa preventivo de farmacodependencia en adolescentes"**, México: Tesis UNAM.
46. Muñoz Fuentes, Margarita, (1988), **"Farmacodependencia y condiciones socio-económicas en Ciudad Nezahualcóyotl (Estudios de casos atendidos por Centros de Integración Juvenil 1983-1986)"**, México: Tesis UNAM.
47. Mussen P. Henry y colaboradores, (1978), **"Desarrollo de la personalidad en el niño"**, México Trillas.
48. Organización Mundial de la Salud, O M S., (1974), **"Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependiente. 20avo. informe"**, (Serie de Informes Técnicos, No 551) Ginebra Suiza
49. Organización Mundial de la Salud, O M.S., (1981), **"Estrategia Mundial de Salud para todos en el año 2000"**, Ginebra: Suiza
50. Pepin, Louise, (1975), **"Psicología de los adolescentes"**, Barcelona: España.
51. Poder Ejecutivo Federal, (1995), **"Programa Nacional para el Control de Drogas 1995-2000"**, México Autor
52. Ponce de León Rosalba Esmeralda, (1990), **"Los marginados de la ciudad. La educación en las comunidades"**, Centro de Investigación para la Integración Social, México Trillas.
53. Rivera de Tarrab, Beatriz, Psic. y colaboradores, (1994), **"El adolescente de escuelas oficiales de México, sus intereses, necesidades y costumbres"**, México DIF.
54. Rodríguez Estrada Mauro y colaboradores, (1988), **"Autoestima (clave del éxito)"**, México: Manual Moderno.
55. Schnaker Ayechu, Hugo, (1992), **"El comportamiento del consumidor"**, (2a. ed) México Trillas
56. Senge, P. (1990), **"La quinta disciplina"**, Vergara Granica: Buenos Aires.
57. Serie de informes Técnicos No. 551, (1974), **"Comité de expertos de la OMS en farmacodependencia 20avo. informe"**, Ginebra: Suiza.
58. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, (1994), **"El adolescente de escuelas oficiales de México, sus intereses, necesidades y costumbres"**, México: DIF.

59. Soriano Rodríguez, María A., (1992), **"Farmacodependencia"** México: Tesis UNAM.
60. Souza y Machorro Mario, (1980), **"Educación en Salud Mental para Maestros"**, México: Manual Moderno.
61. Souza y Machorro, (1988), **"Educación en Salud Mental para maestros"**, México: Manual Moderno.
62. Spitz, Rene Arpad, (1996), **"El primer año de vida del niño"**, México: Fondo de Cultura Económica.
63. Tapia C. y colaboradores, (1993), **"Las Adicciones dimensión, concepto y perspectivas"**, Farmacología de las sustancias psicoactivas. México: Manual Moderno.
64. Tordjman Gilbert Dr., (1981), **"Realidades y problemas de la vida sexual"**, México: Argos Vergara.
65. Villatoro Velázquez Jorge A., y colaboradores, (1997), **"La relación padres-hijos: una escala para evaluar el ambiente familiar de los adolescentes"** Revista Salud Mental, Vol. 20 No. 2 junio 1997, México: Instituto de Psiquiatría.
66. Weiner, I. B., (1970), **"Psychological disturbances in Adolescence"**, Nueva Yorks: Wiley.