

878525
4 2es.

UNIVERSIDAD NUEVO MUNDO

ESCUELA DE PSICOLOGIA
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA INFLUENCIA DE LAS RELACIONES FAMILIARES EN ADOLESCENTES CON PROBLEMAS DE ADICCION

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A

ASTRID MARIA SALMON FRANZ

DIRECTOR DE TESIS: LIC. LUCIA REYES ROMERO

MEXICO, D. F.

1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

260574



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

CON MUCHO CARIÑO A MIS PADRES
QUE CON SU AMOR Y CONFIANZA
APOYARON LA REALIZACION DE ESTE TRABAJO.

A MIS HERMANOS CON TODO MI CARIÑO

CON TODO MI AMOR
A MICHELLE Y ASTRID
GRACIAS POR SU AYUDA Y COMPRENSIÓN

QUIERO AGRADECER A TODAS LAS PERSONAS QUE ESTUVIERON CERCA DE MI DURANTE EL ESTUDIO DE MI CARRERA Y EN LA REALIZACION DE ESTE TRABAJO:

A MIS PADRES Y HERMANOS QUE SIEMPRE HAN ESTADO CONMIGO Y NO PERDIERON LA ESPERANZA

A MIS HIJAS MICHELLE Y ASTRID POR SU PACIENCIA

A MIS AMIGAS Y AMIGOS QUE CON SU CARIÑO Y APOYO NO PERMITIERON QUE ME DIERA POR VENCIDA.

A LA LIC. LUCIA REYES ROMERO, DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD NUEVO MUNDO POR SU ASESORIA EN LA REALIZACION DE ESTA TESIS.

INTRODUCCION.	1
CAPITULO I LA FAMILIA.	3
1.1 La formación de la familia.	3
1.2 La configuración de la familia.	8
1.3 <i>Procesos internos de la familia.</i>	13
1.4 Interacciones familiares.	15
1.5 Teoría de sistemas y familia.	16
1.6 Crisis de la familia nuclear contemporánea.	22
CAPITULO II PUBERTAD Y ADOLESCENCIA.	24
2.1 Pubertad.	24
2.1.1 Cambios físicos.	25
2.2 Adolescencia.	28
2.2.1 El adolescente y la sociedad.	31
2.2.2 El adolescente y la familia.	34
2.2.3 Factores familiares que inciden en el uso de drogas en el adolescente.	41
CAPITULO III EL ADOLESCENTE ANTE EL PROBLEMA DE LA ADICCION.	44
3.1 Adicción.	45
3.2 Clasificación de las drogas.	46
3.2.1 Tabaco.	46
3.2.2 Inhalantes.	53
3.2.3 Alcohol.	61
3.2.4 Marihuana.	74
3.2.5 Narcóticos.	82
3.2.6 Alucinógenos.	94
3.2.7 Estimulantes.	100
3.2.8 Depresores.	109

CAPITULO IV	METODOLOGÍA.	115
4.1	Objetivos.	115
4.2	Tipo de estudio.	116
4.3	Hipótesis.	116
4.3.1	Hipótesis de trabajo.	116
4.3.2	Hipótesis alternativa.	116
4.4	Variables.	117
4.4.1	Variables independientes.	117
4.4.2	Variables dependientes.	117
4.5	Población.	117
4.5.1	Criterios de inclusión.	117
4.5.2	Criterios de exclusión.	117
4.6	Material.	117
4.7	Procedimiento.	118
4.8	Tratamiento estadístico.	118
CAPITULO V	RESULTADOS	119
CAPITULO VI	CONCLUSIONES	124
	RECOMENDACIONES	126
	SUGERENCIAS	127
	APÉNDICE	128
	BIBLIOGRAFIA	130

INTRODUCCIÓN.

En todas las sociedades conocidas, los niños crecen dentro de grupos reducidos unidos por parentesco, llamados "familia". Es dentro de la familia, en donde se desarrolla y contribuye a determinar la personalidad de los hijos, así como se transmitirán maneras de interactuar emocionalmente con los demás.

La farmacodependencia y el alcoholismo son actualmente un problema de salud mental en el país, que como fenómeno de salud pública se ha incrementado notablemente en los últimos años, afectando a una parte muy importante de la sociedad que son los jóvenes.

Cualquier caso de farmacodependencia está determinado por tres unidades: la droga misma y sus efectos; la persona farmacodependiente, con sus características físicas y psicológicas; y el medio ambiente, que se refiere al tipo de sociedad donde se produce la farmacodependencia (CEMEF, 1976a).

La adolescencia es un período de la vida a través del cual el individuo se enfrenta a diversos cambios, tanto físicos como psíquicos, y cuya tarea es la adquisición de identidad propia y estable (Erikson, 1972).

Estudios realizados en México, han detectado que algunos de los factores que propician el uso de drogas, son la falta de comunicación de los jóvenes con sus padres y su inconformidad social, así como su insatisfacción con su calidad de vida (Castro, 1987).

En el caso particular del consumo de alcohol, diversas Investigaciones han mostrado que esta droga es la de mayor uso entre los jóvenes y la droga

de inicio que posteriormente se vincula con el uso de otras sustancias. (Molina, Barruecos y Sánchez, 1983).

El problema de la farmacodependencia es muy complejo y es de gran importancia el detectar los factores que de una u otra manera contrubuyen a este problema, para así ayudar en su prevención.

Esta investigación tiene como objeto el conocer el nivel de influencia de las relaciones familiares en adolescentes con problemas de adicción.

CAPITULO I

LA FAMILIA.

1.1 LA FORMACIÓN DE LA FAMILIA.

El proceso a través de la historia que ha llevado a reconocer la familia conyugal o nuclear, como un sistema predominante en las diferentes sociedades occidentales, es la consecuencia de una reducción de un grupo vasto de personas (familia extensa) a uno mínimo (familia nuclear) que tuvo una vigencia legal durante siglos.

Diversos teóricos han externado opiniones encontradas en cuanto al momento histórico en que surge la familia. Algunos opinan que se origina hace dos millones de años, otros que fue hace cien mil y no se sabe si apareció súbitamente en todos los lugares o si lo hizo en ciertas ocasiones y gradualmente.

Levy-Strauss (1984), aseguró que la formación de la familia se debe más a necesidades culturales que a naturales y que la división sexual del trabajo es necesaria para establecer una dependencia mutua entre los sexos, basada en motivos sociales y económicos.

La palabra familia tiene su origen entre los romanos, procede del latín "famulus" (que no se le da el mismo significado que en la actualidad), palabra

que se refiere al esclavo doméstico y por lo tanto, la familia es el conjunto de esclavos pertenecientes a un mismo hombre (Engels, M. 1975).

La estructura de la familia hace que cierto tipo de relaciones sexuales no sean posibles, la prohibición universal del incesto, especifica como regla general que las personas consideradas como padres e hijos(as) o hermano y hermana no pueden tener relaciones sexuales y menos casarse entre sí. Esta prohibición establece una mutua dependencia entre familias obligándolas a formar nuevas familias, con el fin de perpetuarse a sí mismas.

Gough, K. (1984), menciona que la familia es una institución humana que se desarrolla conjuntamente con el lenguaje, la previsión, la cooperación el autocontrol, la planificación y el aprendizaje cultural. De esta manera, la familia se impone desde hace muchos años porque satisface las necesidades originarias de prolongado cuidado de la prole, y por otra parte, promueve la división sexual de funciones asentando así, las bases para una futura especialización y cooperación económica.

La familia ha pasado por diversos procesos evolutivos propios.

Morgan, L (1986), refiere que los seres humanos en sus orígenes viven una etapa donde las relaciones sexuales se realizan sin trabas (oligamia) y únicamente el parentesco se puede comprobar por línea femenina, por lo cual se constituye el matriarcado, que le da una posición social privilegiada a la mujer.

La familia al continuar su desarrollo, llega a ser consanguínea, que es de larga duración. Se renueva constantemente, realizando una continuidad y una

persistencia aunque ocurra la muerte de los miembros más viejos y resienta la pérdida de aquellos que la abandonan.

A partir de este momento surge la prohibición del incesto, se suprimen las relaciones sexuales entre parientes próximos, de tal forma que se pueda evitar el incesto entre padres e hijos.

Posteriormente, aparece la familia punalúa, en la cual se excluye a hermanos y hermanas del comercio sexual, ampliándose la prohibición del incesto. Surge también el matrimonio por grupos, es decir que cada grupo conyugal se constituye por una serie de hermanas (mujeres pertenecientes a una misma generación dentro de la familia, incluyendo a primas en segundo y tercer grado), comunes a varios maridos y la ascendencia aún se demuestra por línea materna.

Una fase evolutiva más de la familia es la familia sindiásmica, de la que surge la pareja conyugal: un hombre y una mujer viven juntos, ambos se deben fidelidad y los hijos pertenecen sólo a la mujer.

Santamaría,A.(1984), establece que a partir de éste momento la familia comienza a abrirse y a diferenciarse estructuralmente, y su proceso evolutivo continúa desarrollándose en las siguientes unidades que ahora sí pueden tener categoría de familia, ya que las formas anteriores las considera como pre-familias. Los sistemas estructurales que surgen sucesivamente son: la familia patriarcal (monoándrica y poligámica), la monógama extensa (monogámica y monoándrica con parentela sanguínea y política) y la familia nuclear (padres e hijos exclusivamente).

Las familias monógamas establecen lazos conyugales más duraderos y se fundan sobre el poder (económico y social) del varón y tienen como fin la procreación.

El tema de la universalidad de la familia suele causar mucha polémica, hay quienes la sostienen y hay quienes la ponen en tela de duda. Murdock, G. (1949) (Citado en Chinoy) afirma que la familia nuclear es universal y se caracteriza por cuatro funciones básicas. la sexual, la económica, la reproductiva y la educativa.

Cada individuo en el transcurso de su desarrollo interactúa con diversos grupos o en diferentes contextos sociales, sin embargo uno de los grupos de mayor importancia en la vida del ser humano, es la familia.

Chinoy (1961), define a la familia como una institución que se compone de reglas que gobiernan las relaciones entre marido y mujer. Dichas reglas definen como se establecen y constituyen las relaciones, así como las perspectivas y obligaciones que de ellas suponen..

Murphy (1973), amplía el concepto de la familia en base a las relaciones que se presentan en ésta, ya sea en virtud de nacimiento, matrimonio o adopción. Considerando , por una parte, que la familia aporta una herencia biológica, social y cultural. Y por otra , un clima emocional, físico e intelectual. Así , se está refiriendo a lo que se denomina " familia nuclear ", con vínculos consanguíneos y afectivos más estrechos que los de cualquier otro grupo. De ésta manera cada miembro de la familia percibe a ésta, como un todo y la relaciona también con su desarrollo personal a lo largo de toda su vida.

No obstante, la familia se encuentra inmersa dentro de un grupo, a su vez más amplio, como lo es la sociedad la cual juega un papel muy importante. De esta forma, ambos factores "familia" y "sociedad" mantienen un intercambio recíproco en sus funciones, tal como : la sociedad orienta a la familia hacia las normas y lineamientos que establecerá en su interior. Por su parte, la familia regula al individuo en su integración hacia las normas o reglas establecidas por la sociedad.

Ackerman (1976) , define a la familia en base a sus funciones en relación al individuo:

"La familia es la unidad básica de desarrollo y experiencia de realización y de fracaso. Es también la unidad básica de la enfermedad y de la salud". De acuerdo a éste mismo autor, las funciones de la familia son las siguientes:

1. Proveer de alimento, abrigo y satisfacción de otras necesidades materiales que mantienen la vida y suministran protección ante los peligros externos.
2. Abastecer unión social, que constituye los lazos afectivos de las relaciones familiares.
3. Brindar la oportunidad para desplegar la identidad personal, ligada a la familia.
4. Moldear los roles sexuales, lo cual facilita la maduración y realización sexual.
5. Estimular la integración hacia los roles sociales y la aceptación de la responsabilidad social.
6. Propiciar el aprendizaje, creatividad e iniciativa individual..

Por otra parte Gúitrón (1984) agrega que la familia como institución social, formada por el padre, la madre y los hijos, tienen dos funciones básicas: propagar y conservar la especie humana y la preparación física, psicológica y cultural de la descendencia. Así, los padres de familia tienen obligación de

cubrir las necesidades primarias, tales como : alimento, vestido y un lugar donde vivir etc. Por consiguiente, los padres también tienen que satisfacer las necesidades secundarias como son: afecto, comprensión, educación etc.

En éste sentido es de real importancia considerar dentro de la familia, no solo espacios físicos donde se reúne un grupo de personas unidas por lazos consanguíneos, sino analizar todo el proceso que se desarrolla dentro de la misma. Laing (1972) , hace gran énfasis sobre las relaciones y procesos familiares los cuales al ser interiorizados por el individuo, señalan y determina su vida de tal forma que su comportamiento es reflejo de su relación familiar y de las experiencias obtenidas en ese grupo.

Hace incapié en el hecho de que "ninguna sociedad ha logrado encontrar un sustituto adecuado de la familia nuclear, a la que pudiera transferir esas funciones". Dicho autor defiende esta postura ya que asegura que dichas funciones son prerequisites universales para la supervivencia de cualquier sociedad y justifica su universalidad de la siguiente manera:

"Si no se logra asegurar la primera y la tercera (sexual y reproductiva), la sociedad se extinguiría; sin la segunda (económica) la vida no podría existir; en cuanto a la cuarta (educativa), sin ella la cultura desaparecería. Es así como la inmensa utilidad de la familia nuclear y la razón básica de su universalidad empiezan a perfilarse con fuerza".

1.2 LA CONFIGURACIÓN DE LA FAMILIA.

La configuración de la familia se refiere al tamaño de la familia (número de hijos), al espacio entre unos y otros y al orden de los nacimientos, lo que está

relacionado de manera importante con la atención y satisfacción de necesidades por parte de los padres hacia cada uno de los hijos.

Los dos elementos institucionales básicos de la familia son el matrimonio y la filiación. El primero se compone por las reglas que gobiernan las relaciones entre marido y mujer. Estas reglas definen como se establecen las reglas, las expectativas y las obligaciones y las personas que pueden o no entrar en tal relación (Chinoy., 1966), asimismo el matrimonio proporciona el contexto aprobado para tener hijos y definir la filiación de la descendencia identificando a aquellos que tienen derechos, deberes y responsabilidades en relación con el cuidado del hijo.

Desde el punto de vista del desarrollo familiar total, el factor decisivo en la relación de los hijos es el lugar que ocupa respecto a los otros hijos y al sexo de cada uno, es decir, se habla de influencias totalmente diferentes cuando tomamos al hermano más pequeño que al hermano de enmedio, o a la hermana mayor.

El tamaño de la familia parece ser la clave para determinar la posición ordinal, u orden de nacimiento, al lugar que una persona ocupa entre sus hermanos según el orden en que ha nacido (Warren, 1966).

Al parecer la posición ordinal es una variable psicológica importante puesto que duplica, en miniatura, muchas de las experiencias de interacción social de la adolescencia y edad adulta. El ser primero, segundo o tercero, el tener mucho o poco poder, el ponerse al lado de la autoridad o rebelarse contra ella, sentir culpa por la hostilidad, o ser capaz de "echar la culpa", son tendencias que empiezan a fortalecerse diferencialmente durante la primera

etapa de la niñez, a consecuencia de la posición ordinal del niño (Kagan, 1963).

Las situaciones con las que tropieza el primogénito difieren evidentemente de las de sus hermanos más pequeños. Por ejemplo, los niños mayores pueden sufrir las consecuencias de la relativa inexperiencia de los padres. Tal vez se les pidan grandes esfuerzos, o se les incite demasiado a realizar algo, o tal vez se les encargue del cuidado de niños más pequeños antes de estar preparados para este tipo de obligaciones.

Adler (1964), opina que el primer hijo tiene toda la atención de sus padres y que cuando llega el segundo hijo la atención es compartida, lo que será un factor importante que afectará en su comportamiento. Sears y otros (1950), se referían al trato de los padres, dándole gran importancia al hecho de que con el primer hijo ellos están tensos, por lo cual manejan con temor y ansiedad, lo que va a conformar diferentes comportamientos con los hijos de distintas posiciones de nacimiento según la experiencia de los padres.

Rosenberg y Sutton Smith (1970), consideran que el orden de nacimiento en la actualidad es una variable ecológica que "opera principalmente como determinante que otorga las mejores recompensas en la familia natural del niño".

En muchas familias se espera que el hijo primogénito, llamado así es primer hijo de la familia, sustituya al padre. Durante un tiempo determinado fué hijo único, por lo tanto privilegiado, de pronto la de otro niño lo hace sentirse despojado de esa situación excepcional en donde tenía todo el afecto, el tiempo y las preocupaciones de sus padres. Esta situación lo hace pugnar con

el intruso, compitiendo y tratando de desvalorizar a su rival. O bien, adopta una manera protectora, "paterna" frente al menor. La evolución posterior del primogénito dependerá de si triunfa o si es derrotado en su lucha contra el contrincante. Si triunfa, adquiere una manía de dominio, si no triunfa, es propenso a tornarse deprimido, quisquilloso, malhumorado, siempre buscará el poder.

El hijo intermedio, se siente precedido por otro superior en desarrollo y en capacidades, lo que hace surgir en él un sentimiento de rivalidad y la actitud de competencia, pues quiere sentirse igual. Lucha por el poder y quiere aventajar al primogénito. Si triunfa, evoluciona bien, pero si fracasa se desanima, se vuelve deprimido y malhumorado.

El hijo más pequeño de la familia es, generalmente, el preferido de los padres, ya que éstos empiezan a envejecer. Vive una circunstancia contradictoria, por un lado es el objeto de importancia entre los padres y del otro sufre la posición de ser siempre el más pequeño y el más frágil, nunca se le toma en serio, lo cual conduce a ser inhibido o a empeñarse en demostrar de lo que es capaz.

Otro factor importante en el orden de nacimiento es el tamaño de la familia, pues las condiciones ambientales, los recursos económicos, la atención de los padres, la relación entre hermanos, varía de acuerdo al número de miembros con que la familia cuenta. Así lo afirma Bossard (1955), diciendo que cuando una familia crece, produce una mayor división en el trabajo y también en el papel que cada quien juega, siendo también importantes otros factores, como sexo, edad y orden de nacimiento.

El desarrollo social no es el mismo en el hermano mayor que en el menor, éste último llega a una familia que ya está constituida y tiene que aceptar las reglas, pero se ve en una necesidad de sentirse parte de, y por lo tanto desarrolla un nivel de socialización más alto que el hermano mayor, que tiene otras responsabilidades y su historia fue diferente, para éste, su principal desarrollo se dió entre adultos y con responsabilidades hacia sus hermanos más pequeños.

La familia se ha formado en base a los siguientes componentes: padre, madre e hijos, ésta familia se denomina conyugal. Es básicamente la relación social formada por un hombre y una mujer, cuyas funciones primordiales son: la relación sexual socialmente aprobada, la procreación y socialización de la especie, la solidaridad y la protección, el sostenimiento económico y la transmisión cultural (Chinoy, 1966).

Ralph Linton dice " Es indudable que el tipo conyugal de familia como unidad funcional, fue el primero en la historia humana, el primero que se integró a las estructuras sociales." La relación consanguínea es desde luego, tan antigua como la relación sexual y la reproducción, pero su reconocimiento y especialmente su utilización como criterio para delimitar la pertenencia de grupos sociales organizados, funcionales, deben haber exigido un grado considerable de refinamiento de civilización. Incluso en los sistemas sociales actuales que atribuyen la máxima importancia a la familia consanguínea, ésta unidad tiene un carácter hasta cierto punto artificial.

Con el desarrollo de las sociedades urbanas-industriales, la familia nuclear formada por los padres y los hijos, y fundada en la homogeneización, en el

prestigio de la autoridad paterna y en la seguridad de esa autoridad, se ha acabado.

Ya el matrimonio tradicional como punto de apoyo de esa organización de la estructura familiar, está dejando de funcionar. El hecho de que la mujer trabaje y no quiera ser sólo un objeto erótico, además de otras funciones limitadas al cuidado de los hijos, el marido y la casa, ha dado como consecuencia la inestabilidad y el malestar en el matrimonio.

1.3 PROCESOS INTERNOS DE LA FAMILIA.

Los procesos internos que vive la familia se basan en la interacción que tienen entre sí padres e hijos.

Los hijos, fundamentalmente adolescentes, desean participar más en la vida familiar, hacerse presentes, lo demandan no sólo en la vida familiar, sino en el mundo adulto. Su tolerancia es menor en cuanto a la espera por cuestión de la edad, buscan ejercer sus derechos morales, sexuales y sociales. Los padres que no quieren o no pueden entender este cambio en las nuevas generaciones provocan actitudes rebeldes y desesperadas en sus hijos.

Si existe una buena relación entre madres e hijos, ésta será un factor mediador importante para la adquisición de valores relacionados con su vida cotidiana.

Careaga,G.(1985), menciona que, en la clase media, una vez que llegan los hijos, la madre se ocupa del nuevo ser. Empezando una manipulación y un

chantaje en el que el hijo (a) será la víctima, la madre no tendrá más aspiración que servir a los hijos, su mundo girará en torno a los hijos y al esposo.

El apoyo de los padres juega un papel importante en el proceso de socialización del adolescente, influyendo en su desarrollo cognitivo, su conducta moral, su intento de control interno, su auto-estima, su competencia y su éxito académico. Por otro lado la falta de apoyo paterno se encuentra asociado con bajas en la auto-estima, delincuencia, drogas y otros problemas conductuales (Peterson, G. y colaboradores, 1980).

La familia, en estos procesos internos, forma y estructura alianzas y escisiones, que son la esencia misma del mantenimiento del equilibrio familiar. Cada miembro de la familia se alía con otro, según lo que esté en juego y la ventaja intrafamiliar que se busque.

Cada familia tiene sus propias reglas de comunicación, canales y estilos de patrones de comunicación especiales. Estos sistemas de comunicación se ajustan a la dimensión del status y fuerzas que existen dentro de la familia.

El proceso interno de la familia se caracteriza por interacciones emocionales de dependencia y conflicto que si no se resuelven adecuadamente pueden impedir la actuación autónoma de los individuos. Si es cierto que las tensiones internas de la familia afectan directamente a sus miembros, en el caso de que la dinámica familiar sea conflictiva, dicho ambiente influirá en el comportamiento de sus integrantes, al adquirir diversas manifestaciones que pueden llegar a ser dañinas para ellos y para el resto del sistema familiar.

1.4 INTERACCIONES FAMILIARES.

El papel que toda familia juega en la vida de sus miembros es determinante en cuanto a la formación de sus personalidades.

Roe, A.(1957), menciona que las interacciones tempranas entre padres e hijos, caracterizadas por algunas de las actitudes como el rechazo o la aceptación, determinarán ciertas necesidades en los hijos, lo cual influirá en su contexto familiar y social. Los padres por medio de actitudes expresan sus sentimientos a los hijos. Así mismo, Roe, A. considera tres actitudes importantes, la aceptación, la concentración y la evasión.

- a). La aceptación se refiere a la actitud de los padres que consideran a sus hijos como un miembro dentro del círculo familiar, viéndolo como un ser capaz de asumir responsabilidades y con la necesidad de cierta independencia.
- b). La concentración es la actitud de los padres que gastan mucho tiempo y energía en la dirección y control de sus hijos. En estos casos puede surgir la sobreprotección, al fomentar la dependencia e impedir las conductas exploratorias en sus hijos, o también pueden hacer grandes demandas que no pueden ser cumplidas, lo cual provoca diversas presiones en los adolescentes.
- c). La evasión se caracteriza porque los padres no manifiestan un interés positivo por su hijo y sus actitudes, ya sea mediante el rechazo, el abandono el menosprecio, tomando muchas veces, comportamientos severos y autoritarios.

Existen actitudes defensivas que ocurren con mayor frecuencia, como respuesta a un ambiente rechazante, de abandono y en algunos casos de demandas excesivas. Dichas reacciones defensivas podrán tener diferentes implicaciones, dependiendo de la personalidad del sujeto..

1.5 TEORÍA DE SISTEMAS Y FAMILIA.

A principios de los cincuenta, comienza un movimiento familiar, el cual surge a partir de dos motivaciones principales: (Sánchez, C. y Stump, C, 1981):

- a) el intento de trabajar con niños que tienen problemas de conducta y delincuencia
- b) el intento de aplicar principios psiquiátricos convencionales en el trabajo con familias esquizofrénicas.

El enfoque que presentan dichos autores se encuentra basado en la teoría de sistemas aplicada al estudio de la familia.

Las investigaciones sistémicas que estudian a los humanos y los eventos o interacciones, comienzan con el análisis de las relaciones que existen en el aquí y el ahora, entre el individuo y su sistema.

Andolfi, S. (1979) señala que la familia es un sistema entre otro sistema, de modo que a través de la exploración de las relaciones interpersonales y de las reglas que lo regulan, puede entenderse la conducta de sus miembros.

La teoría de sistemas permite estudiar a la familia como un todo, cuya propiedad esencial es la organización, de tal manera que cuando ésta es comprendida, suele facilitarse la observación de la dinámica familiar.

El estudio de la familia como sistema, comprende tres relaciones o dimensiones: 1) la relación de los esposos entre sí. 2) La relación de los padres con los hijos. 3) La relación de los hijos entre sí.

1.- RELACIÓN DE LOS ESPOSOS ENTRE SI. Dentro de ésta relación se marcan tres líneas para cada etapa, alrededor de las cuales se resume la interacción que constituye a una pareja como unidad observable.

- a) Límites. Se estudian los factores incluidos en la diada marital (parientes, amigos, carrera, diversiones etc.)
- b) Intimidad. se estudia la oscilación en las distancias geográfica y emocional a través del proceso del sistema
- c) Poder. (jerarquía) se estudia en relación de quien es el que manda y en qué aspectos.

Entre una etapa y otra en la relación de los esposos es muy difícil ver los límites precisos, así como su duración.

Etapa I Selección. Comúnmente se realiza la elección de la pareja, es base a necesidades básicas que el cónyuge debe satisfacer.

Etapa II Transición y adaptación temprana. Ya que se seleccionó la pareja, los integrantes deben de adaptarse a un nuevo sistema de vida con hábitos, demandas y satisfacciones que tienen que ser compartidos con la pareja y que generalmente son muy diferentes a los de la familia de origen

Etapa III Reafirmación como pareja y paternidad. Los límites de la pareja están más estables, por lo que se planea la llegada de los hijos.

Etapa IV Diferenciación y realización. Se inicia con la consolidación de la estabilidad del matrimonio por lo que se presenta la oportunidad de lograr un mayor desarrollo y realización personal.

Los conflictos que se pueden presentar en ésta etapa son:

- a.- diferencia en ritmo de crecimiento que se traduce en carga desigual de obligaciones ante los hijos.

b.- logro de realización personal, que es la diferencia en las formas o métodos de lograr una productividad óptima.

En la intimidad, en esta etapa, Cuber y Harroff clasifican las parejas en. -Matrimonios habituados al conflicto, - matrimonios desvitalizados, -matrimonios que congenian en forma pasiva, - relación vital, - matrimonio total.

Etapa V Estabilización. Es una etapa de transición que implica la búsqueda de equilibrio en aspiraciones y logros. En ésta fase los hijos son adolescentes ó adultos, y empieza la separación de los mismos.

Etapa VI Enfrentamiento con vejez, soledad y muerte. Los temas principales son la vejez, pérdida de capacidades físicas e intelectuales, la partida de los hijos y muertes de gentes cercanas.

2.- RELACIÓN DE LOS PADRES CON LOS NIÑOS. En las diferentes etapas, los padres aportan elementos distintos a la relación, así como el aporte e intercambio con los hijos tiene características diferentes de acuerdo con diferentes necesidades de ambos, en los diferentes períodos.

- a) Período anterior a la llegada de los hijos
- b) Período de crianza de hijos pequeños
- c) Período de crianza de los hijos en etapas de latencia y adolescencia.

Las relaciones padres-hijos en ésta etapa dependen de la entrada de los hijos al mundo más allá de la familia. Un aporte característico de los hijos en ésta etapa, es el cuestionamiento de los valores de la familia, y en particular de los padres. Este cuestionamiento de valores puede tener consecuencias importantes tanto como para los padres, como para los hijos, influyendo en el desarrollo individual.

En muchas ocasiones, muchos padres cuyo aporte ha sido positivo en épocas anteriores, empieza a fallar en ésta, por el impacto que les causan los nuevos valores de sus hijos, que van desde el pelo largo, ropa, creencias, sexualidad etc.

El resultado final de la confrontación varía desde familias que se enriquecen con los nuevos valores de los adolescentes y se adaptan a ellos, facilitando la independencia y la autonomía de los hijos. Hasta familias que se resisten al cambio y se vuelcan contra el adolescente, y por lo tanto el adolescente reacciona con rebeldía.

d) Período posterior a la partida de los hijos.

Al partir los hijos, la relación de los padres cambia en relación a ellos mismos y a sus hijos. De esto, pueden surgir varios tipos de relación con los padres. Los que se acomodan a la nueva situación continuando con su desarrollo. Los que tratando de adaptarse entran al período de transición y se bloquean. Aquellos que nunca llegan a redefinir su situación, y donde generalmente se ven involucrados los hijos.

3.- RELACIÓN DE LOS HIJOS ENTRE SI. La influencia de la relación de los hermanos entre sí es decisiva en la formación de la personalidad, como la tolerancia a la frustración, capacidad para competir, celos, socialización. En el estudio de este tipo de relaciones se tiene que tomar en cuenta el número de miembros de la familia y que lugar es el que ocupa cada miembro, para observar su interacción en las aportaciones e influencias.

Desde el punto de vista del desarrollo familiar total, el factor más decisivo en la relación de los hijos es el lugar que ocupa respecto a los otros hijos y el

sexo de cada uno, es decir, se habla de influencias totalmente diferentes cuando tomamos al hermano más pequeño, que al hermano de en medio o a la hermana mayor.

El desarrollo social no es el mismo en el hermano mayor que en el menor, éste último llega a una familia que ya está constituida, y tiene que aceptar las reglas, pero se ve en la necesidad de sentirse parte de . Y; por lo tanto desarrolla un nivel de socialización más alto que el hermano mayor que tiene otras responsabilidades y su historia fue diferente; para éste, su principal desarrollo se dio entre adultos, y con responsabilidades hacia sus hermanos más pequeños.

Aparte de lo anteriormente mencionado, se tiene que tomar en cuenta la relación de los hijos con los padres, para hablar en términos de la familia como un sistema.

Según Terkelsen.K. (1980) en la familia existen dos propiedades que unidas se complementan.:

1.- La pertenencia a una unidad familiar, la cual se da en el nacimiento, adopción o matrimonio . Es permanente y termina con la muerte; aunque aún después de muerto, el lugar de un familiar siempre es recordado y revivido.

2.-Las relaciones son afectivas por naturaleza. Se valora dentro de la familia el afecto, la lealtad personal y el cuidado.

No todas las características de una familia pueden ser comprendidas como sistema, ya que hay que añadir las personalidades, valores y caracteres

de cada uno de sus miembros; ya que cada miembro afecta al resto, lo cual sucede en todo sistema.

La familia desarrolla ciertos principios o reglas para su funcionamiento y son transmitidas de generación en generación y algunas generalmente operan de manera inconsciente.

A través de éstos mecanismos es posible realizar una predicción del comportamiento de sus miembros, siendo dichas reglas las que promueven el mantenimiento de las creencias y los valores del grupo; asegurando también sus propias tradiciones. De ésta manera, es como una familia adquiere un carácter determinado, que la define y la hace única.

Leñero, L. (1976) asegura que: *La realidad interna de la familia está constituida por una red de relaciones interpersonales entre sus integrantes. Entre ellos se establecen contratos bilaterales y multilaterales que provocan entre ellos diversos tipos de acción -reacción, según el papel que cada uno de los miembros desempeñe en la familia, según la preferencia, aceptación, entendimiento y reciprocidad que aparezca entre unos y otros.*

El funcionamiento de una familia se realiza de una manera establecida que tiende a repetirse, para mantener cierto grado de equilibrio. Esto se refiere a la homeostasis, concepto importante que se relaciona con la dinámica familiar.

Si existe una situación que amenace este balance, el sistema pone en operación reglas internas propias que ejercen gran fuerza, hasta que se recupera el equilibrio perdido.

En caso de que los mecanismos fallen, surgen síntomas en uno ó varios de sus miembros; de manera que si éstos funcionan como elementos homeostáticos podrían ser perpetuados por el sistema.

El proceso interno de la familia se caracteriza por interacciones emocionales de dependencia y conflicto , que si no se resuelven de manera adecuada pueden impedir la actuación autónoma de los individuos.

Cuando existe una dinámica familiar conflictiva, las tensiones internas de la familia afectan directamente a sus miembros, y éste ambiente influirá en el comportamiento de sus integrantes, adquiriendo diversas manifestaciones que pueden llegar a ser dañinas para ellos y para el resto del sistema.

1.6 CRISIS DE LA FAMILIA NUCLEAR CONTEMPORÁNEA.

Algunos autores prevén la futura desaparición de la familia en la sociedad. Cooper, D. (1985) , establece que los paradigmas de la familia se centran en la unidad familiar nuclear de la sociedad capitalista, señalando el funcionamiento social de la familia, como una forma adoptada por la ideología, en cualquier sociedad explotadora. El poder de la familia reside en su función social mediadora entre los individuos y la sociedad.

Como institución social, la familia refleja la ideología del sistema cultural y social al cual pertenece.

Cooper, D. señala diversos factores que operan dentro de la familia que son los siguientes:

- 1) Estrecha imbricación entre las personas, basándose en el sentimiento de incompletitud del ser de cada uno; como el caso de la madre que se siente incompleta y llega a absorber al hijo.
- 2) La familia asigna roles a sus miembros. Adoctrina a los hijos con el deseo de convertirlos en determinado tipo de hijo o hija.
- 3) Como socializador primario del niño, la familia le impone controles sociales que exceden a los que el niño necesita. La familia enseña como someterse a la sociedad sin promover la creatividad, la espontaneidad.
- 4) La familia deposita en el niño una serie de tabúes, mediante la implantación de la culpa.

Sin duda, la familia contemporánea atraviesa una etapa de crisis importante como reflejo de la sociedad en la cual se desenvuelve. Los miembros de la familia se encuentran sujetos a múltiples presiones, tanto internas como externas, que en ocasiones no saben como manejarlas, provocando en ellos graves crisis emocionales. Corresponde a cada individuo tomar conciencia de sus propios valores y defenderlos pese a todo. Si la familia constituye un valor importante en la sociedad actual, serán sus miembros los que se encarguen de preservarla o serán ellos los que fomenten su desaparición.

CAPITULO II

PUBERTAD Y ADOLESCENCIA.

2.1 PUBERTAD.

A través de los tiempos, diversos autores se han dedicado al estudio de una de las etapas del desarrollo que causan gran impacto tanto a la persona que atraviesa por ella, como a quienes le rodean, como amigos y familia. El impacto al que nos referimos es de tipo físico y psicológico, así como de tipo social, y depende de como sea manejado por parte de la familia y de la sociedad, para que se afronte con las menores dificultades posibles y sus efectos no afecten etapas posteriores del crecimiento.

El término pubertad, con el que se designa a éstos años, proviene del termino latino PUBERTAS que significa edad viril. (Mussen, 1980).

Ocurre entre los once y los quince años de edad, y designa la primera parte de la adolescencia en donde ocurren toda una serie de cambios físicos. Se emplea aquí para calificar las manifestaciones físicas de la maduración sexual.

2.1.1 CAMBIOS FÍSICOS.

Los cambios fisiológicos y corporales que ocurren en ésta etapa se deben en gran parte a un aumento en la producción de hormonas gonadotrópicas de la glándula pituitaria.

Dicha hormona estimula la actividad de las gónadas por lo que aumenta la producción de hormonas sexuales y el desarrollo de espermatozoides y de óvulos maduros.

Estas hormonas sexuales (testosterona en los varones y estrógeno en las mujeres) cuando se combinan con otras hormonas del cuerpo, estimulan el crecimiento de los huesos y músculos, acelerando el crecimiento en general.

En los niños la aceleración del crecimiento puede iniciarse desde los nueve años y medio o no comenzar antes de los trece y medio. En promedio la aceleración comienza a los trece años.

En las niñas, la aceleración del desarrollo puede comenzar desde los siete años y medio o no iniciarse hasta los once y medio. Por término medio ocurre alrededor de los once años.

Todo esto significa que en las niñas comienzan a desarrollarse los senos, cambios en las áreas uterinas y pélvicas, crecimiento de vello axilar y púbico y el comienzo del ciclo menstrual.

En los varones significa el crecimiento de vello en la cara, cambio en la voz y la capacidad para producir semen, así como el crecimiento del vello en el área púbica y axilar.

En la mayoría de los jóvenes se observa un repentino crecimiento que ocurre antes del comienzo de la pubertad, se observa como un marcado aumento de peso y estatura. Como las mujeres maduran dos años antes aproximadamente que los hombres, hay algunos meses en que las mujeres son mas altas que los varones de la misma edad.

Se pueden observar también diferencias o variaciones entre púberes de la misma edad al observar estudiantes de primero de secundaria; niñas con curvas femeninas quienes se dirigen de diferente manera con los varones y muchachas con comportamientos aniñados, así como a varones altos y delgados y otros pequeños y aniñados. Pero tarde o temprano los cambios llegarán con el tiempo.

Todos los cambios anteriormente expuestos tanto en el hombre como en la mujer, no se presentan por aislado, ya que los factores ambientales ejercen de manera continua un papel muy importante durante el crecimiento y desarrollo de esta etapa. Es indudable que las condiciones de vida, incluyendo la alimentación y un medio ambiente propicio faciliten la maduración orgánica de manera más temprana y adecuada. A continuación se muestra la secuencia de los cambios físicos en los púberes.

EDAD EN ANOS	SEXO MASCULINO	SEXO FEMENINO
9 a 10		crecimiento de la pelvis, los pezones inician su desarrollo
10 a 11	primer crecimiento del pene y los testículos	iniciación del desarrollo mamario, vello púbico
11 a 12	se inicia la actividad prostática	cambios en el apetito y mucosa vaginal, crecimiento de genitales internos y externos
12 a 13	aparece el vello púbico	pigmentación de los pezones, presencia de las glándulas mamarias
13 a 14	crecimiento acelerado del pene y testículos, aparición del nódulo de la glándula mamaria	vello axilar, menarca. Existen variaciones desde los 9 a los 17 años.
14 a 15	vello axilar, cambio de voz	mensruaciones normales
15 a 16	en promedio, edad de maduración espermática	acné, cambio de voz aguda.
16 a 17	vello facial y corporal	detención del crecimiento esquelético

2.2 ADOLESCENCIA.

La adolescencia se aplica a los jóvenes que han alcanzado un estadio posterior a la menarquia (primera menstruación) en el caso de las mujeres, y en los hombres cuando ya segregan espermatozoides maduros. Dicho concepto de adolescencia se aplica para referirse a un proceso de madurez emocional (Watson y Lindgren, 1991).

Desde el punto de vista biológico, la adolescencia se inicia a partir de los 13 años para la mujer y 16 años para los hombres, estas delimitaciones parten de las condiciones de fertilidad para ambos sexos (Mussen, 1980).

Es evidente que los cambios físicos que ocurren en el adolescente, están estrechamente relacionados con los cambios emocionales o psicológicos del mismo.

Blos (1981), refiere que el término adolescencia se emplea para calificar los procesos psicológicos de adaptación a las condiciones de la pubertad.

A diferencia de los cambios biológicos, los psicológicos son mucho más variados y complejos, así mismo, dependerán de la época, sociedad y contexto particular en el que se desarrolle el adolescente.

Al estudiar los cambios psicológicos del adolescente, nos encontramos que varios autores se refieren al proceso de identidad tales como Llanes (1982); Conger (1980) ; Lorand (1965) manifiestan que las tareas del adolescente pueden entenderse como la lucha por la reconstrucción de su mundo interno, es decir, la búsqueda de su identidad, ser uno mismo en su relación con los

demás y con el propio cuerpo. Dicha adquisición de identidad se puede conceptualizar como " la posesión de una imagen y una visión de nosotros mismos , y depende de nuestras experiencias previas y de la valoración que los demás hacen de nosotros" (Gannon ,1971)

Para Conger (1980) , la identidad parte con la pregunta ¿ quién soy yo ?, ésta y otras preguntas se generan en el adolescente siempre inquieto por conocer su mundo circundante. De nuestros primeros años de vida, atravesando por la infancia, nuestro proceso de identidad empieza a formarse y se va conformando en relación con nuestros padres, hermanos, amigos etc. El proceso de la formación de la identidad puede ser relativamente sencillo ó complejo, breve o prolongado, satisfactorio o doloroso, y puede constituir un éxito o un fracaso dependiendo de la situación en general que viva el adolescente.

Lewin (1939) en su teoría del campo en ciencias sociales, opina que la adolescencia es un período de transición en que el joven cambia de grupo de pertenencia. Mientras que el niño y el adulto tienen un concepto claro del grupo al que pertenecen el adolescente queda entre ambos, dado que los miembros de la sociedad lo tratan de manera ambigua; ciertas formas de conducta no le son aceptadas por considerarlas infantiles y otras le son negadas por considerarlas propias de los adultos (citado en Monroy, 1985).

Con respecto a la capacidad de abstracción, Piaget (1958; citado en Noshpitz, 1985) describe la etapa del funcionamiento cognoscitivo del joven, que se inicia alrededor de los 11 años; cada vez existe una mayor capacidad para pensar en forma abstracta, derivar distinciones más precisas y retener en la mente secuencias de causa-efecto. Es decir; inicia la etapa de las

"operaciones formales", en donde el adolescente parece reflexionar en las reglas que posee y tiene conciencia de sus propios pensamientos (Mussen, 1980).

Erik Erikson, ubica la adolescencia como la quinta de las ocho edades descritas por él. Los cambios físicos que aquí ocurren, señalan también la llegada de la edad adulta con el interrogante respecto a su función dentro de la sociedad (Papalia y Wendkos, 1978). Asimismo considera que la tendencia de los adolescentes a reunirse en grupos y la intolerancia hacia todos los que son diferentes, es una defensa contra la confusión de identidad, por lo que el enamorarse y tener una amistad íntima con otra persona, permite que el adolescente entregue su propia identidad y al verla reflejada en el ser que ama puede determinar con claridad quién es él.

Sin embargo, el sentido de la identidad en el individuo no termina por completo en la adolescencia. Los jóvenes necesitan tiempo para integrar los rápidos cambios físicos y psicológicos que experimentan. El adolescente va desarrollando gradualmente una "filosofía de vida", un concepto del mundo y un conjunto de creencias y patrones morales que prevalecen a su alrededor. Su necesidad de identidad obedece a la necesidad de interiorizar una imagen de sí mismo sólida y fuerte, para la orientación eficaz de su conducta (Zermeño, 1976).

Actualmente se acepta el término "crisis" para designar una encrucijada necesaria, un momento crucial, en el cual el desarrollo debe irse para un lado o para otro. Es decir, constituye una crisis, el paso de la niñez a la edad adulta, de un estado de dependencia a uno de independencia (Erikson, 1979).

Al adolescente se le presentan una serie de interrogantes, que se conocen como "crisis de identidad" (Alvera, 1982). De acuerdo con Erikson (1971), esta es una crisis normativa, una fase normal de conflicto acentuado que se resuelve por sí misma contribuyendo a la estructuración de la personalidad.

2.2.1 EL ADOLESCENTE Y LA SOCIEDAD.

El adolescente en su esfuerzo por encontrar sus propios valores, criterios e ideas, simultáneamente atraviesa por múltiples cambios en la personalidad, Jaffe, Patersen y Hodson (1980) por su parte, argumentan que éstos cambios pueden resultar perturbadores para los padres, maestros y otros adultos e incluso para la propia estructura social. Puede ser que el adolescente de buena conducta se torne rebelde, desafiante y agresivo; el estudioso puede descuidar sus estudios y faltar a clases, el joven cortés y de buenos modales puede mostrarse rudo o sarcástico. Se ha llegado a decir que el adolescente que no manifiesta cambios en su conducta es muy probable que se encuentre con algún problema emocional ó clínico.

Los amigos en la etapa de la adolescencia desempeñan un papel definitivo en el desarrollo psicológico y social, de aquí la importancia del tipo de amigos por los que se rodea el adolescente. Adicionalmente a la influencia de los amigos en esta etapa, nos encontramos que el adolescente también tiene que adaptarse a nuevas pautas, valores y situaciones sociales. Ya que la rapidez del cambio en la sociedad trae consigo modificaciones profundas en la organización social, que repercuten en el modo de vida de los adolescentes. La crisis que la sociedad mexicana ofrece al joven, no le permiten una

identificación propia, sino por el contrario, el prototipo que brinda al adolescente generalmente es el "ídolo del momento".

En ésta sociedad consumista el adolescente pierde su identidad si no sigue patrones de conducta tales como el vestir a la moda, el pensar, la forma de hablar etc.

El grupo de amigos generalmente se convierte en el medio en que el joven manifiesta y comparte sus temores y preocupaciones.

Conger (1980) indica que para que el joven pueda alcanzar una madurez emocional, social y sexual, debe comenzar a desplegar gradualmente hacia sus compañeros " los mejores amigos " y hacia el novio o la novia, parte del apego emocional íntimo que antes reservara principalmente para sus padres.

Los amigos pueden ayudar a otros compañeros a adquirir una identidad clara y estable por varios medios:

1.- Ayudan al adolescente a resolver conflictos propios y con otras personas.

2.- Enseñan al adolescente el respeto en la competencia social, lo cual es necesario para alcanzar la madurez y autonomía.

3.- Se muestran entre sí como actuar en situaciones sociales, especialmente en aquellas que involucran relaciones heterosexuales.

4.- Son una fuente de retroalimentación para los jóvenes acerca de su personalidad y su conducta, permitiéndoles lograr su propio desarrollo y modificar sus acciones cuando lo consideren necesario (Sarafino y Armstrong, 1988). Coleman (1961; citado en Muss, 1980) ha formulado la hipótesis de que

los adolescentes buscan cada vez más entre ellos mismos, las gratificaciones y reconocimientos sociales, en vez de esperarlos de sus padres, de sus maestros y de la sociedad adulta en general.

Por otra parte, las formas y las modas de los adolescentes, como vestir de alguna manera determinada, o escuchar cierto tipo de música, o preferir programas , pasatiempos, etc. sirven para establecer, al menos superficialmente, una clara demarcación entre ellos y los adultos. Asimismo, dependen más de las relaciones que entablan con sus compañeros, ya que los vínculos con sus padres, se vuelven cada vez más elásticos, a medida que el adolescente adquiere una mayor independencia (Conger, 1979).

La aceptación social es una preocupación importante para la mayoría de los jóvenes, quienes todavía juzgan su valor, en gran parte, en términos de la manera como otros reaccionan ante ellos y siguen dependiendo de la aprobación de los demás (Hurlock, 1979). Es deseable que el adolescente sea aceptado por sus compañeros, si se basa en ayuda mutua e intereses compartidos (Conger, 1979).

Los adolescentes impopulares tienden a estar atrapados en un círculo vicioso. Si ya tienen dificultades emocionales, preocupaciones por su propia personalidad y no tienen un concepto seguro de sí mismo, probablemente se enfrentarán al rechazo o indiferencia de sus compañeros, quienes debilitarán más la confianza que tienen por sí mismos, aumentando su sensación de aislamiento social (Conger, 1979).

2.2.2 EL ADOLESCENTE Y LA FAMILIA.

En el ambiente familiar, el adolescente también manifiesta cambios significativos, generalmente se vuelve más retraído y renuente a aceptar las normas familiares establecidas, proporciona más abiertamente sus anhelos de independencia y autonomía (Mussen, Conger y Kagan, 1985). Así, algunos padres pueden mostrarse renuentes a considerar que sus hijos comienzan a llevar una vida propia y comenzar a establecer vínculos afectivos fuera de la familia, a la que en etapas anteriores estaba intensamente ligado, pasa a refugiarse en el grupo de amigos en el que canaliza todas sus inquietudes y problemas.

La adolescencia es una etapa de crisis, tensión, crecimiento, desarrollo, inestabilidad pero la manera en como reacciona la familia ante ésta situación crítica, es impredecible.

De acuerdo con las definiciones y funciones de la familia anteriormente descritas, se ha considerado como la unidad básica de desarrollo del individuo y como un grupo esencial, dado que permite la integración del hombre y su medio ambiente. Sin embargo, dicha integración va a depender en gran medida del tipo de normas y lineamientos establecidos en el seno familiar y depende también del tipo de educación brindada por los padres. Aunque existen algunos padres que asumen un papel autoritario, intentando conseguir sus objetivos imponiendo sus criterios mediante presiones, tratando a sus hijos como seres sin entendimiento, rigiendo ante todo el "orden", la "disciplina", la obediencia, la sumisión etc. Pepin (1975). De la misma forma, puede ocurrir el caso contrario a la autoridad que es el caso en que los padres evitan todo tipo

de presión , dejando al niño en entera libertad para que sea él quien " decida sus cosas " , dejando que aprenda él de sus fracasos.

Pepin (1975), hace referencia a otro tipo de método al cuál lo denomina "democrático", éste tipo de educación pretende encontrar el término medio entre este método y el citado anteriormente . En contraste con el método autoritario, aquí el niño recibe la libertad y la autodeterminación que necesita en las distintas fases de su desarrollo; éste método anula todo tipo de agresión tanto física como psicológica. Esto se rige principalmente bajo tres necesidades básicas del niño: seguridad, amor y aceptación.

Tratando de comprender las necesidades individuales de cada momento y sobre todo, acepta al niño como un ser que necesita comprensión y ayuda.

En resumen, la familia es la unidad básica de la sociedad. En la familia es en donde el individuo recibe la mayor parte de satisfacciones personales y dentro de ella, el niño comienza a formar su personalidad dependiendo del trato de los padres hacia los hijos, así como también la educación que les brinden.

Por consiguiente, el niño que posteriormente se convierte en joven podrá enfrentarse a los problemas que se le presenten en la vida cotidiana.

Es en la familia donde el individuo atraviesa las principales etapas de su vida, siendo la adolescencia , la etapa más difícil por la que atraviesa el ser humano, por ser ésta la etapa de los "grandes cambios" biológicos, psicológicos y sociales. Particularmente en el seno familiar, las relaciones entre los padres y los hijos adolescentes también se ven afectadas por dichos

cambios. Conger (1980) , argumenta que la adolescencia suele ser una etapa de desafío y a veces exasperante tanto para quienes atraviesan por ella como para sus padres. Asimismo se considera que es la época en que los padres y los hijos adolescentes deben aprender a establecer nuevas y profundas relaciones entre los miembros de la familia.

Los padres deben ser capaces de reconocer y estimular las necesidades del adolescente por una mayor independencia, esto se debe principalmente a que en el mundo del adolescente cambian profundamente sus necesidades y experiencias, por un lado son necesidades de seguridad y estabilidad dentro del seno familiar, mientras que resuelve otras preocupaciones más urgentes, junto con una mayor independencia se observa un cambio en las relaciones emocionales entre padres e hijos. Generalmente durante los primeros años de la adolescencia, los conflictos con los padres resultan obvios y naturales, debido que los adolescentes comienzan a ampliar su criterio así como sus relaciones sociales y se dan cuenta que sus valores y formas de vida no son los únicos aplicables, sino que existen infinidad de normas diferentes a cada familia, por lo cual, el adolescente tiene conductas de rebeldía hacia sus propias normas

En algunas ocasiones los conflictos entre los padres y los hijos adolescentes se deben, a lo que Conger (1980) denomina "la tiranía de la costumbre", ya que a menudo es difícil que los padres se percaten de que sus hijos ya no son pequeños y que las reglas y normas que pudieron haber sido aplicables en otros tiempos, actualmente ya no les resulten. En ocasiones, por ejemplo, los padres suelen quejarse de que sus hijos ya no obedecen como antes, como si encontraran satisfacción en hacer y opinar lo contrario de lo que ellos han inculcado. Varias veces cuando los padres no están preparados, o no

aceptan estos cambios tan naturales; las relaciones entre padres e hijos se deterioran, llegando a convertirse en grandes conflictos familiares.

Frecuentemente, el adolescente incomprendido por su familia evidencia un rechazo hacia ella y se refugia en su mundo interno, por lo que, en muchas ocasiones trata de alejarse de su medio paterno al que toma en primer plano como elemento opresor y que en lugar de ayudarlo a comprender, lo confunde con su ambivalente lucha entre dos sentimientos, la dependencia y la independencia.

Por lo anterior, es de fundamental importancia considerar y analizar las relaciones que se establecen dentro de la familia como uno de los aspectos que repercuten seriamente en las actitudes y conductas del adolescente. Como ya se mencionó, el adolescente incomprendido busca refugio en las drogas como único camino para olvidarse de su problemática familiar, muchos autores tales como : Murphy (1969), Satir y Spock (1978), Pereira (1980), Sancho(1984) acuerdan, que está comprobado que la mayoría de los jóvenes que consumen droga se encuentran en conflicto dentro de su medio familiar, y que " la adicción" a las drogas no es tan solo una manifestación de una personalidad desviada del adolescente, sino que se considera como un síntoma de grave problema familiar.

Es muy frecuente la fuerte y dura crítica de los jóvenes hacia la incomprensión de sus padres, se sienten desatendidos y solos, compartiendo con su familia únicamente un espacio físico y un mínimo de tiempo en común. Pero sus verdaderos intereses y preocupaciones personales son vividos y compartidos fuera de la familia.

Froylan, E. y Calderón, F. (1987) señalan que la familia acompaña al adolescente en dicho proceso y también experimenta ciertos cambios, que pueden ayudar al joven a superar la crisis o provocar estancamientos en su desarrollo. Aún las familias funcionales experimentan movimientos importantes para poder aceptar las conductas del adolescente, el poner límites y proporcionar el marco de referencia necesario que favorezca su desarrollo emocional.

El adolescente suele sentirse sumamente desorientado e incomprendido, debido al gran número de cambios que experimenta en su interior y por los cuales no encuentra ninguna explicación, situación que provoca en él un estado importante de desadaptación.

Estrada, L. (1987) menciona como el surgimiento de la adolescencia pone a prueba la flexibilidad del sistema familiar, porque por un lado es el período en que los problemas emocionales serios suelen presentarse con mayor frecuencia y por el otro, los padres reviven su propia adolescencia. Dicha dinámica, pone a prueba los procesos de identidad de la familia y del propio adolescente, así como el área sexual y económica del sistema. Para los padres suele ser muy difícil aceptar tales cambios, surgiendo así mucha sobreprotección alrededor de los hijos, de tal forma que siguen tratándolos como si fueran niños, impidiéndoles que crezcan y reflejando su afán por no abandonar su propia adolescencia

Seldin (1972), considera que dentro de la familia se realizan numerosas funciones, dentro de las cuales se enfatizan la socialización del individuo y el proveer seguridad emocional y psicológica a todos sus miembros. En relación con lo anterior los estudios demuestran que cuando los padres sostienen una relación básicamente satisfactoria con sus hijos adolescentes, por lo general

ejercen una mayor influencia sobre sus valores básicos, creencias y objetivos en la vida, que sus propios compañeros adolescentes (Conger, 1979).

Zermeño, Pinzón, Shanaas y Serna (1976), refieren que cuando el adolescente no ha podido satisfacer sus necesidades básicas de afecto y seguridad debido posiblemente al ambiente familiar de tensión e inestabilidad en el que ha vivido, su nivel de tolerancia a la frustración o de cualquier sentimiento negativo que le cause ansiedad, se ve disminuido y siente la necesidad de actuar impulsivamente, considerando asimismo, que la falta de marcos de referencia le impide controlar y organizar sus reacciones emocionales pero, en cambio, se activan sus sentimientos de angustia y la necesidad de buscar satisfacciones como problemas de alcoholismo, drogadicción, delitos, problemas con la autoridad, conflictos familiares, problemas escolares, entre otros.

Por otra parte, en el ámbito psicológico de acuerdo con Llanes (1982) la adolescencia es un estadio de transición en la historia del individuo, en la que tiene que integrarse como un ser biopsicosocial. Desde éste punto de vista se pueden decir que existen cinco áreas críticas de la conducta, para el desarrollo de la personalidad: a) los cambios psicológicos, b) las relaciones familiares, c) las relaciones con las partes del mismo sexo y el opuesto, d) crecimiento cognitivo e intelectual y e) la identidad personal.

La integración armónica de éstos aspectos conllevan al adolescente a un óptimo desarrollo en todos los ámbitos. En definitiva es la adolescencia para el joven una etapa muy importante y definitiva para su vida posterior.

Llanes (1980) ha realizado numerosos estudios sobre la farmacodependencia, manifestando que el uso y abuso de drogas en el

adolescente es un fenómeno dinámico que asume caracteres específicos en diversos contextos y épocas.

Los adolescentes hace 15 o 20 años hablaban sobre drogas como una forma de escape o evasión

hoy en día consideran al consumo de drogas como una posibilidad para introducirse a una nueva dimensión y encontrar nuevos caminos de resolución a problemas sociales y personales.

Existen algunos informes presentados en simposium sobre el tema del adolescente y las drogas:

1) El uso actual de las drogas entre adolescentes ha llegado a niveles de epidemia que lo convierten en un problema de salud pública a nivel mundial.

2) Es un problema que necesita ampliar sus perspectivas de abordaje y prevención.

3) Entre los factores que facilitan la farmacodependencia destacan: la desintegración familiar, condiciones sociales adversas (hacinamiento y promiscuidad, miseria, etc.), la propia disponibilidad de las drogas lícitas y otras influencias de consumo tales como: la publicidad en televisión, radio, revistas, cine etc.

4) La competencia, la insatisfacción, la velocidad de los cambios sociales, la falta de objetivos y metas, el consumismo en el que se sumergen las sociedades actuales que favorecen los problemas económicos y familiares y el propio mercado de las drogas se suman a los factores de la farmacodependencia.

2.2.3 FACTORES FAMILIARES QUE INCIDEN EN EL USO DE DROGAS EN EL ADOLESCENTE.

Para el caso de la farmacodependencia, Chevalli (1978), Zermeño, Pinzón, Schnaas y De la Serna (1976), han descrito diversos factores que intervienen para que un individuo se convierta en farmacodependiente:

a) .- Familia desintegrada. Esta situación puede darse debido a la muerte de uno o ambos padres, o a que estén divorciados o separados.

b) .- Falta de autoridad moral de los padres. Cuando los padres por su comportamiento o por su trabajo, tienen conductas deshonestas, pierden autoridad moral ante los hijos, lo que impide que puedan servir de guías o modelos.

c) .- Cambio de roles.- En las familias integradas, cada miembro tiene un rol que cumplir. Cuando por cualquier motivo los roles están cambiados, surge una confusión en el adolescente, así como un funcionamiento inadecuado o desorganización. Por ejemplo la madre toma el papel del padre, o la hija hace las funciones de la madre.

d).- Familia sin comunicación o con comunicación defectuosa.- Los padres para ayudar a sus hijos necesitan transmitirles sus valores y actitudes frente a la vida, modos de enfrentar situaciones existenciales, desarrollo de criterio etc. Cuando no hay un ambiente favorable a la comunicación, el niño crece sin haber tenido oportunidad de ejercitarse en todos éstos problemas, experimentando una sensación de confusión e impotencia cuando llega a la adolescencia.

La comunicación defectuosa se da cuando la actitud frente a la vida es diferente en cada uno de los padres o francamente contradictoria o también cuando las costumbres morales, religiosas y las ideas políticas son demasiado rígidas o conservadoras con respecto al ambiente en el que se mueve el joven.

e).- Confusión para jerarquizar.- Se refiere a la dificultad para crear prioridades en la solución de los problemas de la adolescencia, por ejemplo la excesiva importancia que dan los padres a aspectos externos como la ropa, el pelo, la limpieza, elevándolos al rango de factores prioritarios.

f) .- Dificultad para marcar límites.- Los hay de tres tipos: Autoritario, democrático y permisivo. En el primero, son solo los padres quienes opinan, imponen su punto de vista de forma dogmática y rígida y los hijos obedecen; en la segunda se permiten discusiones, hay intercambios de palabras pero los padres dicen la última palabra; y la tercera que es cuando los padres permiten libremente cualquier actitud de sus hijos, independientemente de que sea destructiva, deshonesto o errática.

g).- Padres que favorecen la farmacodependencia.- Consumidores que favorecen la farmacodependencia. Los hay de dos tipos: los que automedican y los que buscan constantemente médicos que les prescriban remedios. Estos padres transmiten a sus hijos la sensación de que para vivir bien es necesario consumir pastillas.

Reyes del Olmo (1984) considera que los adolescentes que se inician a consumir drogas, lo hacen porque en un principio les causa sensaciones placenteras, ya que les permite olvidar momentáneamente el dolor que les produce el rechazo, la falta de comunicación, la confusión resultante de la

desintegración familiar y la falta de definición en cuanto al papel que juega cada uno de los miembros de su familia. Así mismo, lo atribuye a la propia inseguridad del joven, a su incapacidad para sentirse tranquilo.

En un estudio realizado por Castro (1990), se hace referencia a estudios epidemiológicos en muestras representativas de estudiantes, que se han realizado en México de 1975 a la fecha de estudio. A través de ésta, se mencionan los indicadores de riesgo para que los jóvenes consuman drogas y se propone entender el fenómeno de la farmacodependencia como un problema multivariado, es decir, en donde se debe tomar en cuenta tanto las características del usuario, como el medio ambiente social y familiar de donde proviene. Los factores de riesgo relacionados con el medio familiar, son el tener una percepción lejana o "distal" del apoyo y control parental, así como el pertenecer a una familia caótica o desordenada y uso de drogas o alcohol en padres o hermanos.

CAPITULO III

EL ADOLESCENTE ANTE EL PROBLEMA DE LA ADICCION.

El problema de la farmacodependencia ha adquirido en la actualidad proporciones epidémicas dentro de la población adolescente. Las estadísticas y la información sobre la farmacodependencia nos muestra que el número de adolescentes en relación con las drogas de diversos tipos es cada vez mayor. Aunque también éste fenómeno se observa frecuentemente en la población adulta.

Desde hace mucho tiempo la adolescencia se ha considerado como el período más difícil del desarrollo del hombre. Tanto para los adolescentes como para sus padres. De acuerdo con Mussen, Conger, Kagan (1982), ya desde 300 años A.C. Aristóteles comentó que los adolescentes son apasionados, irascibles y propensos a dejarse llevar por sus impulsos... Cuando los adolescentes cometen una falta lo hacen siempre del lado del exceso y de la exageración. Platón señaló que los adolescentes tienden a discutir por amor a la discusión "No dejan piedra sin voltear" , y en su deleite por las primeras fases de sabiduría son capaces de fastidiar a cualquiera con sus argumentaciones.

Durante los años de adolescencia, el individuo aún es dependiente, tanto funcional como emocionalmente, de los padres y de otros adultos. Algunos adolescentes consideran esto un signo de debilidad e intentan sobrecompensarla con actitudes de independencia, como huir, tener

3.2 CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS.

3.2.1 TABACO

El tabaco es una planta originaria de América Latina. Antiguamente se usaba con fines ceremoniales y terapéuticos. La forma de uso, era mediante la inhalación del humo que se hacía a través de pipas o de hojas envueltas en rollos. También inhalaban el polvillo de la hoja por las fosas nasales (Rubio, Aguirre y Puente, 1986).

El Humo del tabaco contiene diversos compuestos, que pueden actuar como reforzadores farmacológicos y facilitar la presencia del hábito de fumar (García, 1990f).

En 1518, la semilla del tabaco se envió a España y su uso se extendió a toda Europa. En un inicio se empleó con fines medicinales y se vendía en las boticas, como medicina. Más tarde, pasó a ser una moda y un lujo, y después se condenó su uso porque se consideró que fumar era nocivo y precaminoso (Tapia, 1980, citado en Rubio, Aguirre y Puente, 1986). Posteriormente, el uso del tabaco se fué extendiendo hasta convertirse en un hábito generalizado (Rubio, Aguirre y Puente, 1986).

Se conocen cuarenta y cinco especies diferentes de tabaco y la mayoría de éstas se han obtenido mediante cultivo ; sin embargo, en América Prehispánica sólo algunas se difundieron (García, 1990f).

Entre las diversas especies de nicotina se encuentra la nicotina tabacum, la nicotina rústica, la nicotina attenuata, nicotina bigelovi y nicotina trigonophylla (García, 1990f).

Se cree que la palabra cigarro, se deriva del maya sik-ar que significa fumar (Rubio, Aguirre y Puente, 1986).

La nicotina es un alcaloide que fué descubierto y aislado por Poselt y Reinmann en 1829, en Alemania. En su estado fresco, es un aceite fluido incoloro, de olor desagradable y muy soluble en agua y se elabora por la raíz de la planta. El contenido de nicotina varía según las especies, el suelo donde se cultiven, el clima y otros factores, y pueden ser de 0.5 a 8% del peso de la hoja del tabaco seca (García 1990f).

El Tabaco puede ser fumado o aspirado, La mayoría de los fumadores de cigarro, inhala el humo hasta el pulmón. Los fumadores de puro o pipa absorben la nicotina principalmente de la mucosa bucal, pero también inhalan alguna cantidad de humo, si es que anteriormente aprendieron a inhalar el humo del cigarro (Freedman y Kaplan, 1986).

También existen otras formas de consumo, a pesar de que fumar es la más difundida. Así, se podía beber, inhalar, chupar, masticar y comer, pero también administrar por enemas (García, 1990f).

En los países desarrollados la prevalencia del tabaquismo ha disminuido de manera progresiva, ya que se han reconocido los daños ocasionados por este hábito, sin embargo, en América Latina está ocurriendo todo lo contrario,

y el consumo del tabaco de ha incrementado de manera considerable (Rubio, Aguirre y Puente, 1986).

El consumo de tabaco es la farmacodependencia más grave que afecta todos los países; diversos expertos internacionales consideran al tabaco como la causa principal de enfermedad y muerte que se puede prever en la sociedad moderna (Puente, 1991).

Se calcula que en la ciudad de México y en la República Mexicana, se consumen diariamente cerca de 200 millones y 150 millones de cigarrillos respectivamente.

Cada año se consumen en nuestro país casi 3,000 millones de cajetillas. El incremento anual del 3.1 %, en ventas de cigarrillos en la República Mexicana ya es mayor al 3 % de crecimiento anual de la población (Rubio, Aguirre y Puente, 1986).

Por otra parte se ha descrito que los principales motivos para iniciar el uso del tabaco en gran parte se dirigen a lograr una mayor identificación con los amigos que lo hacen; la mayoría de las personas que inician su consumo, no planean volverse dependientes; el desarrollo de la dependencia es gradual; pasado un tiempo, los efectos farmacológicos del uso del tabaco, aumentan lo suficiente como para determinar su uso continuo (Freedman y Kaplan, 1986).

Se ha estudiado ampliamente el síndrome de abstinencia de la nicotina, y se ha observado que se debe principalmente al retiro de la nicotina empleado en sus diversas formas, inhalado, fumado o masticado.

El síndrome empieza unas cuantas horas después de la última dosis de nicotina, y consiste en un deseo de ingerir la droga, así como en la presencia de irritabilidad, sentimientos de frustración, ansiedad, dificultad para concentrarse, inquietud, disminución del ritmo cardíaco y cambios en el apetito (Freedman y Kaplan, 1986).

Este síndrome es muy variable en cada consumidor y su intensidad depende de la dosis diaria empleada. Los fumadores moderados presentan síntomas menos severos que los consumidores de dosis más altas (García, 1990f).

Algunas alteraciones producidas por la interrupción del consumo de la nicotina son las siguientes: disminución de la excreción de adrenalina y norepinefrina (neurotransmisores del Sistema Nervioso Central) así como de la presión sanguínea, que desaparece cuando se vuelve a consumir cigarrillos. Asimismo, otra modificación que presentan los consumidores crónicos al interrumpir el uso del tabaco, es el aumento de peso; en ocasiones, se presentan ampollas en la boca y constipación, los cuales desaparecen al volver a fumar (García 1990f).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM III-R), en el capítulo de trastornos y síndromes mentales orgánicos, considera los criterios para el diagnóstico de abstinencia a nicotina (292.0) (American Psychiatric Association, APA, 1988 :

A).- Uso diario de nicotina durante varias semanas como mínimo.

B).- Interrupción o reducción brusca del consumo de nicotina, seguido por la aparición al cabo de 24 horas de cuatro de los siguientes síntomas como mínimo.

- 1.- Necesidad de nicotina.
- 2.- Irritabilidad, frustración o ira.
- 3.- Ansiedad.
- 4.- Dificultad de concentración.
- 5.- Inquietud.
- 6.- Disminución del ritmo cardiaco.
- 7.- Aumento de peso o del apetito.

Existen también aumento de ondas lentas en el EEG, y la sensación de deseo alcanza su máximo nivel en las 24 horas, y posteriormente disminuye por un período desde diez días hasta varias semanas, sin embargo, al igual que ocurre con el uso de cocaína y de otras drogas, el deseo puede aumentar en gran medida, y se ocasiona por la presencia de estímulos previamente asociados con el hábito de fumar (Freedman y Kaplan, 1986).

Actualmente, los problemas de salud relacionados con el uso de tabaco son: neumonía, enfermedad isquémica del corazón, bronquitis, enfisema y enfermedad cerebro vascular, que se encuentran entre las veinte primeras causas de mortalidad en el país (Tapia, Lazcano, Medina, Solache, León, Otero, Rascon y Sepúlveda, 1990).

Se considera que el 85 % de los casos reportados de cáncer pulmonar, son resultado del tabaquismo (Rubio, Aguirre y Puente, 1986) y solo el 10% de estos pacientes, tratados, sobreviven hasta cinco años; un fumador crónico tarda hasta 15 años una vez avanzado el hábito, en disminuir sus probabilidades de cáncer a las cifras promedio (Puente, 1986).

Para el cáncer masculino se agregan el cáncer de traquea, de bronquios y pulmón y para el sexo femenino, la enfermedad hipertensiva (Chaieb, Vitola, Silva, Clausell y Levin, 1984, citado en Rubio, 1986).

Los hombres que fuman tienen 100% más probabilidades de morir de cáncer que los no fumadores; en las mujeres el cáncer de pulmón ha aumentado en las últimas décadas hasta constituir una de las causas principales de muerte (Puente, 1986).

Por otro, se ha descrito que las mujeres fumadoras de más de cuarenta años que consumen anticonceptivos orales tienen mayor probabilidad, de desarrollar trastornos cardíacos que ocasionen muerte, situación que se eleva más de siete veces, respecto a las mujeres no fumadoras que empleaban este método anticonceptivo (García, 1990f).

En general, el consumo de tabaco constituye actualmente una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad (Puente, 1986).

El hábito de fumar tabaco en sus diversas formas, provoca una mayor propensión a padecer inflamación, infección y destrucción de las encías y los huesos en los que se insertan los dientes, todo lo cual da como resultado la pérdida de piezas dentales (García, 1990f).

En México se han realizado diversos estudios referentes al hábito de fumar. Castro, Maya y Aguilar (1982), llevaron a cabo una encuesta en la que de los 3,408 estudiantes de 14 a 18 años de edad, 1598 fumaban ocasionalmente mientras que 784, que constituye el 23 %, eran fumadores habituales. Los fumadores pertenecían a 89 escuelas del área metropolitana.

En América Latina, el consumo de tabaco se ha incrementado en forma considerable. En 1972, en un estudio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en seis ciudades la prevalencia de fumadores del sexo masculino, alcanzaba cifras superiores al 40 % (rango 44.7% - 58%) (encuesta de la OPS, OMS 1977; citado en Rubio, Aguirre y Puente, 1986).

En 1986, Rubio, Aguirre y Puente, reportaron los hallazgos obtenidos de una evaluación realizada a 135 fumadores que asistieron a la clínica de tabaquismo del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias durante un período de un año, dentro de éste, se comprobó que la edad de inicio ocurre habitualmente antes de los veinte años de edad.

Una estimación acerca de la población fumadora en México, realizada por Rubio en 1987, indica que el 50 % de la población adulta fuma; que por cada cuatro fumadores, tres son del sexo masculino; y que la incidencia en las mujeres se ha ido incrementando en los últimos años (García, 1990f).

La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) de 1990 (Tapia, Sepúlveda, De la Fuente y Kumate, 1990) reporta que, al distribuir la población en grupos de edad, los mayores índices de tabaquismo se encontraron entre los 18 y los 29 años, con 42.4% y entre los 30 y 39 años con 24.7%, la prevalencia de fumadores en la población urbana general fué de 12 a 65 años, es decir 25.8%. Por sexos, se presentó con mayor frecuencia en hombres (38.3%) y un 14.4% en mujeres.

Se encontró que las edades más frecuentes en la que se empieza a fumar, son entre los 12 y los 17 años que corresponden al 48.5%. Asimismo, dentro de los principales motivos por los cuales la gente empieza a fumar, se

encontró en primer término que por curiosidad (46.1 %) y también porque sus compañeros y amigos lo hacen (34 %).

En cuanto a las actividades más frecuentes relacionadas con el hábito de fumar, aparece la asistencia a reuniones con 35.9%, el término de la comida (15.3%) y en el trabajo (14.8 %).

En ésta misma encuesta, se encontró que el 64 % de los fumadores lo hacen a diario, muy por encima del siguiente rubro de consumo de importancia. el fumador eventual, el 22%.

Mas y Ramírez, en 1985, llevaron a cabo una investigación, en jóvenes de 14 a 18 años, y encontró que el 49 % de éstos, fuma. Este dato corresponde a los jóvenes que no estudian; ya que los estudiantes representa únicamente el 16 %.

3.2.2 INHALANTES.

Los inhalantes son una serie de sustancias químicas que se caracterizan por tratarse de gases líquidos volátiles o aerosoles que son absorbidos por vía pulmonar y producen alteraciones en la conciencia y estado de ánimo. (Chevaili, Tubert y Champion 1988).

Los inhalantes se dividen en tres grupos.

1.- Solventes comerciales en donde se incluyen: tolueno, xileno, acetona, benceno, tricloro y otros como: cementos, plásticos, pegamentos, thinner, gasolina, fluidos para encendedores.

2.- Aerosoles en donde se encuentran: insecticidas, desodorantes, fijadores para el pelo.

3.- Anestésicos los cuales incluyen éter, cloroformo y óxido nitroso, aunque el abuso de éstas sustancias no es tan común.

Todas las anteriores se consumen como drogas de abuso, inhalandolas. La manera de abusar de ellas es colocar un poco de la sustancia en un pañuelo, bolsa de papel ó plástico, estopa ó tela; colocandolos sobre la nariz y boca e inhalarlo. Otras sustancias como la gasolina y thinner se inhalan directamente de su recipiente. (CEMEF 1976a).

Dentro del tercer grupo de inhalantes, los anestésicos son las únicas sustancias que tienen uso clínico, y con fines quirúrgicos, encontrandose entre ellos el cloroformo y el éter (CEMEF 1976a).

Los inhalantes viajan por el organismo a través de las vías respiratorias para después llegar al torrente sanguíneo. El usuario siente los efectos de manera simultánea y desaparecen de unas horas a unos días después. (García 1990 d).

Los síntomas por intoxicación aguda son: vértigo, inestabilidad en la marcha, si la ingesta se incrementa, se produce visión borrosa, temblores, respiración rápida y coma (CEMEF 1976b).

Asimismo se presenta desorientación en el tiempo y espacio, enrojecimiento o palidez de la cara, así como alucinaciones, miedo y pánico. Algunos síntomas menos frecuentes son paranoia, alucinaciones auditivas,

sensación de flotar, zumbidos en los oídos y excitación sexual. (Garza, Mendiola y Rábago, 1978).

Los criterios que incluye el DSM-III-R para el diagnóstico de intoxicación por inhalantes, son los siguientes (APA, 1988):

A.- Uso reciente de inhalantes.

B.- Cambios conductuales desadaptativos; por ejemplo, peleas, agresividad, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad social o laboral.

C.- Como mínimo dos de los siguientes síntomas:

1.- Mareo

2.-Nistagmus.

3.-Incoordinación.

4.-Lenguaje farfullante.

5.-Marcha inestable.

6.-Letargia.

7.-Reflejos deprimidos.

8.-Entretardamiento psicomotor.

9.-Temblor.

10.-Debilidad muscular generalizada.

11.-Visión borrosa o diplopia.

12.-Euforia.

D.- Todo ello no debido a ningún otro trastorno mental o físico.

Los inhalantes provocan dependencia psíquica, poca dependencia física y una gran tolerancia (CEMEF, 1976a).

Garza, Mendiola y Rábago (1978), llevó a cabo un estudio en jóvenes inhalantes, residentes de barrios marginales de la Cd. de Monterrey. En éste se encontró que el cemento plástico y grasa para calzado ocasionó dependencia psicológica en el 34% de los casos de su muestra, constituida por 32 usuarios de inhalantes. La dependencia psíquica se definió en términos de la necesidad urgente de inhalar o la presencia de ansiedad por no poder hacerlo.

Asimismo, el fenómeno de tolerancia estuvo presente en el 50 % de los sujetos.

El abuso de inhalantes " cemento o pegamento" y sustancias volátiles como el tiner o gasolina, es un proceso que ocasiona trastornos en el organismo; principalmente a nivel de Sistema Nervioso, lo que provoca que se desencadenen cuadros psiquiátricos irreversibles, con trastornos de conducta, en su mayoría de carácter delictivo (Barroso y Romero, 1978).

Asimismo, provocan arritmia cardíaca y efectos tóxicos sobre el riñón y el hígado (Freedman y Kaplan, 1986).

La inhalación continua de pegamento por períodos prolongados de tiempo, puede ocasionar paro respiratorio y como consecuencia de éste, paro cardíaco y por lo tanto la muerte (Drug Abuse Prevention division Revised, 1975).

Los efectos que se producen por un consumo crónico se manifiestan en el comportamiento en diversos grados según cada caso y entre ellos se encuentran irritabilidad, confusión mental, desorientación, trastornos de la

memoria inmediata, pasividad y trastornos en la coordinación motora (García 1990d).

La sintomatología neurológica y psiquiátrica es debida a que el tiner produce destrucción de las células nerviosas en forma difusa y progresiva en diferentes lugares del cerebelo, cerebro y médula espinal (que produce principalmente el tolueno), así como degeneración con desaparición de muchas fibras nerviosas periféricas que alteran la sensibilidad y los movimientos (producidos por el hexano) siendo estas lesiones irreversibles en todo el organismo de mayor o menor intensidad, según el tiempo, la frecuencia y la cantidad de tiner inhalado (Barroso y Romero, 1988).

El problema de inhalación de solventes ha ido en aumento, debido el aumento del número de productos químicos de uso casero, comercial o industrial, así como por el hecho de que son drogas lícitas, en el sentido de que su venta es legal y no se les identifica como fármacos (Chevalli, Tubert y Champion 1988); así, son sustancias consumidas especialmente por niños y jóvenes ya que son fáciles de conseguir en tiapalerías y tienen un bajo costo en comparación con otras drogas (CEMEF 1976 a); y su consumo es el de mayor prevalencia, dentro de las drogas de uso no médico entre éstos jóvenes (Ortiz, Sosa y Caudillo, 1988).

En Estados Unidos, desde 1960 se encontró, asimismo, que éste tipo de farmacodependencia era casi exclusivo de adolescentes y niños, y que su toxicidad, lo es aún más en un organismo que se encuentra en desarrollo; puesto que al provocar un trastorno de conciencia e interferir con la recepción de diversos estímulos físicos, emocionales, intelectuales y sociales, provoca un estado de retraso en el desarrollo (Barroso y Romero, 1988).

En México (Castro, Rojas y De la Serna, 1988), se ha encontrado que entre la población escolar de 14 a 18 años, ha aumentado significativamente el consumo experimental de estas sustancias, entre 1976 y 1978, de 0.9% a 5.6 %. El uso frecuente tendió a aumentar, ya que en 1976 la prevalencia era de 0.60% y en 1978 el porcentaje de jóvenes que inhalaban frecuentemente fué de 1.52% (Medina, Schnaas, Terroba, Isoard y Suarez, 1978).

Asimismo es de mencionar que el abuso de inhalantes se extiende cada día más y se propaga de manera más intensa en la población infantil, púberes, adolescentes y jóvenes cuyas edades promedio fluctúan entre los 8 y los 18 años, y que aparece en marcada relación con el aumento en delincuencia juvenil, bajo rendimiento escolar y ocupa un lugar importante en los casos atendidos por intoxicación en servicios de emergencia (Barroso y Romero, 1988).

Así, a partir de los datos obtenidos en 27 centros de tratamiento en la República Mexicana desde 1970 a 1976 (6947 expedientes) se observó que del total de usuarios atendidos por problemas relacionados con el consumo de drogas, el 20 % informó haber inhalado solventes (Medina, 1987).

De acuerdo con las cifras de prevalencia en el consumo de inhalantes obtenidas en 1976 y 1986 en muestras a nivel nacional de la población estudiantil, se reporta que el uso experimental aumentó significativamente, de 0.8% en 1976 a 4.4% en 1986 y solamente el 0.9% informó haberlas usado en el mes anterior, siendo los solventes los que ocuparon el primer lugar en cuanto a la extensión del consumo (Castro, 1987).

Se ha encontrado que la práctica de inhalación de solventes es más común entre los menores que trabajan en las calles (limpia parabrisas,

tragafuegos, boleros y vendedores ambulantes) que entre los estudiantes, encontrando que el 27 % reportó haberlos usado alguna vez, el 22% usarlas diariamente y el 9% informó usarlas cuatro o más veces diarias (Medina 1987).

Dentro de los factores comunes encontrados en los niños y jóvenes que abusan de inhalantes en México se ha observado que estos carecen de estudios, de trabajo, de familia y es a su vez consecuencia de la proliferación de sustancias potencialmente utilizables para inhalar, así como de la aparición de extensas zonas de marginación que han tenido que desplazarse del campo a la ciudad (Chevaili, Tubert y Champion, 1988).

Dentro de los resultados de la Encuesta Nacional sobre el uso de drogas entre estudiantes, se analizaron las tendencias regionales en la zona norte, centro y sur del país, entre el período 1976-1986 , en una muestra constituida por 9,967 estudiantes; en ésta, se encontró que el aumento más importante se dió en el consumo de inhalantes, siendo la prevalencia mayor en la región centro (4.5% en comparación con la norte, (4.2%) y la sur (4.1 %) (Rojas, G.M., Castro, De la Serna y García, 1987).

En la investigación realizada por Garza, Mendiola y Rábago (1988), en la Ciudad de Monterrey, particularmente en zonas marginales, se encontró que por lo menos uno de cada cinco hogares tiene alguno de sus miembros detectados como inhaladores, siendo una práctica que se agudiza en la adolescencia, pero que en ocasiones se conoce desde la niñez.

Las cifras más recientes en relación con el consumo de drogas pertenecen a los datos obtenidos por la Encuesta Nacional de Adicciones realizada en 1990, cuyos datos revelan que la mayor proporción de usuarios se

ubica entre los 12 y los 34 años. Los inhalantes resultaron ser la droga más usada, alcanzando un 0.26 % y los que la han utilizado por lo menos una vez en la vida fué de .8 % (Tapia, Medina, Sepúlveda, De la Fuente y Kumate, 1990).

Al estudiar al grupo familiar del inhalador, se ha encontrado que éste es más desintegrado, que el de otros farmacodependientes; ya que algunos son vagabundos, que no viven con sus familiares y los que permanecen con ellos generalmente no poseen un núcleo integrado, sino que el padre está ausente o cuando se encuentra, es violento y la madre tiene rencor hacia él, llegando a evidenciar deseos de destruirlo o mandarlo a la cárcel (García 1990).

Así mismo, la familia del inhalador es autoritaria, agresiva, desorganizada y desintegrada, siendo ésta una situación que el individuo trata de evitar abandonando su hogar (Chevalier 1978).

En una investigación realizada por Castro, Ortiz, Caudillo y Chávez (1985), se encontró que algunas variables de tipo familiar y social predicen el uso de drogas en jóvenes, como son la vagancia y el ser integrantes de pandillas y de familias inestables o desintegradas.

El ambiente familiar de los usuarios de solventes no promueve la cercanía, la intimidad o confianza; éste clima produce ansiedad, la cual se intenta disminuir a través del uso de inhalantes; de ésta manera los inhalantes funcionan como un protector contra el ambiente, el cual es percibido como hostil (Framrose 1982).

3.2.3 ALCOHOL

El alcohol es la droga que más se consume en México y el mundo, es un fármaco depresor, que como tal, inhibe y retarda las acciones del Sistema Nervioso Central (CEMEF 1976a).

Desde las épocas más lejanas que registra la historia, las personas han consumido alcohol para conseguir euforia, celebrar diversas festividades, solemnizar rituales religiosos, alegrar funciones sociales y proporcionar el fin de tensiones emocionales inmediatas o continuas (Kolb y Broddie , 1987).

El término "alcoholismo" ha tenido principalmente dos tipos de acepciones, la de tipo moral y la de tipo médico. El modelo moral considera el beber como una debilidad moral, y la definición de alcoholismo es categórica y su clasificación dicotómica: se es bebedor o abstemio (Tarter , 1976; citado en Castro, 1987).

Posteriormente, a partir de los trabajos de Jellineck, se empezó a ver al alcoholismo como una enfermedad; esto provocó que ya no se rechazara al alcohólico, sino que se le considerara como enfermo (Natera , 1982).

Algunos definen el alcoholismo como existente en alguien que muestra graves efectos médicos o psicológicos por la ingestión repetida de alcohol, incapacidad para controlar la ingestión, conducta antisocial al estar embriagado e insatisfacción social o personal por el patrón de ingestión anormal de alcohol (Kolb y Broddie 1987).

En 1952, el segundo comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud, incluye el concepto de dependencia al alcohol que actualmente se utiliza: " los alcohólicos son los bebedores excesivos cuya dependencia al alcohol es suficiente para afectar su salud física y mental, así como sus relaciones con los demás y su comportamiento social y económico, o bien, que ya presentan los pródromos de tales manifestaciones" (Guerra , 1977).

La Asociación Psiquiátrica Americana (A.P.A.), en el Tercer Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM III) , define a la persona alcohólica como " aquellos pacientes en los que el consumo de alcohol es lo suficientemente grande como para dañar la salud física, su funcionamiento personal y social, o cuando consumir alcohol es un prerequisite para su funcionamiento normal" (Freedman y Kaplan , 1976).

Así, desde hace algunos años la O. M. S. , empezó a hablar de incapacidades relacionadas con el alcohol o bien de problemas relacionados con el consumo de alcohol (Castro, 1987).

Keller (1958), del Centro de Estudios sobre el Alcohol de la Universidad de Rutgers, llegó a una definición que puede ser considerada como la más operante en el campo de la medicina y la psiquiatría (citado en Guerra, 1977): " el alcoholismo es una enfermedad crónica y un desorden de la conducta caracterizado por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas, hasta el punto de que excede a lo socialmente aceptado y que interfiere con la salud del bebedor, con sus relaciones interpersonales, o con su capacidad para el trabajo".

En las definiciones descritas, se enfatizan los siguientes factores : la persona alcohólica, los aspectos sociales, la patología individual subyacente, así como la incapacidad para abstenerse de la ingestión frecuente de alcohol, ya sea por razones psicológicas o físicas y cuyo consumo es suficiente para producir intoxicación, y a largo plazo, deterioro de la salud física y psicológica del sujeto.

A pesar de que en las definiciones, el alcoholismo aparece como un fenómeno muy simple, en realidad es sumamente complejo y aún cuando existe una variación considerable en los patrones de beber, parece haber tres tipos predominantes (Milt, 1976 ; citado en Rodríguez, 1989):

1.- Alcohólico con brotes de ingestión: el individuo empieza a beber, y continúa haciéndolo por varios días, cuando deja de tomar, tienen efecto las reacciones de abstinencia. La recuperación de esta intoxicación aguda, puede tardar de varios días a varias semanas, cuando termina este período, puede haber un lapso de abstinencia, seguido por otro brote.

2.- Alcohólico diario, bebe de manera estable hora tras hora, día tras día pero no aumenta la cantidad de ingestión y no llega a la intoxicación. Es decir, espacia su consumo y limita la cantidad de ingesta para mantener un estado constante de intoxicación moderado.

3.- Alcohólico periódico: se da en brotes de consumo que ocurren en intervalos de semanas, o meses; o bebe alcohol, únicamente al encontrarse en situaciones que le provocan un gran estrés.

En 1972, Jellinek propuso la siguiente clasificación :

1.- Alcoholismo Alfa o Alcoholismo Neurótico con Problemas subyacentes Previos.

En esta categoría, las personas tienen una gran confianza, de carácter meramente psicológica, en el efecto para aliviar el dolor emocional o corporal. El alcohol representa un tranquilizante efectivo. No existe síndrome de abstinencia si se suspende la ingesta, ni señales del progreso del alcoholismo. Dentro de este grupo, no se presenta falta de control sobre la bebida, ni incapacidad para abstenerse de beber.

2.- Alcoholismo Beta o No complicado.

Las personas que se encuentran dentro de este grupo, exhiben una alcoholización habitual y continua pese a que rara vez lleguen a la embriaguez total. Es común el síndrome de abstinencia si se suspende la ingestión de alcohol y no existe dependencia física al mismo.

3.- Alcoholismo Gamma o Alcohomanía con Pérdida de Control.

Se observa en este grupo una mayor tolerancia al alcohol, existe un progreso definitivo hacia la dependencia física y psicológica asociada a la presencia de alteraciones conductuales marcadas. Los cambios destructivos intra e interpersonales son graves.

4.- Alcoholismo Delta o Incapacidad para Abstenerse de Beber.

Los sujetos que pertenecen a este grupo, se encuentran en grados de intoxicación severos, de manera habitual, y presentan complicaciones orgánicas características. Algunos pueden aceptar más o menos el consumo de alcohol a las circunstancias para evitar la embriaguez manifiesta, pero la abstinencia por 24 horas o más, provoca la aparición del síndrome de supresión.

Asimismo, en 1972, Guerra elaboró una clasificación referente a la periodicidad de la intoxicación.

1.- Alcohólico Intermitente.

En este caso existe una incapacidad para detenerse, Se inicia la ingesta de alcohol, cursando con períodos variables de abstinencia. También es conocido como dipsomanía.

2.- Alcoholismo Inverteado.

Se refiere a la incapacidad para abstenerse de beber, por un solo día.

Existe una gran cantidad de bebidas que contienen alcohol: vinos, cerveza, pulque, ron, whisky, vodka y otros destilados. El tipo de bebida alcohólica que se ingiera, varía de una clase socioeconómica a otra. Entre los miembros de clase económica más limitada suele observarse el consumo de alcohol en forma pura o en ocasiones el alcohol se mezcla con jugos de fruta (CEMEF 1976a).

El alcohol tiene pocos usos médicos, para secar, inducir el sueño y en muy limitadas ocasiones para aportar calorías a personas desnutridas (CEMEF 1976).

El DSM III-R, incluye tres patrones de abuso o dependencia de alcohol. El primero consiste en el consumo regular y diario de grandes cantidades; el segundo, en el consumo abundante limitado a los fines de semana; y el tercero, en largos períodos de sobriedad entremezclados con períodos de embriaguez diaria a raíz de consumir grandes cantidades de alcohol durante semanas o meses. Es un error asociar exclusivamente uno de estos patrones al " alcoholismo" (APA , 1988).

Los efectos del alcohol dependen de la cantidad con que se ingiera, con una dosis pequeña, se presenta sensación de bienestar, locuacidad y disminución leve de los reflejos. Una dosis mayor que doble lo anterior, provoca dificultad en el habla, incoordinación de los movimientos, juicio alterado, reducción de las inhibiciones, falta de control emocional y un gran aumento de accidentes automovilísticos. Una dosis todavía mayor, produce una clara intoxicación, con marcada dificultad para la marcha, trastornos del pensamiento y la memoria, juicio distorsionado, labilidad emocional y agresividad. Con el doble de ésta dosis se presenta coma y muerte por depresión respiratoria. La piel se vuelve fría y pegajosa, la temperatura baja y la respiración se hace lenta y ruidosa, el corazón se acelera y las pupilas se dilatan. Si el proceso continúa, la persona muere. (CEMEF 1976a).

El cuerpo puede metabolizar de 10 a 15 ml. de alcohol por hora, pero la mezcla de alcohol con alimentos, puede producir la absorción durante algunas horas, no así, cuando los volúmenes ingeridos son mínimos y el estómago está vacío (CEMEF 1976b).

El cerebro es el órgano más sensible a los efectos inmediatos al alcohol y también a los efectos del uso crónico. Dos o tres bebidas ingeridas en una hora, pueden disminuir significativamente la habilidad para ejecutar acciones complejas (Cadoret, Cai y Grove, 1980, citado en De la Fuente, 1987a) y unas cuantas horas más alteran en algún grado la conciencia, el estado afectivo y la conducta (De la Fuente, 1987a).

Se han enfatizado tres áreas de deficiencias psicológicas, producidas por el consumo excesivo y prolongado de alcohol: pérdida de la capacidad de abstracción (Kleinknecht y Goldstein, 1972)*, incapacidad en las funciones del

lóbulo frontal (Tarter, 1975; Ron 1977),* y habilidad deficiente para percibir y recordar material complejo no verbal (Jones y Parsons, 1972; Clarke y Haugton, 1975).

Hay evidencia de que aun nivel de consumo de pequeñas dosis de etanol, produce daño en el procesamiento cerebral de la información, pero el consumo crónico es la causa más importante del deterioro mental del adulto. (De la Fuente, 1987a).

Los usuarios excesivos de alcohol, son más propensos a morir prematuramente (OMS 1980, citado en Natera, 1982).

Después del cerebro, el hígado es el órgano más severamente afectado por el alcohol; la cirrosis alcohólica, es la causa principal de muerte entre las personas que abusan del alcohol (De la Fuente, 1987a).

En la mayoría de los 45 países estudiados por la Organización Mundial de la Salud, entre 1955 y 1977, se observó un aumento en las tasas para ambos sexos, ocupando este padecimiento, un lugar dentro de las cinco causas de muerte entre los individuos de 25 a 64 años (Natera, 1982).

Los efectos teratogénicos del alcohol, fueron sospechados por décadas, pero no fue sino hasta 1973, cuando Jones y Smith, publicaron la existencia de una constelación de anormalidades, descrita como "síndrome alcohólico fetal". Este, incluye una disfunción del sistema nervioso, deficiencias en el crecimiento y anormalidades en la cara, así como retardo mental, hidrocefalia,

* Citado en Cutting, 1981.

microcefalia; se ha descrito también la presencia del desarrollo incompleto de la corteza cerebral (Rayburn y Lavin, 1984).

Otros efectos nocivos del alcohol, no son tan aparentes. el cáncer de la boca, de la lengua, la faringe y el esófago, es más común entre los alcohólicos (Rothman 1980, citado en De la Fuente, 1987a).

Las preparaciones que contienen grandes concentraciones del alcohol irritan al estómago y producen gastritis si se las toma habitualmente (CEMEF, 1976a).

Asimismo, el CEMEF (1976b), ha descrito que el alcohol provoca daño irreversible a órganos como el páncreas, el estómago y el riñón, así como deficiencias de vitaminas. Al respecto, Freedman y Kaplan (1986), sostienen que la neuropatía periférica, que es la complicación neurológica más común debido al uso del alcohol, resulta aparentemente por deficiencias múltiples de vitamina B, que generalmente es reversible con una adecuada nutrición.

El DSM III-R, en el capítulo de Trastornos y Síndromes Mentales Orgánicos, incluye los criterios para el diagnóstico de las siguientes entidades (APA, 1988):

303.0 INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA.

A).- Ingestión reciente de alcohol (sin la existencia de pruebas que sugieran que la cantidad ingerida es suficiente para provocar una intoxicación en la mayor parte de la gente).

B).- Cambios conductuales desadaptativos, por ejemplo, desinhibición de impulsos sexuales o agresivos, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y de la actividad social o laboral.

C).- Al menos uno de los siguientes signos:

1.- Lenguaje farfuleante.

2.- Incoordinación.

3.- Marcha inestable.

4.- Nistagmus.

5.- Rubor facial.

* Citado en Cutting, 1981.

291.40 INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA IDIOSINCRÁTICA.

A).- Cambios conductuales desadaptativos; por ejemplo, conducta agresiva o violenta, que aparecen a los pocos minutos de la ingestión de alcohol en una cantidad tal que es suficiente para provocar intoxicación en la mayor parte de la gente.

B).- La conducta es atípica, en el sentido de que no se presenta cuando el sujeto no ha bebido.

C).- No es provocada por ningún otro trastorno mental o físico.

291.80 SÍNDROME DE ABSTINENCIA ALCOHÓLICA NO COMPLICADA.

A).- Interrupción de un consumo abundante y prolongado de alcohol (algunos días o más) o reducción de la cantidad de alcohol ingerida, seguidas algunas horas después de un temblor severo de manos, lengua o párpados y por lo menos uno de los siguientes síntomas:

1.- Náusea o vómitos.

2.- Malestar o cansancio.

3.- Hiperactividad autonómica; por ejemplo , taquicardia, sudoración y elevación de la presión arterial.

4.- Ansiedad.

5.- Estado de ánimo deprimido o irritabilidad.

6.- Alucinaciones transitorias o ilusiones.

7.- Dolores de cabeza.

8.- Insomnio.

B).- Todo ello no debido a ningún otro trastorno mental o físico, como el delirium por abstinencia alcohólica.

291.0 ABSTINENCIA ALCOHÓLICA.

Delirium por Abstinencia Alcohólica.

A).- Delirium que se presenta (generalmente a los pocos días) de haber interrumpido o reducido el consumo de alcohol.

B).- Notable hiperactividad autonómica; por ejemplo, taquicardia, sudoración.

291.30 ALUCINOSIS ALCOHÓLICA.

A).- Desarrollo breve (habitualmente de 48 horas) de una alucinosis orgánica con alucinaciones vividas y persistentes (auditivas o visuales) tras la interrupción o disminución de la ingesta alcohólica en un individuo que parece presentar una dependencia alcohólica.

B).- No hay delirium como en el delirium por abstinencia alcohólica.

C).- Todo ello, no debido a ningún otro trastorno mental o físico.

291.10 TRASTORNO AMNÉSICO ALCOHÓLICO.

A).- Síndrome amnésico que se presenta después de una prolongada ingestión de alcohol.

B).- No debido a ningún otro trastorno mental o físico.

291.20 DEMENCIA ASOCIADA A ALCOHOLISMO.

A).- Una demencia que se presenta después de un hábito prolongado de grandes ingestas de alcohol y que persiste al menos tres semanas después de haber interrumpido su consumo.

B).- A través de la historia, el examen físico y las pruebas de laboratorio, se excluyen otras causas de demencia no debidas al consumo prolongado de grandes cantidades de alcohol.

Con respecto a la dependencia ocasionada por el uso de alcohol, tal como ocurre en la dependencia de otras drogas, ésta se acompaña de una preocupación por obtener la droga, en cantidades suficientes como para lograr largos períodos de intoxicación (Freedman y Kaplan, 1986).

El alcohol produce dependencia física, y una marcada dependencia psíquica; también ocasiona tolerancia. Al efecto posterior a una fuerte intoxicación alcohólica se le conoce como "cruda". Sin embargo, en los alcohólicos crónicos el síndrome de abstinencia es muy severo, y comienza unas tres horas después de la última ingesta (CEMEF, 1976a).

El síndrome de abstinencia del alcohol, se caracteriza por temblores, náusea, vómito, ansiedad, sudoración profusa, calambres y puede llegar a alucinaciones terroríficas, convulsiones, delirios, insuficiencia cardíaca y muerte, según el grado de dependencia física desarrollada (CEMEF 1976a).

A partir de 1960, el consumo per capita de alcohol ha aumentado en diversos países en forma notable y se ha extendido entre las mujeres y los jóvenes (De la Fuente, 1987a), sin considerar las bebidas que están sujetas a control fiscal, el consumo de este tipo en México, en 1984, se calculó en 72 litros al año (Carrada, 1987; citado en Tapia, Medina, Sepúlveda, De la Fuente y Kumate, 1990).

Los adolescentes como grupo y como individuos, son particularmente sensibles a los cambios, por lo que se entiende que la definición de sus problemas relacionados con la bebida, tendrá que ser relativa, cambiante y constantemente revisada (Castro y Maya, 1987).

En Norteamérica se ha visto que los jóvenes son particularmente susceptibles a otros tipos de problemas relacionados a los efectos del consumo excesivo de alcohol. Esta tendencia implica que el riesgo general de que ocurran problemas relacionados con el alcohol puede elevarse en los próximos años. Si el consumo excesivo se inicia en edades tempranas, se puede esperar que los problemas relacionados a éste, aparezcan más pronto, sean de mayor duración y alcancen proporciones más graves, que cuando el uso del alcohol comienza más tarde (Molina, Barruecos, y Sánchez, 1983).

3.2.4 MARIHUANA.

La marihuana se obtiene de una planta llamada cannabis. Esta, tiene un tallo leñoso, hojas lanceoladas, dentadas y dispuestas en forma alterna. La planta femenina tiene inflorescencias en la parte superior de color café oscuro conocidas como hashish, que son de 5 a 10 veces más potentes que la planta simple. (Maceira, Pinto y Sulkes, 1982 Texas Department of Community Affairs (Drug Abuse Prevention division Revised, 1985).

El hashish es una resina, y el aceite de hashish es una forma concentrada de la misma Freedman y Kaplan, 1986).

Algunos autores han incluido la marihuana dentro de las drogas alucinógenas, dado que su uso en altas dosis, provoca alucinaciones (CEMEF, 1976a); sin embargo, otros consideran que es una droga única, tanto por sus efectos químicos como psicológicos (Drug Abuse Prevention division Revised, 1975).

La cannabis tiene una variedad de sativaeindia, conocida también como cañamo. Esta planta se cultiva y también crece silvestre. Se puede desarrollar en todos los lugares del mundo donde hay clima templado, pero sobre todo se le encuentra en África, India; Medio Oriente, Estados Unidos y especialmente en México. (CEMEF, 1976a).

La planta, ha sido usada como droga por siglos. En 1839 se le incluyó en los anales de medicina occidental, con un artículo que describía su potencial terapéutico, como posible analgésico o anticonvulsivo. El resto del Siglo XIX se arguyó que era efectiva en el tratamiento de diversos malestares físicos y

mentales. Sin embargo, con la llegada de diversas drogas sintéticas, disminuyó el interés en ésta como agente medicinal (U.S.: Department of Justice, 1986).

Posteriormente con los controles establecidos de la Ley del Impuesto de la marihuana, en 1937, se restringió más su uso como agente terapéutico y para 1914 había desaparecido de la farmacopea de Estados Unidos y del Formulario Nacional (U.S.: Department of Justice, 1979).

Dentro de la preparación de la cannabis, intervienen más de 400 productos químicos, uno de los cuales es THC o delta 9 tetrahidrocannabinol, es el agente más psicoactivo de la marihuana. (Servicio Informativo y Cultural de E.U.A. 1986).

La marihuana es una de las drogas que más se consumen en México, cuando se forma o se enciende, produce un olor muy peculiar, parecido al de la paja seca en combustión (CEMEF 1976a).

Los productos de la cannabis generalmente se fuman en cigarrillos enrollados y pueden ser usados junto con otras drogas; también pueden ser administrados es forma oral, pero se ha reportado que son tres veces más potentes cuando se fuman (U.S.: Department of Justice, 1979).

En forma oral, se consume en preparaciones alimenticias, sobre todo pastillas y dulces; también pueden masticarse las hojas. (CEMEF, 1976) o prepararse en pastelillos (Drug Abuse Prevention division Revised, 1975).

Los efectos psicoactivos son variados y dependen de la dosis, la preparación, el tipo de planta, las condiciones del suelo y el clima en el cual se

desarrolló, así como las formas de administración y la personalidad del usuario (Maceira, Pinto y Sulkes, 1982).

El efecto psicológico más típico es una elevación del estado de ánimo, relajación o euforia (Freedman y Kaplan 1976) así como un sentido de bienestar, seguido por hambre generalmente con el deseo de ingerir un alimento dulce, asimismo ocurren cambios en la percepción sensorial, tal como una sensación más vivida en los sentidos de la vista, olfato, tacto, el gusto y el oído que pueden estar acompañados por alteraciones sutiles en la formación del pensamiento y la capacidad de expresión (U.S. Department of Justice, 1986).

También se ha descrito la existencia de otras alteraciones, que involucran la pérdida de la coordinación de las extremidades, y la capacidad para recordar lo que ha ocurrido recientemente (Addiction Research Foundation, 1980) éstas, se dan cuando las dosis aumenta a un cigarro y medio; con esta misma dosis, se produce una disminución anormal de la temperatura corporal, hambre insaciable e inflamación de las membranas mucosas y los bronquios. También se exalta la fantasía, el estado de ánimo y la sensación de estar por encima de la realidad, existe una pérdida del sentido del espacio y el tiempo relativo se hace muy lento (CEMEF, 1976a).

Respecto al tiempo en que se producen los efectos de la droga, se hacen sentir entre los 10 y 30 minutos después de inhalar el humo y pueden durar entre 2 a 4 horas (U.S. Department of Justice, 1979); hay quienes encuentran una modificación en el tiempo de aparición de los efectos, considerando una ligera diferencia entre 15 y 30 minutos de inicio de estos y de 2 a 4 horas para la duración de los mismos (CEMEF 1976a).

Asimismo, aún cuando se tienen diversos efectos, dependiendo de la cantidad consumida, el CEMEF ha reconocido que existen dos signos constantes que son el enrojecimiento de los ojos y el aumento de la frecuencia cardíaca.

Freedman y Kaplan (1986), incluyen dentro de los efectos provocados por la marihuana, un decremento para la capacidad para ordenar eventos secuenciados temporales y ejecutar tareas complejas, así como la presencia de ansiedad aguda, o aún de pánico y períodos agudos de paranoia, lo que se da más frecuentemente en aquellos usuarios no familiarizados con la droga.

Además de lo descrito, puede presentarse también un cuadro de psicosis agudo, caracterizado por alejamiento de la realidad, ilusiones, alucinaciones y conducta bizarra (Adiction Research Foundation, 1980).

En relación a los efectos ocasionados por la marihuana en el organismo, se ha descrito que su uso constante puede causar daños en los pulmones, bronquios, sistema reproductor masculino y femenino. Asimismo, debido a que el humo de la marihuana contiene varios de los mismos compuestos orgánicos e inorgánicos que el humo del tabaco, ambos pueden producir efectos similares en los pulmones. Así, fumar marihuana en forma crónica, puede causar dolor en el pecho, bronquitis y enfisema pulmonar (Servicio Informativo y Cultural de E.U.A. , 1985).

El DSM III-R, también incluye una categoría para el diagnóstico delirante por cannabis (APA, 1988):

A.- Un síndrome delirante orgánico, que aparece poco después del uso del cannabis.

B.- Todo ello no debido a otro trastorno físico o mental.

El síndrome delirante orgánico que se presenta poco después del uso de cannabis, generalmente se asocia con ansiedad, labilidad emocional y despersonalización, no debida a otro trastorno.

Respecto al diagnóstico de la intoxicación por cannabis, El DSM III-R, considera los siguientes criterios:

A.- Uso reciente del cannabis.

B.- Cambios conductuales desadaptativos, por ejemplo, euforia, ansiedad, suspicacia o ideas paranoides, sensación de lentitud en el paso del tiempo, deterioro de la capacidad de juicio, retraimiento social.

C.- Como mínimo, han aparecido dos de los siguientes síntomas en las dos horas que ha seguido a su uso:

1.- Irritación conjuntival.

2.- Aumento del apetito.

3.- Sequedad de boca.

4.- Taquicardia.

D.- Cambios conductuales desadaptativos; por ejemplo, euforia, ansiedad, suspicacia o ideas paranoides, sensación de lentitud en el paso del tiempo, deterioro de la capacidad de juicio, retraimiento social.

E.- Todo ello, no debido a otro trastorno mental.

Se sabe, desde hace varios años, que la tolerancia a algunos de los efectos de la marihuana ocurre rápidamente en animales; es decir, los efectos

de la droga se vuelven menos intensos cuando se administra la droga repetidamente.

En experimentos realizados, se ha visto que la administración frecuente de altas dosis de cannabis o de THC en humanos, produce una tolerancia similar a la observada en animales (Addiction Research Foundation, 1980).

Por lo que respecta a la dependencia física a esta droga, Falco (1978), refiere que a diferencia de muchas otras drogas, como la heroína, los barbitúricos y el alcohol, la marihuana no produce este tipo de dependencia; sin embargo, considera que el uso prolongado de la misma, sí ocasiona dependencia psicológica.

Así, los usuarios con abuso prolongado de marihuana, pueden tornarse inquietos, irritables, perder peso, sudar y presentar problemas gastrointestinales, cuando la droga se retira de manera abrupta. Asimismo, considera que a pesar de que ésta es una verdadera reacción de abstinencia, la intensidad de los síntomas no es tan marcada como la observada después del retiro de otras drogas.

En apoyo a lo anterior, el (CEMEF 1976a) ha descrito que la marihuana no produce dependencia física ni síndrome de abstinencia pero sí dependencia psíquica; Freedman y Kaplan (1986), consideran la relación del síndrome de abstinencia con el uso de cannabis como incierta.

Aún así debe considerarse los efectos mencionados anteriormente que son peligrosos y de hecho la vida del usuario corre riesgo, así como los estados

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

de ánimo incontrolables, tales como la impulsividad, alucinaciones, estado de pánico y la incoordinación motora.

De 1976 a 1978, aumentó significativamente en la ciudad de México el uso ocasional de cannabis, y no se apreciaron diferencias importantes entre los usuarios regulares y los consumidores de cantidades elevadas (De la Fuente, 1987b).

Al referirse particularmente a los jóvenes, se ha visto que generalmente se hace una diferencia entre estudiantes y no estudiantes, ya que hasta 1974 solamente 31 de cada 100 jóvenes en edad escolar asistían a la escuela (Castro, 1987).

En esta forma, se ha encontrado que la población de jóvenes que no estudia, reporta mayor prevalencia en el consumo de drogas, como la marihuana (Castro y Maya, 1982).

Por otra parte, se ha encontrado que existe una estrecha relación entre adolescentes que utilizan drogas y miembros de la familia de mayor edad, que también las emplean; así, éstos tienden a usar drogas si sus padres fumaron tabaco o si su madre o sus hermanos usaron marihuana (Groerer, 1987).

En 1987, se realizó una investigación en nuestro país, en la que se observó que respecto a la marihuana, los subgrupo que más la consumen son los varones de 17 años en adelante, quienes informaron haber trabajado durante el año anterior a la encuesta (Castro, 1987).

En el período de 1985- 1986, se encontró que el consumo diario de marihuana entre estudiantes, fue de .8 % y en relación al uso actual en el último mes; esta fue la droga más usada (Castro, Rojas y De la Serna, 1986).

En un análisis regional de la Encuesta Nacional sobre el uso de drogas entre estudiantes, se encontró un incremento en 8 regiones y cabe señalar que este consumo no varió en Puebla y disminuyó un 100 % en las regiones de Durango y San Luis Potosí (Rojas, Castro, De la Serna y García, 1987).

Los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional señalan que en la población urbana entre los 12 y 65 años, la droga más usada entre los consumidores en el último año fue la marihuana (1.2 %).

En un análisis regional realizado por Rojas, Castro, De la Serna y García (1987), se investigó la disponibilidad de las siguientes drogas: marihuana, alucinógenos, tranquilizantes y heroína.

Las preguntas sobre cada droga tenían cinco opciones de respuesta que iba desde "imposible" hasta "muy fácil"; se encontró que en todas las regiones los estudiantes percibieron una mayor disponibilidad hacia la marihuana y los tranquilizantes. Sin embargo, se concluye que este factor en México, no explica las variaciones del consumo, ya que se confirmó que la distribución de la disponibilidad hacia las drogas, a diferencia del consumo, no presenta contrastes significativos en las tres regiones estudiadas (Norte, Centro y Sur). Por ello, sugieren que otros factores sociales están teniendo mayor influencia, por ejemplo, el contacto con otras regiones consumidoras, ya que las zonas más afectadas fueron la turística y fronteriza.

3.2.5 NARCÓTICOS

El opio, la morfina, la heroína y la codeína, son las drogas más importantes del grupo conocido como estupefacientes y son poderosos depresores del sistema nervioso central (CEMEF, 1976a); asimismo otra droga incluida dentro de este grupo es la metadona.

El origen de todos los estupefacientes es el opio, que es una sustancia sólida, de color oscuro, que se extrae de un tipo especial de amapola, llamada "papaver somniferum". Estas plantas, originarias del sur de Europa y del Asia Occidental, actualmente se cultivan en todas las partes del mundo (García, 1990e).

El opio preparado, se obtiene del opio crudo, por un proceso muy simple. Se presenta en forma de varas, planchas o barras, de color café dorado. Se fuma en pipas especiales y al quemarse desprende un olor muy característico. También puede ingerirse o inyectarse (CEMEF, 1976a).

El opio y sus derivados, son indispensables para la práctica de la medicina, ya que son el agente más efectivo que se conoce para aliviar el dolor intenso. Asimismo, se usan como supresores de la tos y como remedio contra la diarrea (U.S. Department of Justice, 1986).

Los narcóticos tienen el efecto de producir fijación pupilar, reducción visual, baja actividad física, aletargamiento, apatía y constipación (U.S. Department of Justice, 1986).

En grandes dosis, inducen sueño, pero con un gran riesgo de náuseas, vómito y depresión respiratoria, que son los mayores efectos tóxicos de los opiáceos (U.S. Department of Justice, 1979).

Los signos de intoxicación aguda por sobredosis de opiáceos son los siguientes: pupilas muy pequeñas, resequedad bucal, náusea, vómito, sudoración, temperatura baja, temblores, flacidez muscular, somnolencia marcada, disminución de la presión arterial, respiración lenta y pulso débil y lento. Si no es atendido por un médico, el paciente progresa hacia la inconsciencia, el coma, la insuficiencia respiratoria y la muerte (CEMEF, 1976a).

Con la mayoría de los opiáceos, excepto la codeína, el efecto de cualquier dosis es mucho menor por la vía oral, que por cualquier otra; sin embargo, el efecto por esta vía es de mayor duración (García, 1990e).

El DSM III-R, incluye los criterios para el diagnóstico de intoxicación por opiáceos (305.50) (APA, 1988).

A.- Uso reciente de un opiáceo.

B.- Cambios conductuales desadaptativos, por ejemplo euforia inicial, seguida de apatía, disforia, enlentecimiento psicomotor, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad social o laboral.

C.- Constricción pupilar (o dilatación pupilar debida a anoxia tras grave sobredosis) y uno de los siguientes síntomas como mínimo:

1.- Somnolencia.

2.- Lenguaje farfullante.

3.- Deterioro de la capacidad de atención o de la memoria.

D.- Todo ello no debido a ningún otro trastorno mental o físico.

Asimismo, los criterios para el diagnóstico de la abstinencia por opiáceos, según el DSM III-R, son los siguiente (292.0) (APA, 1988):

A.- Interrupción del consumo abundante o moderado de un opiáceo durante un período prolongado (varias semanas) o reducción de la cantidad de opiáceos consumida (o administración de un antagonista poco después del consumo del opiáceo) , seguidos tres de los siguientes síntomas como mínimo :

- 1.- Necesidad de opiáceo.
- 2.- Náusea o vómito.
- 3.- Dolor muscular.
- 4.- Lagrimeo o rinorrea.
- 5.- Dilatación pupilar, piloerección o sudoración.
- 6.- Diarrea.
- 7.- Bostezos.
- 8.- Fiebre.
- 9.- Insomnio.

B.- Todo ello, no debido a ningún otro trastorno mental o físico.

La intensidad de los síntomas físicos experimentados durante el período de privación, está en relación directa con el volumen del narcótico consumido cada día (U.S. Department of Justice, 1976), es decir, con el grado de dependencia alcanzado por el consumidor (García, 1990e).

El principal peligro que corre el abusador de estas drogas, es el de una sobredosis, lo que puede ocurrir de varias maneras: el usuario puede ser

inexperto y calcular erróneamente la potencia de la dosis o la droga puede ser más poderosa de lo que se le advirtió al comprarla (CEMEF , 1976a).

MORFINA.

La morfina se extrae del opio mediante un sencillo procedimiento químico y se presenta como un polvo fino en bloques (CEMEF , 1976a); fué aislada como principio activo del opio, por primera vez por Friederick Sertürner en 1806; su nombre viene del Dios griego del sueño Morfeo, y se relaciona con la propiedad de esta sustancia, de provocarlo (García , 1990e).

Es el principal componente del opio, con una concentración de 4 a 21 % ; es inodora, de sabor amargo y tiende a oscurecerse con el tiempo (U.S. Departament of Justice , 1976).

La morfina puede ser administrada de manera subcutánea, intramuscular o intravenosa, si se mezcla con agua y en esta forma de uso, su acción se incrementa mucho respecto a cuando se ingiere (García, 1990e), siendo así de 10 a 20 veces más potente (CEMEF , 1976a) así como el método que más usan los adictos (U.S. Departament of Justice, 1986).

A dosis terapéuticas la morfina produce efectos secundarios que incluyen náusea, vómito estreñimiento, comezón sobre todo en la nariz, sensación de calor, pesantez de los miembros, rubor, constricción de las pupilas y depresión respiratoria (CEMEF , 1976b).

Solo una pequeña porción de la morfina que se obtiene del opio se usa médicamente; la mayor parte se convierte en codeína y en menor escala en hidromorfina (U.S. Department of Justice , 1979).

Es el analgésico más poderoso que se conoce, pero como su uso provoca efectos indeseables y produce adicción, solo se emplea para tratar dolores extremadamente intensos que resultan de quemaduras, intervenciones quirúrgicas, etc. (CEMEF, 1976a).

La tolerancia y dependencia física se desarrolla con rapidez en el usuario (U.S. Department of Justice , 1986); el síndrome de abstinencia es el producido por cualquiera de los estupefacientes y produce los mismos efectos ya referidos.

Los síntomas empiezan a manifestarse entre 8 y 12 horas después de la última dosis, aumentan gradualmente en intensidad para alcanzar su máximo entre 36 y 72 horas. Posteriormente los síntomas disminuyen gradualmente en los próximos 5 a 10 días pero el insomnio, el nerviosismo y los dolores musculares persisten durante varias semanas (CEMEF , 1976a).

HEROINA

La heroína fue sintetizada de la morfina en 1974, pero su uso médico se expandió hasta principios de siglo (U.S. Department of Justice , 1986); se produce mediante procedimientos químicos relativamente sencillos (CEMEF , 1976b).

Cuando la heroína llega al mercado ilícito, generalmente se encuentra muy adulterada, con azúcar, quinina y otras sustancias (CEMEF , 1976a), lo que

se realiza con el objeto de aumentar el volumen del producto que se vende al usuario y una "bolsa" (una dosis) , puede llegar a pesar alrededor de 100 mgs. conteniendo por regla general, 5 % de la droga (U.S. Department of Justice , 1986).

A pesar de que esta droga puede ingerirse, lo más común es que se inhale, después de calentarla, o bien que se disuelva en agua y se inyecte (CEMEF, 1976a).

El heroinómano crónico, puede encontrarse con que todos los lugares posibles de aplicación ya han quedado dañados, por lo que se ve en la necesidad de aplicársela en diferentes partes del cuerpo; entre los dedos de los pies y de las manos, debajo de la lengua etc. (García, 1990e).

La heroína actualmente no tiene un uso médico (Drug Abuse Prevention division Revised, 1975) y en la mayor parte de los países, México entre ellos, su uso está totalmente prohibido.

Sus efectos son de 4 a 10 veces más potentes que los de la morfina (CEMEF , 1976a) y los inmediatos pueden variar de sujeto a sujeto; en general actúan sobre el Sistema Nervioso Central produciendo obnubilación, somnolencia, disminución en la habilidad para concentrarse, que por ende promueve la apatía y reduce la actividad. A pesar de que algunos usuarios sienten inicialmente euforia, la mayoría experimenta una falta de interés ante su cuidado diario y disminución de la sensación al dolor, así como de los impulsos de hambre, sexuales y agresivos (Drug Abuse Prevention division Revised, 1975). Debido a que la heroína suprime el hambre, muchos adictos padecen desnutrición; además la heroína elimina el reflejo de la tos, por lo que puede terminar en bronquitis crónica (Servicio Informativo y Cultural de E.U.A. , 1985).

La dependencia física, se evidencia al aparecer el síndrome de abstinencia (García , 1990e), que en esta droga es uno de los más severos que se conocen (CEMEF, 1976a); éste, se caracteriza por ansiedad, inquietud, irritabilidad, lagrimeo, dolores musculares, Insomnio, transpiración excesiva, dilatación de pupilas, escalofríos, náusea, vómito, diarrea, fiebre, aumento del pulso y de la presión sanguínea y calambres abdominales o de otros músculos. Esto, se acompaña por deshidratación y pérdida de peso (García , 1990e).

El máximo peligro en el uso de la heroína es la posibilidad de sobredosis. Cuando un adicto a la heroína consume demasiada droga, el cerebro sufre por falta de oxígeno, la respiración es poco profunda, la piel se torna húmeda y fría y la víctima cae en coma. Si la dosis tiene la potencia suficiente, queda embotado en el centro del cerebro que controla la respiración, lo cual ocasiona la muerte (Servicio Informativo y Cultural de E.U.A ., 1985).

En el caso de esta droga, al igual que todos los narcóticos (excepto codeína) , existe una marcada tolerancia, que obliga al usuario a aumentar progresivamente la dosis (CEMEF , 1976a).

Asimismo, las mujeres que consumen heroína pueden experimentar complicaciones y problemas médicos durante el embarazo y el parto; como enfermedades cardíacas, hepatitis y neumonía. Los riesgos, se extienden también a los hijos, ya que los adictos, suelen tener hijos más pequeños que el promedio, propensos a infecciones graves y con tasas altas de mortalidad. Según algunos expertos, estos niños también nacen con adicción y muestran síntomas de privación de la droga poco después de nacer (Servicio Informativo y Cultural de E.U.A. , 1985).

Los estudios que se han realizado en los centros de tratamiento, muestran que la proporción de pacientes que informaron usar heroína y otros derivados del opio, aumentó de 3 % en 1976 a 7 % en 1978 y disminuyó en 1980. Solamente en el Noreste del país, los consumidores de narcóticos representan una proporción significativa de los pacientes que acuden a estos centros, en donde alcanzaron su más alto nivel en 1978, y decrecieron de nuevo en 1980 (Natera, Zubieta y Orozco, 1979; Sánchez y Ortiz, 1983; Suarez, 1978; citado en De la Fuente, 1987b).

Las cifras de prevalencia en el consumo de drogas obtenidas en 1976 y 1986 en población estudiantil, muestran una disminución del .22 % en el consumo de heroína (Castro, Rojas, García y De la Serna, 1986).

Asimismo el uso de esta droga ha disminuido al grado de ya no consumirse en 1986, en las siguientes regiones: Durango, San Luis Potosí, Puebla, Villahermosa, Campeche y Mérida; en las regiones de Jalapa y Veracruz, Tuxtla Gutiérrez y Oaxaca, la heroína no se ha consumido en el intervalo de tiempo estudiado. Las regiones donde se observó un incremento en su consumo fue Mexicali, La Paz, Cullacán, Hermosillo, Nogales y Acapulco (Rojas, Castro, De la Serna y García, 1987).

El uso de la morfina, y sobre todo de la heroína, empiezan ya a constituir una considerable amenaza de farmacodependencia en algunos estados del Norte de la República y en los estratos sociales altos del Distrito Federal. Actualmente, su uso es un serio problema en ciertas poblaciones, como Mexicali y Mazatlán (CEMEF, 1976a).

Los datos más recientes en México se refieren a la Encuesta Nacional de Adicciones, en la que no se encontró ningún usuario de heroína (Tapia, Medina, Sepúlveda, De la Fuente y Kumate, 1990).

METADONA.

Esta droga es conocida también como Dolofina o Amidona; es un narcótico sintético, utilizado principalmente en el tratamiento de la adicción a la heroína (Drug Abuse Prevention division revised, 1975).

Su estructura química es muy diferente de la morfina, sin embargo sus propiedades farmacológicas son semejantes a ésta (García, 1990e).

La metadona, se puede presentar en forma de tabletas, polvo o líquido, generalmente se administra por vía oral, aunque los usuarios que la emplean de manera ilegal, la inyectan directamente en las venas (Drug Abuse Prevention división Revised, 1975).

Sus efectos se diferencian de los productos basados en la morfina, en que tienen una acción más prolongada, que puede llegar a durar hasta 24 horas, permitiendo así su administración una vez al día en los tratamientos de desintoxicación y apoyo a los adictos (U.S. Department of Justice, 1986).

En sus primeras administraciones, la metadona tiene menores efectos hipnóticos que la morfina y en repetidas dosis tiene efectos sedantes, y al igual que la morfina, produce depresión respiratoria, relajación muscular, aumento de la temperatura, presencia de azúcar en la sangre y liberación de la hormona antidiurética (García, 1990e).

Con el uso de metadona, puede llegar a producirse tolerancia y dependencia física, y los síntomas de abstinencia, aunque se presentan más lentamente y son menos graves, tienden a durar más tiempo (U.S. Department of Justice, 1979).

Los síntomas del síndrome de abstinencia, aparecen entre las 8 y 24 horas, después de haberse administrado la última dosis y alcanza su máxima intensidad después de transcurridos seis días (García, 1990e).

CODEINA.

La codeína es una sustancia derivada del opio, pero es una droga sintética, al igual que la metadona (García, 1990e). Se presenta en forma de polvo blanco o tabletas (CEMEF, 1976a).

Se obtiene en la mayor parte de la morfina (CEMEF, 1976a) y fue sintetizada en 1832, siendo la primera droga, derivada del opio, en la que se pensó como una cura para los adictos a la morfina; sin embargo pronto se encontró que era adictiva (Drug Abuse Prevention Division Revised, 1975).

Se encuentra en el opio crudo, en concentraciones que varían de 0.7 a 2.55 (U.S. Department of Justice, 1986).

La codeína puede ingerirse o inyectarse (CEMEF, 1976a).

Como medicamento se emplea extensamente en forma de jarabes y de tabletas para suprimir la tos. También se usa para aliviar el dolor, aunque sus

efectos analgésicos son diez veces menores que los de la morfina (CEMEF, 1976a).

La codeína empleada para el alivio de dolores moderados, puede proporcionarse en forma de tabletas o combinada con otros productos tales como la aspirina o el acetaminofen (Tylenol) (U.S. Department of Justice, 1979).

Sus principales efectos se perciben cuando es administrada oralmente, y pueden ser 200 veces superiores a la aspirina; si se consume en dosis altas, puede llegar a producir alucinaciones visuales y auditivas (García, 1990e).

Comparada con la morfina, es menos analgésica o sedante y provoca una depresión respiratoria menor (U.S. Department of Justice, 1986).

El poder adictivo de la codeína es mucho menor que el de la morfina y heroína, y debe tomarse en grandes cantidades para causar dependencia (CEMEF, 1976b).

ANTAGONISTAS DE LOS OPIÁCEOS.

Los esfuerzos para encontrar un analgésico efectivo que no produjese dependencia, llevaron al desarrollo de compuestos que se conocen como narcóticos antagonistas; estas drogas bloquean o revierten los efectos de los narcóticos (U.S. Department of Justice, 1986). Se sintetizaron por primera vez en 1915 : la N-Alil-Narcodeína, que aboía la depresión respiratoria que producen la morfina y la heroína. También existe la naloxona, ciclazocina y otros (García, 1990e).

Los usuarios de los opiáceos antagonistas son: para el tratamiento de la dependencia, como productores de analgesia, para el diagnóstico de la dependencia y como antídoto en la intoxicación analgésica producida por los estupefacientes (García, 1990e).

A pesar de que estas sustancias se relacionan químicamente con la morfina, no producen dependencia física; además, no se encuentran en el repertorio de los usuarios de narcóticos, puesto que los síntomas del síndrome de abstinencia, son el de acelerar las funciones del cuerpo, más que deprimirlas; y cuando se combinan con narcóticos, no producen ningún sentimiento de euforia, que busca el usuario (Drug Abuse Prevention division Revised, 1975).

3.2.6 ALUCINÓGENOS.

Las drogas alucinógenas se presentan en forma sintética o natural. Son sustancias que distorsionan la percepción de la realidad objetiva (U.S. Department of Justice, 1986), es decir, hacen que el usuario perciba objetos o sensaciones que no existen en la realidad (CEMEF, 1976a).

Se les denominan también drogas psicodélicas y dentro de los efectos que ocasionan se encuentran el inducir un estado de ánimo, generalmente eufórico, pero también en ocasiones, depresivo severo (U.S. Department of Justice, 1979). Los usuarios, pueden reportar que "escucharon" colores o "vieron" sonidos bajo el efecto de la droga; se sienten bombardeados por una enorme cantidad de estímulos visuales, auditivos y táctiles, que provienen del medio que los rodea (García, 1990a).

Se presenta también una alteración en la percepción del tiempo y del espacio (Drug Abuse Prevention division Revised , 1975). Si es ingerida en grandes dosis, la droga produce ilusiones y alucinaciones visuales. Además, por largo tiempo, una vez que la droga ha sido eliminada del organismo, se puede experimentar recuerdos muy vívidos recaídas fragmentarias de los efectos psicodélicos tales como la intensificación de un color visto, el aparente movimiento de un objeto fijo o la confusión de un objeto por otro (U. S. Department of Justice, 1986).

Los alucinógenos provocan que los consumidores sean muy susceptibles a influencias o sugerencias de otras personas y del mundo donde se hallan, por los que su experiencia depende en alto grado de con quienes y bajo qué circunstancias se llevó a cabo (García, 1990a).

La mayoría de estas drogas se fabrican en laboratorios clandestinos; en otros países legalmente, con fines de investigación científica; asimismo, en algún tiempo se usaron en el tratamiento de algunas enfermedades psiquiátricas y del alcoholismo crónico pero actualmente no tienen utilidad médica debido al daño que ocasiona su uso (CEMEF, 1976b).

Existen drogas alucinógenas vegetales y sintéticas (García, 1990a).

Vegetales: Peyote, Psilocybe, Ololiuhqui, Datura.

Sintéticas. LSD, Feniciclidina (PCP), MDA, DOM.

PEYOTE Y MESCALINA.

El peyote es un cactus de color verde grisáceo, que crece en regiones desérticas secas y pedregosas del Norte de México y el Sur de Estados Unidos. Según Carl Lumholtz, etnólogo danés, el uso del peyote puede remontarse a hace tres mil años, quien logró encontrar un símbolo del peyote usado por los tarahumaras durante las ceremonias (García, 1990a).

El ingrediente primario del cacto del peyote es el alucinógeno mezcálina, que se obtiene de las partes carnosas o botones de esta planta (CEMEF, 1976a). Generalmente, el peyote es reducido a polvo y se ingiere oralmente. La mezcálina puede ser producida también en forma sintética. Una dosis de 350 a 500 mg. de mezcálina produce ilusiones y alucinaciones de 5 a 12 horas (U.S. Department of Justice, 1986).

No produce dependencia física ni psíquica (Drug Abuse Prevention division Revised, 1975); sin embargo, el uso crónico origina tolerancia respecto

a las alucinaciones por lo que con una misma dosis se obtienen menos efectos (García, 1990a).

PSILOCYBE.

La psilocibina se obtiene de ciertos hongos que crecen en México y América Central. Al igual que la mezcalina, se ha usado por siglos en ritos indígenas (CEMEF, 1976a).

Cuando se comen, afectan el estado de ánimo, parecido a como la hacen la mezcalina y el LSD (U.S. Department of Justice, 1986).

Se cree que sus efectos son más cortos en duración, que la mezcalina, de 6 a 8 horas (Drug Abuse Prevention division Revised, 1975); se consiguen en el mercado ilícito en forma de cristalino o como solución (CEMEF, 1975b).

Al igual que la mezcalina, no produce dependencia psíquica ni física (Drug Abuse Prevention division Revised, 1975), pero se ha demostrado que el uso de una misma dosis, en forma crónica, desarrolla tolerancia a los efectos de la alucinación (García, 1990a).

En un estudio realizado por Mas y Ramírez en 1989, en una población de jóvenes de 14 a 18 años, se encontró entre los que no asistía a la escuela una proporción de usuarios de alucinógenos del 9%, hongos 7% y LSD 2%.

En las cifras de prevalencia en el consumo de alucinógenos en los resultados obtenidos en muestras a nivel nacional en una población estudiantil, se encontró una disminución en el consumo de estas drogas en .1% (Castro y Chavez, 1986).

LSD.

LSD, es la abreviatura de la expresión alemana para ácido lisérgico dietilamídico (U.S. Department of Justice, 1986).

El LSD se deriva de un hongo llamado cenzuelo del Centeno. Existen diversas preparaciones de LSD en el mercado ilícito. Comúnmente se prepara como un líquido sin color, sin olor y sin sabor. Las tabletas tienen a veces un color gris plateado y una forma ovalada. En otras ocasiones son redondas y planas y otras veces muy pequeñas (CEMEF, 1976a).

Esta droga fué sintetizada por primera vez en 1938 y sus efectos psicomiméticos fueron descubiertos en 1943, cuando un químico tomo accidentalmente LSD. En cuanto empezó a sentir los efectos conocidos como "viaje", tuvo conciencia de vértigo, y una intensificación de la luz y al cerrar los ojos vio una serie de imágenes vividas acompañadas de un juego caleidoscópico de colores. Este estado le duró aproximadamente dos horas (U.S. Department of Justice, 1986).

La compañía farmacéutica suiza donde trabajaba este químico, comenzó a elaborar LSD promoviéndolo entre especialistas y hospitales como una droga útil para la investigación de la alteración de las funciones mentales (García, 1990a).

Por lo general esta droga se toma por vía oral, pero también puede ser inyectada (CEMEF, 1976a).

Las personas que usan LSD son propensas a presumir de este hecho, y a hablar en el argot asociado a él.

El LSD es conocido como "ácido", la experiencia se denomina "viaje" y los efectos indeseables como "mal viaje" (CEMEF, 1976a).

La intoxicación varía enormemente de acuerdo a la dosis y a la pureza de la droga, la personalidad del usuario y la condiciones bajo las cuales se toma la droga (Drug Abuse Prevention division Revised, 1975).

Una dosis no mayor que la punta de un alfiler basta para producir los efectos (CEMEF, 1976a), los cuales son impredecibles cada vez que se usa la droga (U.S. Department of Justice, 1979).

La dosis promedio efectiva por vía oral es de 30 a 50 microgramos, pero la cantidad por unidad de dosis varía mucho. Los efectos causados por dosis más altas, persisten entre 10 y 12 horas (U.S. Department of Justice, 1986). y el inicio de la acción ocurre aproximadamente a los 20 minutos de su uso oral (Freedman y Kaplan, 1986).

Básicamente se dan cambios en la sensación. la visión es la más afectada. También surgen modificaciones en la percepción de la distancia y del significado de los objetos, así como alucinaciones e ilusiones (Drug Abuse Prevention division Revised, 1975). Asimismo, estas se acompañan de pérdida del sentido del tiempo y del espacio, alteraciones de los sentidos, del tacto y de la imagen del propio cuerpo (CEMEF, 1976a).

Se han identificado tres patrones de respuestas asociados al uso de LSD: euforia moderada, disforia moderada y un estado ambivalente.

El primero se refiere a quienes reportan su experiencia como relajada, aunque puede presentar algunos signos leves de tensión, temor y pérdida del control.

Aquellos que presentan disforia moderada, demuestran ansiedad, depresión y temor de perder el control pero también reportan ligeros sentimientos de paz y ampliación de las percepciones.

El tercer grupo se caracteriza por efectos más intensos tanto como de euforia como disforia. Son los que consumen dosis más altas y a la vez reportan una mayor modificación en su forma de percibir (García, 1990a).

Con respecto a los hallazgos obtenidos sobre el consumo de alucinógenos, los resultados de la encuesta nacional en una población estudiantil, demuestran que de 1976 a 1986, este ha disminuido, encontrando una prevalencia de .1% (Castro, Rojas, García u De la Serna, 1986).

Finalmente, en la encuesta nacional de adicciones realizada en 1990, se encontraron índices muy bajos en relación con otras drogas, obteniendo en el grupo masculino de 12 a 34 años un .69% y en el femenino un .20%. Asimismo, se encontró que de los usuarios de alucinógenos, los amigos fueron los que proporcionaron por primera vez esta sustancia 68% (Tapia, Medina, Sepúlveda, De la Fuente y Kumate, 1990).

3.2.7 ESTIMULANTES.

Los estimulantes son sustancias que aumentan la actividad del Sistema Nervioso Central, reducen el hambre y la persona que las consume percibe una elevación en su estado de ánimo y un decremento de la fatiga (Drug Abuse Prevention division Revised, 1975).

Los estimulantes de uso mas frecuente son la nicotina en el tabaco y los productos de la cafeína, ingrediente activo en el café, té y algunas bebidas. Cuando son usados con moderación tienden a reducir la fatiga y aumentar el estado de alerta, y son aceptados como parte de la cultura (U.S. Department of Justice, 1986).

La acción de los estimulantes se lleva a cabo en el Sistema Nervioso Central, provocando el incremento en la liberación, por parte de las fibras nerviosas, de varios neurotransmisores entre los que destaca uno denominado noradrenalina, ocasionando en el organismo que consuma más energía de la acostumbrada y afecta el ritmo habitual del ciclo sueño vigilia (García, 1990c).

Los estimulantes considerados como los más potentes, son aquellos que producen dependencia, y están bajo el control de la Ley de Sustancias Controladas (CSA, elaborada en 1970 y ratificada en 1980), la cual corresponde a tratados internacionales.

Estos estimulantes controlados, se encuentran disponibles en prescripciones médicas o bien manufacturadas y distribuidas en el mercado ilícito tales como la cocaína, anfetaminas, fenmetrazina (Predillum), Metilfenidato (Ritalín) u drogas anorécticas (U.S. Department of Justice, 1979).

COCAINA.

El estimulante más potente de origen natural, es la cocaína, la cual es extraída de las hojas de la planta de coca (*Erythroxylon coca*) (U.S. Department of Justice, 1986).

Esta planta fué utilizada por los indígenas de las montañas de los Andes Sudamericanos, y masticada por los nativos de ésta región durante doce siglos. Se han encontrado hojas de coca en tumbas incas que datan del 3000 a.c. (Waldorf, Murphys, Reinerman y Joyce, 1977).

Los indígenas la masticaban, para obtener un efecto estimulante así como para calmar el hambre (CEMEF, 1976b).

Fué llamada cocaína por primera vez en el año de 1860 por el químico Wholer en la Universidad de Gottingen, de Alemania, quien aisló al alcaloide puro de la coca. La comunidad médica comenzó a utilizar este nuevo fármaco de donde se derivó el empleo con fines no terapéuticos (García, 1990c).

La dependencia a la cocaína se difundió a principios del siglo XIX, pero decayó por un período de una década a consecuencia de las leyes que restringen su uso. Su utilización se volvió más común a principios de 1970 (Freedman y Kaplan, 1986).

Desde 1968, se incrementó el uso de ésta droga, haciéndose popular en el campo de la música y los entretenimientos (Waldorf, Murphys, Reinerman y Joyce, 1977).

Se ha detectado recientemente en Estados Unidos el uso del "crak", que consiste en cocaína procesada de tal manera que se permite que se fume, lo que causa diversos efectos estimulantes en el Sistema Nervioso Central. En cuatro segundos la sustancia llega al cerebro y se ha encontrado que es más adictivo, más tóxico y físicamente más peligroso que la cocaína inhalada, por lo que es más frecuente que afecte los pulmones, el cerebro y que cause ataques cardiacos (Castro, 1987).

La cocaína puede ser disuelta en agua e inyectarse, pero su uso más frecuente es inhalarla por la nariz; su aspecto es el de un polvo esponjoso, blanco y sin olor. La apariencia suele ser similar a la de la nieve y es frecuente que se adultere con un polvo blanco de otra sustancia, como el bicarbonato de sodio, o el ácido bórico (CEMEF, 1976a).

La duración de sus efectos es de 1 a 2 horas y su vía de administración puede ser : aspirada, fumada o inyectada (U.S. Department of Justice, 1986).

En cuanto a los usos médicos de la cocaína, puede decirse que son limitados. Se emplea como anestésico en cirugía de ojos y de oídos, nariz y garganta. Se produce alrededor de un kilo y medio en forma legal para sus usos médicos antes mencionados. No obstante, la mayoría de la cocaína es producida y consumida en forma ilícita (CEMEF, 1976b).

Hoy en día, la mayor parte de sus usos terapéuticos son obsoletos, debido al desarrollo de nuevos productos menos dañinos de anestesia local (U.S. Department of Justice, 1986).

La acción que ejerce la cocaína sobre el Sistema Nervioso Central, es la de estimular las terminaciones nerviosas, así como la de aumentar la actividad motora, la respiración, la temperatura, el funcionamiento del sistema cardiovascular y la presión sanguínea (Waldorf, Murphys, Reinerman y Joyce, 1977).

Esta sustancia provoca un estado de euforia, excitación, ansiedad, disminución de la fatiga, mayor capacidad de trabajo y sensación de mayor fortaleza física (CEMEF, 1976a).

Las personas que mantienen un uso constante de cocaína, presentan una rápida pérdida de peso, debilidad física, palidez en el rostro, mareos, vómitos y gran excitabilidad. Como el consumo de esta droga produce tolerancia se puede llegar a presentar una sobredosis e intoxicación aguda. Esta se caracteriza por inquietud, euforia, excitabilidad, alucinaciones, pulso rápido en un inicio, para posteriormente volverse débil, convulsiones, arritmia cardíaca, espasmos coronarios e infartos al miocardio (CEMEF, 1976a; Freedman y Kaplan, 1986).

También puede producir agresividad, migraña y conducta violenta (Waldorf, Murphys, Reinerman y Joyce, 1977).

El DSM III-R considera los criterios para el diagnóstico de intoxicación por cocaína (305.6) (APA, 1988).

A.- Uso reciente de cocaína

B.- Cambios conductuales desadaptativos; por ejemplo euforia, peleas, grandiosidad, estado de alerta, agitación psicomotriz, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social.

C.- En la primera hora después del uso de cocaína se presentan como mínimo dos de los siguientes:

- 1.- Taquicardia.
- 2.- Dilatación pupilar.
- 3.- Elevación de la tensión arterial.
- 4.- Sudoración o escalofríos.
- 5.- Náuseas o vómitos.
- 6.- Alucinaciones visuales o táctiles.

D.- Todo ello no debido a ningún otro trastorno físico o mental.

El uso de la cocaína causa una posible dependencia física, una alta dependencia psíquica y desarrolla tolerancia en la persona que la utiliza (U.S. Department of justice, 1986).

La euforia que provoca la cocaína es breve, de manera tal, que los usuarios compulsivos pueden tener que inhalar pequeñas dosis cada 10 minutos, de decir, usar la droga en intervalos frecuentes o aumentar la cantidad (Servicio Cultural Informativo de E.U.A., 1985).

La mayoría de los usuarios de cocaína en busca de tratamiento reportan que en un inicio su uso era intermitente, pero en alguna etapa escalaron el abuso, con episodios de dosis elevados y su uso se hizo más frecuente (Freedman y Kaplan, 1986).

Cuando ésta sustancia es retirada, se produce depresión, náuseas, temblor, aislamiento, deseo de consumir la droga, dolores musculares, falta de motivación, irritabilidad, trastornos en el apetito y modificaciones en los

patrones de sueño, lo que conduce al consumidor a buscar la droga debido a no tolerar éste síndrome de abstinencia (García, 1990c).

La severidad de éste síndrome, depende de la intensidad y de la duración con la que se ha utilizado la droga. Los efectos inmediatos se reportan a las 24 horas de haberla usado. Freedman y Kaplan, 1986).

Por otra parte, se debe considerar el patrón de consumo de una droga; el cual se refiere al grado en que se ha involucrado el usuario con la misma; al evaluar el consumo de drogas durante los últimos 30 días, se encontró en la encuesta nacional de 1986, que el consumo de cocaína correspondía al 0.9% en la población estudiantil (Castro, 1987).

En los datos obtenidos en la Encuesta Nacional de Adicciones , en 1990 se encontró un índice de prevalencia entre los hombres de 12 y 34 años, de 0.79 % y en las mujeres 0.03%; por lo que se refiere a las regiones en donde los usuarios obtuvieron por primera vez el producto fué en Estados Unidos y Canadá (Tapia, Medina, Sepúlveda, De la Fuente y Kumate, 1990).

ANFETAMINAS.

Las anfetaminas pertenecen al grupo de estimulantes del Sistema Nervioso , ya que aceleran la actividad mental y producen estados de excitación así como una disminución en el apetito (CEMEF, 1976B).

Son un producto químico que se refiere a las sustancias relacionadas con la bencedrina, dexedrina y metanfetamina, que son químicamente semejantes a la epinefrina o adrenalina (García, 1990c).

Las anfetaminas, metanfetamina, fenmetrazina (Preludin) y metilfenidato (Ritalín) se encuentran incluidos en el acta de sustancias controladas (CSA) (Freedman y Kaplan, 1986).

A mediados de 1960 el gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica impuso un control especial en el uso de anfetaminas. No obstante, en E.U.A. se experimentó una epidemia del uso de anfetamina y metanfetamina; durante éste período se empezaron a elaborar estas drogas en forma ilícita (Freedman y Kaplan, 1986).

Las anfetaminas pueden ser administradas por vía oral en una pastilla o en una cápsula o inhalados. Los usuarios experimentados toman el polvo de la cápsula, lo disuelven en el agua e inyectan el fluido a la vena (Drug Abuse Prevention division Revised, 1975).

Esta droga fué usada clínicamente por primera vez en 1930, para tratar la narcolepsia, que es un trastorno del sueño que causa una incontrolable tendencia al sueño (U.S. Department of Justice, 1986). Asimismo, se emplea en el tratamiento de niños con déficit de atención; en estos casos se presentan muy pocos reportes por intoxicación, aumento de dosis o desarrollo de tolerancia por efectos terapéuticos. Cuando ha sido utilizada en el tratamiento de obesidad, muy pocas personas que la usaron diario, progresaron a patrones de abuso y dependencia (Freedman y Kaplan, 1986).

Los efectos más notorios producidos por las anfetaminas, se presentan al usar dosis de 10 a 30 mg., consistiendo en un aumento del estado de alerta y de la iniciativa, falta de sueño, disminución de la sensación de fatiga, confianza y habilidad para concentrarse, euforia y verborrea (CEMEF, 1976a).

Asimismo, pueden provocar problemas en el hígado y daño cerebral, aumento de la presión sanguínea, desnutrición y la sobredosis puede causar la muerte (Drug Abuse Prevention division Revised, 1985).

En algunos casos la prescripción médica es la que provoca el inicio de la farmacodependencia, en cuyos casos, las anfetaminas se toman en dosis mayores y fuera del control médico. No obstante, en otras ocasiones el abuso de estas sustancias no guarda relación con su uso médico (CEMEF, 1976b).

En dosis pequeñas no crean una dependencia física, pero provocan dependencia psicológica; en dosis elevadas generan una adicción física y desarrollan tolerancia (Drug Abuse Prevention division Revised, 1975).

El retiro de esta droga provoca síndrome de abstinencia similar al de la cocaína y la severidad del mismo dependerá de los antecedentes en el uso y abuso de dicha droga (Freedman y Kaplan, 1986).

Las cifras de prevalencia obtenidas en muestras a nivel nacional en la población estudiantil de 1976 a 1986, demuestran que el consumo de anfetaminas aumentó en un 1.5 % (Castro y Chavez, 1986).

En la comparación de ambos períodos, se encontró que el consumo de anfetaminas aumentó en la región Centro, en relación con la del Norte y Sur (Rojas, Castro, De la Serna y García, 1987).

La Encuesta Nacional de Adicciones muestra una baja prevalencia en el consumo de estas sustancias, se encontró, en cuanto a diferencias por sexo, que las mujeres consumen estimulantes en un 0.8%, siendo la droga más consumida en este grupo, principalmente de 12 a 34 años; en el grupo

masculina de estas mismas edades, se encontró una prevalencia de 0.40% (Tapia, Medina, Sepúlveda, De la Fuente y Kumate, 1990).

3.2.8 DEPRESORES.

Los depresores son sustancias químicas que alteran el funcionamiento de las neuronas, provocando la inhibición o deterioro en la transmisión de señales neurológicas, de manera que "deprimen" una gran variedad de funciones fisiológicas y celulares en diversos órganos vitales (García, 1990b).

A principios del siglo XX los barbitúricos se introdujeron en la práctica clínica, de manera que se han desarrollado más de 2.500 sustancias aprobadas únicamente 50 de ellas en la utilización clínica, empleadas en el tratamiento de la ansiedad y el insomnio (García, 1990b).

Con la denominación de hipnóticos-sedantes, se agrupan los barbitúricos y no barbitúricos, cuyos efectos se reflejan en las funciones cerebrales, siendo usados para producir sedación ligera, sueño, hipnosis y anestesia (CEMEF, 1976b).

Existen varios tipos de barbitúricos y la mayoría de ellos se usan con fines médicos y se clasifican de acuerdo con la rapidez y persistencia de su acción de la siguiente manera:

- A.- De duración prolongada (fenobarbital , barbital).
- B.- De duración inmediata (amobarbital etc.).
- C.- De duración corta (secobarbital).
- D.- De duración ultracorta (hexobarbital y tiopental, etc.) (CEMEF, 1976b).

Los nombres comerciales de estas sustancias son: Amytal, Luminal, Seconal, Nembutal y Bunsol, entre los más importantes (García, 1990b).

Cuando estas sustancias son usadas bajo prescripción médica, pueden ser útiles en el alivio de ansiedad, irritabilidad y tensión, así como para el tratamiento del insomnio (U.S. Department of Justice, 1986).

Específicamente, los depresores de acción corta se utilizan como sedantes y somníferos. Los de acción prolongada, que tardan una hora en hacer efecto, el cual dura hasta 16 horas, se utilizan como sedantes, hipnóticos y anticonvulsivos (U.S. Department of Justice, 1986).

Además, de las propiedades sedativas de los barbitúricos, también intervienen en el componente psicógeno de las enfermedades gastrointestinales, cardiovasculares, biliares y respiratorias; así como en la reducción de la ansiedad originada por los síntomas somáticos (CEMEF, 1976b).

En dosis bajas los barbitúricos pueden hacer que el usuario parezca relajado, aunque muy lento para reaccionar. A dosis elevadas dan lugar a dificultades en el habla, pérdida del equilibrio, facilidad para reír o llorar y agresividad; todo ello seguido por un sueño profundo (CEMEF, 1976a); coma y muerte por paro respiratorio (U.S. Department of Justice, 1986).

Estas sustancias introducidas al mercado médico como hipnóticos-sedantes, han estado ligadas al uso, abuso y dependencia (Freedman y Kaplan, 1986).

El uso crónico de barbitúricos produce tolerancia y dependencia (psíquica y física) y los de acción corta o inmediata son más frecuentemente objetivo de abuso debido al rápido inicio e intensidad de sus efectos (Amytal y Secona) (CEMEF, 1976b).

La tolerancia a los efectos tóxicos se desarrolla rápidamente, es decir, si la persona no está consciente de la creciente dependencia, puede llegar a aumentar la dosis diaria de 10 a 20 veces del límite terapéutico recomendado (U.S.: Department of Justice, 1986).

Los efectos de los barbitúricos también dependen del estado psíquico del usuario y de si ha consumido otras sustancias simultáneamente, es decir, si se han consumido anfetaminas no se presentan efectos sedantes (García, 1990b).

Dentro del grupo de depresores se encuentran también los no barbitúricos, tales como el grupo de los medicamentos clorales, entre los que destaca el hidrato de cloral, cuyo nombre comercial es Noctec y Somons que funcionan como un hipnótico. También se encuentran las Benzodiacepinas, siendo sus nombres comerciales: Ativán, Tranzena, Clonopin, Dalmane, Diazepam, Librium, Xanax, Vallum entre otras. La metaculona cuyo nombre comercial es Qualude; la Glutemida o Doriden y otros depresores como Meprobonato o Equanil (García, 1990b).

Los efectos que producen las Benzodiacepinas son en general, aliviar la tensión y la ansiedad, fungir como sedantes, aliviar los espasmos musculares y prevenir convulsiones. Estas sustancias se han comercializado como ansiolíticos, es decir, tranquilizantes medios o menores, sedantes, hipnóticos y anticonvulsivos según la duración y sus efectos (U.S. Department of Justice, 1986).

Entre los signos y síntomas que se pueden presentar en la intoxicación aguda, se encuentra la desorientación, somnolencia, letargia, inestabilidad,

dilatación de la pupila (midriasis), flacidez muscular, incremento o descenso de la temperatura, respiración lenta, anoxia, caída en la presión sanguínea y shock (CEMEF, 1976b).

Los criterios para el diagnóstico de la intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos según el DSM III-R (305.40) (APA, 1988), son los siguientes:

A.- Uso reciente de un sedante, hipnótico o ansiolítico.

B.- Cambios conductuales desadaptativos, por ejemplo desinhibición de impulsos sexuales o agresivos, labilidad del estado de ánimo, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad social o laboral.

C.- Como mínimo, uno de los siguientes signos:

- 1.- Lenguaje farfullante
- 2.- Incoordinación.
- 3.- Marcha inestable.
- 4.- Deterioro de la atención o de la memoria.

D.- Todo ello no debido a ningún otro trastorno físico.

Las benzodiazepinas ansiolíticas e hipnóticos, introducidos en la medicina clínica a principios de 1960, pueden inducir a una dependencia física y provocan síndrome de abstinencia a su retiro (Freedman y Kaplan, 1986).

El síndrome de abstinencia comienza a hacerse evidente a partir del tercer día de la interrupción del consumo y se presentan como síntomas

nerviosismo, irritabilidad e insomnio, lo que en ocasiones lleva al usuario a reiniciar el consumo (García, 1990b).

Al analizar las tendencias en cuanto a patrones de consumo de drogas en la población estudiantil estudiada en 1976 y 1986 a nivel nacional, se encontró que disminuyó en consumo de tranquilizantes .1% y de los sedantes .3% (Castro, Rojas, García y De la Serna, 1986).

Los datos más recientes en nuestro país en cuanto al patrón de consumo de drogas corresponden a la Encuesta Nacional de Adicciones, en donde los tranquilizantes fueron la segunda droga más consumida entre la población de 12 a 35 años y entre los 18 a 25 años, fué la segunda droga de inicio en hombres y mujeres.

En esta misma encuesta, se encontró que el 4.8 % de la población urbana entre 12 y 65 años ha consumido una o más de las drogas investigadas (marihuana, disolventes, sedantes, anfetaminas y otros estimulantes, analgésicos, narcóticos, alcohol y tabaco) lo que significa que existen 1'713,000 usuarios de cuando menos una vez y el 2.1 % de la población fué usuario activo en los doce meses previos al estudio (Tapia, Medina, Sepúlveda, De la Fuente y Kumate, 1990).

La población que reporta mayor consumo de estas sustancias es la masculina, con una prevalencia de 7.6 %, y los pertenecientes al grupo de menor edad el 8.5 %.

En dicho estudio se encontró que la marihuana es la droga de mayor índice de consumo, seguido por el de tranquilizantes e inhalables; las otras

sustancias investigadas mostraron porcentajes más bajos. La prevalencia actual alcanza cifras pequeñas para todas las drogas, oscilando entre 15.4 usuarios por cada mil habitantes masculinos de 12 a 34 años en el caso de la marihuana y ningún usuario activo en el caso de la heroína.

Por grupo de edad y sexo, los hombres usan mayormente marihuana e inhalables, mientras que las mujeres prefieren el uso de drogas médicas. También se observa que los usuarios activos, tanto hombres como mujeres, se ubican en los grupos de menor edad.

En relación con los inhalables, la marihuana, la cocaína y la heroína, empiezan a consumirse a una edad muy temprana, de 12 a 17 años de edad; para las otras sustancias el mayor porcentaje de usuarios inició entre los 18 y 25 años.

Los amigos o conocidos son los que proporcionan la mayor parte de las drogas por primera vez, especialmente en el caso de la marihuana (84 %), la cocaína (71 %), la heroína (75 %), los alucinógenos (68 %), los sedantes (56 %), los estimulantes (50 %) y los inhalables el (46 %) (Tapia, Medina, Sepúlveda, De la Fuente y Kumate, 1990).

CAPITULO IV

METODOLOGÍA

4.1 OBJETIVOS.

Los jóvenes, han sido motivo de diversas investigaciones respecto al consumo de drogas, dado que representan los recursos humanos y económicos futuros del país (Castro, 1987).

El modelo epidemiológico considera tres elementos básicos para entender el consumo de drogas: el agente (la droga), el huésped (el usuario) y el medio ambiente en donde ocurren eventos que pueden favorecer a que el agente y el huésped entren en contacto (Rojas, Castro, De la Serna y García, 1987).

Los resultados de una investigación realizada por Castro, Ortiz, Caudillo y Chavez (1985), sugieren que algunos acontecimientos de la historia personal, familiar y social, como son la separación temprana de la madre, las actividades antisociales, los acontecimientos vitales ocurridos un año antes del estudio y el pertenecer a familias inestables, aparecieron significativamente con mayor frecuencia en los grupos de usuarios de alguna droga.

Asimismo existen diversos factores que intervienen para que un individuo se convierta en farmacodependiente; desde el punto de vista de la situación familiar que rodea al joven, Chevalli (1978), De la Garza, Mendiola y Rábago

(1979) y Zermeño, Pinzón, Schanaas y Serna (1976), consideran los siguientes: el pertenecer a una familia desintegrada, la falta de autoridad moral de los padres, el cambio de roles dentro de la familia, la falta de comunicación en ésta, la existencia de confusiones para jerarquizar, la dificultad para marcar límites dentro de la familia y los padres que favorecen la farmacodependencia.

Ante lo antes mencionado, este trabajo tiene como objetivo el explorar el ambiente familiar de los adolescentes, ya que se considera una variable importante como posible predictoría en el problema de la farmacodependencia.

4.2 TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio realizado es observacional, exploratorio, prospectivo, transversal y descriptivo.

4.3 HIPÓTESIS.

4.3.1 HIPÓTESIS DE TRABAJO:

Existe influencia de una relación familiar deteriorada entre padres y adolescentes para que existan problemas de adicción.

4.3.2 HIPÓTESIS NULA:

No existe influencia de las relaciones familiares deterioradas entre padres y adolescentes para que existan problemas de adicción.

4.4 VARIABLES.

4.4.1 VARIABLES INDEPENDIENTES:

- la influencia de un ambiente familiar deteriorado, agresivo, sin comunicación y con distancia afectiva con los padres.

4.4.2 VARIABLES DEPENDIENTES:

- los problemas de adicción y las sustancias adictivas del adolescente.

4.5 POBLACIÓN.

4.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

La población del estudio estuvo constituida por una muestra de 50 sujetos que acudían al Centro de Integración Juvenil.

Las edades fluctuaron entre los 13 y 20 años, todos del sexo masculino.

4.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Población de adolescentes con problemas de adicción que no acuden a los Centros de Integración Juvenil.

4.6 MATERIAL.

El instrumento de investigación está constituido por un cuestionario autoaplicable, respondido de forma anónima respecto a la identidad del sujeto.

Las secciones de las que consta el instrumento son las siguientes. ficha de identificación, edad, sexo, edad y ocupación de ambos padres.

Las siguientes secciones exploran la relación familiar del sujeto, así como la facilidad para establecer y conservar amistades.

4.7 PROCEDIMIENTO.

Se solicitó, previa autorización del Centro de Integración Juvenil, que completaran el cuestionario integrado por 14 preguntas referentes a la relación con su familia.

Las instrucciones se explicaron verbalmente, haciendo énfasis en que el cuestionario era anónimo, que no había respuestas correctas ni incorrectas. El tiempo aproximado de la resolución del cuestionario fué de 30 min.

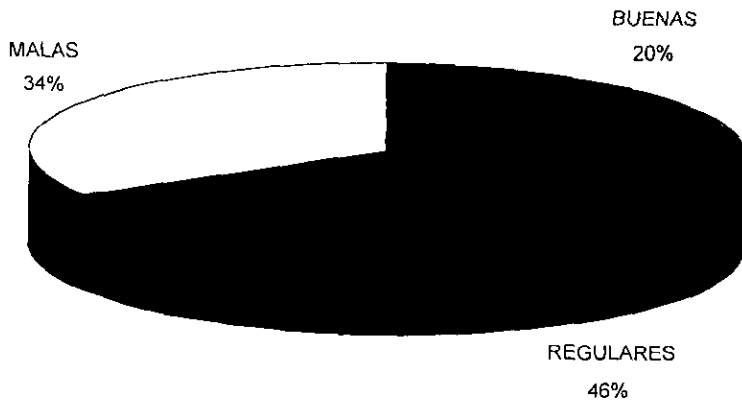
4.8 TRATAMIENTO ESTADÍSTICO.

Las técnicas de análisis de resultados son el cálculo de porcentajes.

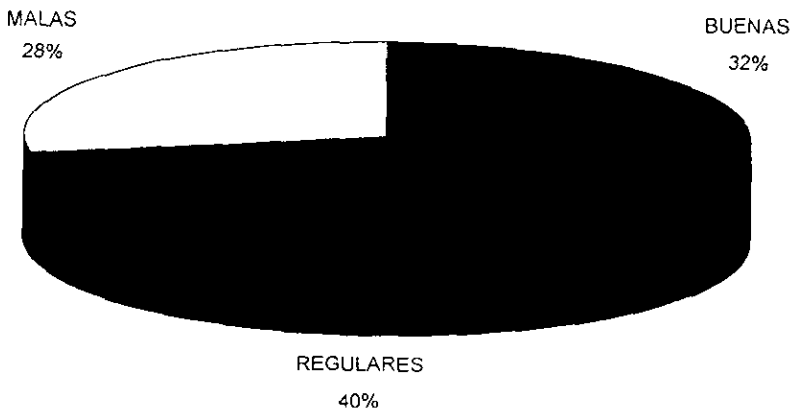
CAPITULO V

RESULTADOS

RELACIONES PADRE-HIJO



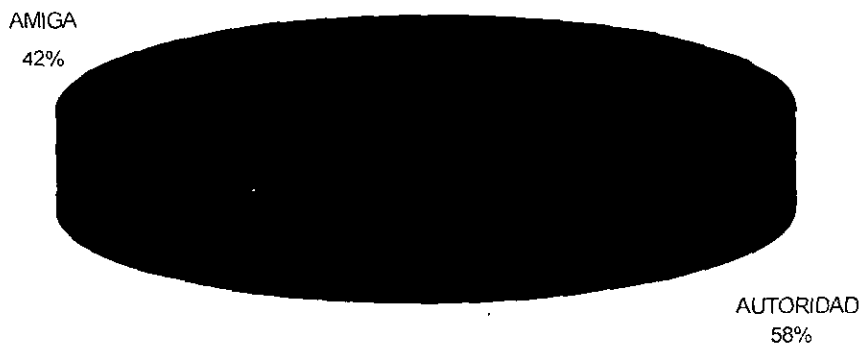
RELACIONES MADRE-HIJO



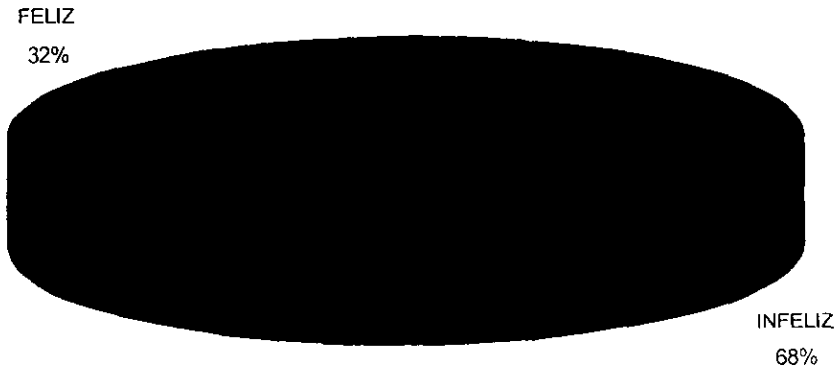
PERCEPCION DEL HIJO HACIA EL PADRE



PERCEPCION DEL HIJO HACIA LA MADRE



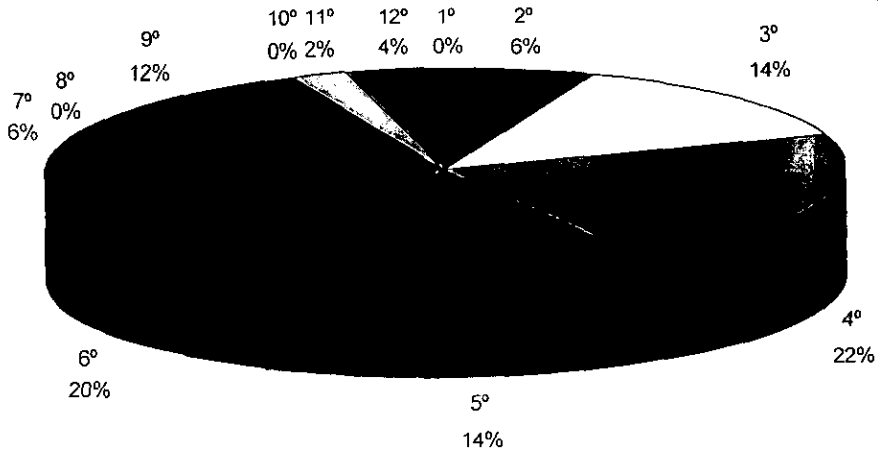
RELACION-INFANCIA



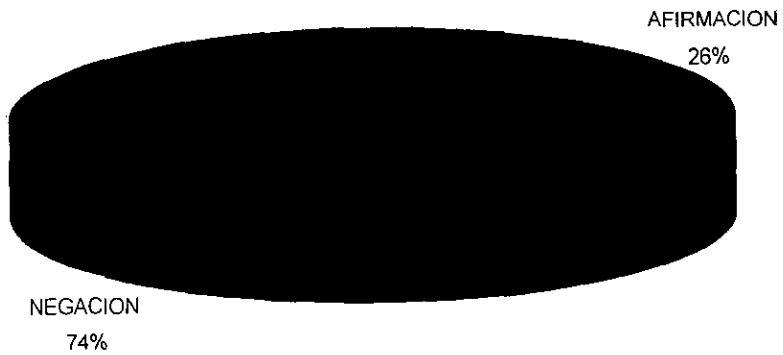
FORMA EN LA CUAL EL ADOLESCENTE CONSIDERA LA FACILIDAD O NO FACILIDAD PARA ENTABLAR AMISTADES



LUGAR QUE OCUPA EL ADOLESCENTE EN SU FAMILIA POR EDADES DE MENOR A MAYOR



FORMA EN LA CUAL EL ADOLESCENTE CONSIDERA CONSERVAR O NO CONSERVAR SUS AMISTADES



CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

Este trabajo tuvo como propósito investigar y explorar , en qué medida hay una influencia de las relaciones familiares en los adolescentes que presentan problemas de adicción.

Los resultados obtenidos en este estudio muestran a grandes razgos, la relación entre los padres y el adolescente, siendo un porcentaje más alto en los adolescentes que mantienen una *relación regular entre ellos y su padre* (46%), así como el tener la percepción de su padre como figura de autoridad (74%) y no como un amigo, cuyo porcentaje fué del 26 % ; siendo un porcentaje levemente menor en este sentido hacia la madre; es decir, existe un porcentaje más elevado hacia la percepción de la madre como una amiga (42%), en comparación con la del padre, aunque también el porcentaje es alto en la percepción de la madre como una autoridad (58%).

Esto coincide con Pepin (1975), quien afirma que axisten algunos padres que asumen el papel autoritario, intentando conseguir sus objetivos, imponiendo sus criterios mediante presiones, *rigiendo ante todo el "orden", la "disciplina", la obediencia, la sumisión, etc.*

Otro factor encontrado, fué que en general, los sujetos de la muestra percibieron haber tenido una infancia infeliz (68 %).

Lo anterior, puede relacionarse con lo que sostienen Chevalli y colaboradores (1978), quienes sostienen que existen diversos factores desde el punto de vista familiar, los cuales intervienen para que un individuo se convierta en farmacodependiente; siendo tales factores probables influencias para que los hijos perciban una infancia infeliz, debido al ambiente familiar que se vive en ella.

Esto es; que la mayoría de los adolescentes encuestados, no tuvieron una infancia feliz, debido a la deficiencia de las relaciones familiares, al encontrar en sus padres una figura de autoridad más que un amigo que les brindara confianza y seguridad; lo que les causa una tensión que tratan de disminuir tal vez asumiendo una actitud de atrevimiento y desafío.

Por otro lado, se encontró que la mayoría de los sujetos se localizó entre el 5º y 6º lugar entre el número de hijos; éste dato se obtuvo sacando la media que fué de 4.1; sin embargo la Moda fué de 11 sujetos que se ubica en el cuarto lugar de número de hijo.

El pertenecer a una familia numerosa, en la cual la atención, cariño, aceptación, no es igual que en una familia pequeña, por lo que es un factor importante que afectará en su comportamiento.

Asimismo, se encontró que los sujetos encuestados no hacen amigos fácilmente (66%), de la misma manera que no los conservan con facilidad (74%); por lo que se puede suponer que poseen una personalidad anti-social, por sus mismos conflictos.

Todo lo anterior parece apoyar los resultados obtenidos en otras investigaciones, en donde se ha encontrado que la falta de comunicación, el percibir un medio familiar lejano, son variables predictorias para que los adolescentes consuman drogas (Reyes del Olmo, 1984) , (Castro y Chavez, 1982).

De esta manera, el presente estudio permite observar como el adolescente percibe el ambiente familiar en general; por lo que es de gran importancia el continuar generando investigaciones que permitan conocer más a fondo y el seguimiento a estos aspectos que sean fuentes de información útiles para el apoyo de programas de prevención en el uso de sustancias.

Es importante señalar que los datos obtenidos , representan observaciones y no conclusiones generalizadas a adolescentes de una población específica.

La muestra considerada es pequeña, (50 sujetos varones) por lo que los datos no son atribuibles al sexo femenino.

RECOMENDACIONES.

Se recomienda que para estudios posteriores sobre el tema, se consideren los siguientes puntos:

- Ampliar la muestra
- Detectar actitudes más específicas dentro de la familia.
- Tomar en cuenta la población femenina
- Detectar las sustancias que consumen, así como la frecuencia de uso.
- Investigar el tipo de consumo, si es experimental o habitual.

SUGERENCIAS

Suele suceder en este tipo de problemas, que los padres niegan la existencia del fenómeno en su familia, y esto se manifiesta en la falta de información, desinterés y sensación de incapacidad para manejar el problema; así como el depositar la responsabilidad en otras personas como las responsables de ejercer ésta influencia, sin observar que dentro de su familia pueden estar las causas.

De la misma manera los padres suelen pensar que es un problema que afecta a "otros" y no a sus hijos, por lo que suelen asumir actitudes rígidas y autoritarias que reflejan sus temores y prejuicios ante éste problema, lo que tiende muchas veces a que sea más severo.

Una área importante de apoyo para los padres de familia, puede ser la escuela; en donde se implementaran programas específicos de sensibilización ante este problema, ya que cuando es detectado, por lo general ya está en una fase avanzada; por lo que primero se sugiere dar la información adecuada para eliminar prejuicios y sentimientos negativos para evitar transmitirlos a los demás.

Aunque bien es cierto, que las drogas se continuarán produciendo y vendiendo; es de vital importancia el informar y prevenir a los jóvenes y sus familias para que aprendan a convivir con la existencia de estas sustancias sin usarlas; implementando medidas educativas que contrarresten factores precipitantes del consumo de drogas.

9.- Mencione las edades de sus hermanos de mayor a menor:

10.- Las relaciones con sus hermanos son :

buenas ()

regulares ()

malas ()

11.- ¿ Hace amistades fácilmente ?

si ()

no ()

a veces ()

12.- ¿ Conserva sus amistades fácilmente ?

si ()

no ()

a veces ()

13.- ¿ Comparte juegos, diversiones, estudio y problemas con sus amigos ?

si ()

no ()

a veces ()

14.- ¿ Puede usted compartir sus actividades con sus parientes o amigos sin que exista algún sentimiento de culpa ?

si ()

no ()

a veces ()

APÉNDICE

CUESTIONARIO

Edad _____

Sexo _____

1.- Edad del Padre _____

Ocupación _____

2.- Edad de la Madre _____

Ocupación _____

3.- Las relaciones con su padre son:

buenas ()

regulares ()

malas ()

4.- Las relaciones con su madre son:

buenas ()

regulares ()

malas ()

5.- Considera usted que su padre es:

su amigo ()

una figura de autoridad ()

6.- Considera usted que su madre es:

su amiga ()

una figura de autoridad ()

7.- En su infancia fué:

Feliz ()

Infeliz ()

8.- Cuantos hermanos tiene _____

BIBLIOGRAFIA

- .- Addiction Researcha Foundation. Cannabis- Adverse Effects on Health, Centros de Integración Juvenil. Paquete Informativo No. 7. 1-11. 1980.
- .- Alvera, A.N. Desintegración Familiar. Organo Informativo de los Centros de Integración Juvenil. Año No. 3. México. 1982.
- .- American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales. DSM III-R. Masson S:A. Barcelona. 1988.
- .- Arau, G.J. Psicología Experimental. Edit. Trillas. México. 1977.
- .- Barquín, C. M. Medicina Social. Edit. Francisco Méndez Oteo, Librería de Medicina en C.V., México, D.F. 1981.
- .- Barroso M.R. , Romero D.V. Thinner: Inhalación y Consecuencias. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. FISAC México 1988.
- .- Blos, P. Psicoanálisis de la Adolescencia. Edit. Joaquín Mortiz. México. 1971.
- .- Blos, P. La Encrucijada de la Adolescencia. Edit. Hispánicas. México. 1979.
- .- Carballo, J. R. ; De la Quintana, P. ; Guerra, F.; Hagget, R.; Hiram, M.; Klaus, T. ; De Vicente, P. ; Sáenz de Pipesen, J. ; Saín Estroigo, P. La Droga, Problema Humano de Nuestro Tiempo. Edit. Seminarios y Ediciones, S.A. España. 1974.
- .- Casdhan, S. Psicología de la Conducta Anormal. Edit Prentice-Hall International. Buenos Aires, 1973.
- .- Castro , M.e. El uso de drogas entre los estudiantes. Resultado de una investigación llevada a cabo durante el período de 1975 a 1986. Salud Mental. Vol. 10 No. 4. 1987.
- .- Castro, M.E. ; Maya M. Variables Predictorias y Características Psicosociales de la Población Estudiantil que reporta uso de Drogas. Revista de la Asociación Latinoamericana de Psicología Social. Vol. 1 págs. 21-48. 1982

- .- Castro, M.E. ; Maya M. El consumo de alcohol en una Población Estudiantil de Jóvenes Estudiantes y no Estudiantes. *Salud Mental* Vol. 8 No.4 . 1982.
- .- Castro, M.E. ; Chavez A. Predictores del consumo de drogas de jóvenes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*. Vol 3 págs.5-10 . Ene- Jun. 1986.
- .- Castro, M.E. ; Maya M. , Aguilar M.A. Consumo de sustancias tóxicas y Tabaco en la población Estudiantil de 14 a 18 años. *Salud Pública*. págs565-574. México . 1982.
- .- Castro, M.E. , Rojas G.E. , De la Serna J. Estudio Epidemiológico sobre el uso de drogas y problemas asociados entre la población estudiantil que asiste a los colegios de Bachilleres. *Salud Mental*. Vol. 11 No. 1.
- .- Castro, M.E. , Rojas,G.E. , García, Z.G., De la Serna J. Epidemiología del uso de drogas en la población estudiantil. *Tendencias en los últimos 10 años*. *Salud Mental*. Vol. 9 No.4 . 1986.
- .- Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (CEMEF) ¿ Cómo identificar las drogas y sus usuarios? Programa Nacional del Combate a los problemas de las drogas. México D.F. 1976 a.
- .- Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (CEMEF) Fármacos de Abuso; información y farmacología y manejo de intoxicaciones. 1976 b.
- .-Conger J. Adolescencia, Generación Presionada. Colección La Psicología y Tú. Edit. Latinoamericana, S.A. 1980.
- .- Cooper, D. La muerte de la Familia. Edit. Artel. México. 1985.
- .- Chavez M. I, Pacheco, S. G.; Salinas, V. O.; Sofís, A.A. Drogas y Pobreza. (Estudio etnográfico del fenómeno de la farmacodependencia en una colonia suburbana de la Ciudad de México) . Edit.Trillas. 1977.
- .- Chevalli,A. Factores Familiares y Sociales que intervienen en la farmacodependencia. *Centros de Integración Juvenil. A.C. Serie Técnica*. México. Vol.I 1978.

- .- Chevaill, A. Tubert, O. , Champion, C. Farmacodependencia e Inhalantes. Consejo Nacional de Adicciones. Disolventes. Inhalantes. Secretaría de Salud. Centros de Integración Juvenil. México 1988.
- .- Chinoy, E. La Sociedad. Una Introducción a la Sociología. Edif. F.C.E. México. 1966.
- .-De la Fuente, R. El alcoholismo y el Abuso de Alcohol. Visión en Conjunto. Salud Mental. Vol.10 No 4. México. 1987a.
- .- De la Fuente, R. El problema de la farmacodependencia. Visión en conjunto. Salud Mental. Vol. 10 No.4. 1987b.
- .- Dauphine, P. y Haisman, D. El niño y el adolescente inestables. Enciclopedia de Psicología y Pedagogía. Plaza Janes Editores. Barcelona. 1977.
- .- Drug Enforcement Administration, U.S. Department of Justice. E.U.A. 1986.
- .-Erickson, E. Sociedad y Adolescencia. Edit. Siglo XXI. México. 1986.
- .- Erikson , E. Juventud y Crisis. Biblioteca de Psicología Social y Sociológica. Edit. Paidós. Buenos Aires 1971.
- .- Estrada , L. El Ciclo Vital de la Familia. Edit.Posada. México. 1988.
- .- El Mundo de la Pareja. Información Médica, Las Drogas. Enciclopedia No. 30. Edit. Planeta, 1986.
- .- Falco , M. Marijuana: Q & A. Drug Abuse Council. Centros de Integración Juvenil. 1978.
- .- Frameros, R. , From structure to strategy with the families of solvent abusers. Journal of Psychotherapy (4) 43-59. 1982.
- .- Freedman & Kaplan. Compendio de Psiquiatría. Edit. Salvat. México. 1976.
- .- García, L.C. Qué son las drogas. Alucinógenas. Edit. Arbol. México. 1990a.
- .- García , L.C. Qué son las drogas. Depresores. Edit. Arbol. México. 1990b.
- .- García, L. C. Qué son las drogas. Estimulantes. Edit. Arbol. México. 1990c.
- .- García, L.C. Qué son las drogas. Inhalantes. Edit. Arbol. México , 1990 d.
- .- García, L. C. Qué son las drogas. Opiáceos. Edit. Arbol. México. 1990 e.

- .- García, L. c. Qué son las drogas. Tabaco. Edit. Arbol. México. 1990f.
- .- Garza,F. ,Mendiola,H.I. ,Rabago, S. ,Psychyological, Familial and Social study of 32 patients using inhalants. . . U.S: Department of Health Education and welfare Public Health Service. Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration. 1978.
- .- Gough, K. El origen de la familia. En polémica sobre el origen y la universalidad de la familia. Edit. Anagrama. Barcelona. 1984.
- .- Guarnier, Enrique. Psicopatología Clínica. Edit. Porrúa Hnos. México. 1978.
- .- Gfroerer, J. Correlation between Drug Use by Teenagers and Drug Use by older Family Members. American Journal of Drug and Alcohol Abuse. 13 pp. 95-108. 1987.
- .- Guerra, A. y Col. El alcoholismo en México. Edit. Fondo de Cultura Económica. México. 1977.
- .- Kerlinger,B. Investigación del Comportamiento. Técnicas y Metodología. Edit. Latinoamericana, 2a de. 1982.
- .- Key Bryan,W. Seducción Subliminal. Edit. Diana, México. 1982.
- .- Kolb, L.C. , Brodie, H. Psiquiatría Clínica. Edit. Interamericana. México. 1987.
- .- Leñero, L. La Familia. Edit. Anues. México. 1976.
- .- Levy-Straus, C. Polémica sobre el origen y la universalidad de la familia. Edit. Anagrama. Barcelona. 1984.
- .-Llanes Briseño, J. Comunicación y Drogas. Edit. Concepto, México. 1982.
- .-Llanes Briseño, J. Juventud y las Drogas. Edit. Concepto, México.1982.
- .-Llanes Briseño, J. Prevención de la Farmacodependencia. Edit. Concepto, México. 1982.
- .-Lleweblyn, K. N. La Educación en la Familia. Edit. Península, Barcelona.1978.
- .- Maceira, A., Pinto, R. , Sulkas, R. , Mariguana y Ololuiqui. Organó Informativo de los Centros de Integración Juvenil . Año 1. No. 3. 1982.

- .- Marión, F. y Nesbitt, M. Crecimiento y Desarrollo del Niño. Edit. Interamericana. Breeckenridge, Murphy . 1969.
- .- Mas, C. , Ramirea, P.M. Consumo de Alcohol y Drogas en una Población de Jóvenes estudiantes y no estudiantes. Salud Mental. Vol.8 No.4 . 1985.
- .- Medina, M-E. Aspectos Epidemiológicos de uso de sustancias inhalables en la República Mexicana. Salud Mental. Vol.10 No.4. 1987.
- .- Medina, M.E. , Schnaas, A.L. , Terroba, G.G. , Isoard, V.J. , Suarez, U.C. Epidemiology of inhalant use in Mexico. Voluntary inhalation of Industrial solvents. U.S. Department of health Education and Welfare. Public Health Service. Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration. 1978.
- .- Miller, P.M. Theoretical and Practical Issues in Substance Abuse Assessment and Treatment. Sea Pines , Behavioral Institute. Hilton Head Island, South Carolina 29928.
- .- Molina, P. , Barruecos, L. , Sánchez, M. El Alcoholismo en México. Fundación de Investigaciones Sociales A.C. Col 22 No.23. 1983.
- .- Monroy, D. Pubertad y Adolescencia. La Salud del Adolescente y el Joven de las Americas. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C. 1985.
- .- Morgan, L. La Sociedad Primitiva. Edit. Quinto Sol. México. 1986.
- .- Muss, R.F. Teorías de la Adolescencia. Edit. Paidós. Buenos Aires. 1980.
- .- Mussen, P.H. , Conger, J. , Kagan, J. Desarrollo de la Personalidad del niño. Edit. Trillas. México. 1980.
- .- Natera, R.G. Aspectos Generales sobre el consumo de alcohol y sus problemas. Salud Mental. Vol 5 No4. 1982.
- .- Ortiz, A. Sosa, R. , Caudillo, C. Estudio de seguimiento de usuarios y no usuarios de sustancias inhalables en Población Abierta. Comparación de sus rendimientos cognitivos. Psiquiatría. Vol Y pags. 165-178.
- .- Papalia D.E. y Wendkos, O.S. De la infancia a la Adolescencia. Psicología del Desarrollo. Edit. Mc Graw --. -Hill. 1978.

- .- Peterson, G. , Rollins, B.B. , Thomas, L. y Ellis, G. Parental Influence on adolescent conformity: Compliance and internalization. *Youth and Society*. V. 16. 1980.
- .- Puente, S.F. Tabaquismo en México. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. 101 (3) págs.234-243. 1986.
- .- Puente, S.F. Estrategias preventivas frente al tabaquismo. Implicaciones para el año 2000. Comité para el Estudio y Control del Tabaquismo. COMECTA. Federación Mundial de la Salud. México 1991.
- .- Rayburn, W.F. , Lavin, J.P. *Obstetrics for the house officer*. Waverly Press Inc. Baltimore M.D. U.S.A. 1984.
- .- Reyes del Olmo , P. , El joven farmacodependiente también sufre las consecuencias de su enfermedad. *Organó Informativo de Centros de Integración Juvenil*. México Vol. 3 No. 2 1984.
- .- Rubio, H. , Aguirre, J.A. , Puente, S.F. Hallazgos Médicos en una población Asistente Asistente a la Clínica de Tabaquismo del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Implicaciones y Consideraciones. *Neumología*. Vo. 40 No.3. 1986.
- .- Rojas, G.M. Castro. M.E. , De la Serna, J. García, G. Análisis Regional sobre el uso de drogas en la población estudiantil de México. *Salud Pública*. Vol.2 No.9 págs.337-344. México. 1987.
- .- Sánchez, C. y Stump, C. El enfoque interaccionista en el estudio de la familia. Tesis Profesional. Universidad Iberoamericana, México. 1981.
- .- Santamaría, A. El psicoanálisis y el desarrollo de los sistemas familiares. Cuadernos de psicoanálisis. XI. Asociación Psicoanalítica Mexicana, México. 1978.
- .- Sarason, G. *Psicología Anormal*. University of Washington. Edit. Trillas, México D.F. 1972.
- .- Secretaría de Salubridad y Asistencia. *Manual de Normas de Educación para la Salud*. Temas: "Las Drogas", . . . México D.F. 1980.

- .- Servicio Informativo y Cultural de E.U.A. Drogas ilegales por una crisis Internacional. 1985.
- .- Sistema Nacional de Encuestas de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones. Dirección General de Epidemiología. Instituto Mexicano de Psiquiatría. México 1990.
- .- Suarez de Ulloa, C. Prevalencia del Consumo de Drogas en un Centro de Adaptación Social Estatal. Depto. de Investigaciones Sociales del Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental.
- .- Tapia, C.P. , Medina, M.E. , Sepúlveda, J. De la Fuente, R. Kumate, J. La Encuesta Nacional de Adicciones de México. Salud Pública. Vol. 52 págs. 507-522. 1990.
- .- Terkelsen, K. Toward a theory of the family life cycle. Gardner Press, New York. 1980
- .- Texas Department of Community Affairs (TDCA) Conversation with texans about drug and drug abuse. Drug Abuse Prevention division Revised. 1975.
- .- Tocaven García, R. Higiene Mental. Edit. Edicol-México, 1977.
- .- Waldorf D. , Murphys S. , Reinerman C. , Joyce B. Doing coke: an ethnography of cocaine users and sellers; The drug abuse council, Inc. U.S.A. 1977.
- .- Warren, H. Diccionario de Psicología. Edit. Fondo de Cultura Económica. México 1965.
- .- Watson, R.I. , Lindgren, H. Psicología del niño y del adolescente. Edit. Limusa. México. 1991.
- .- Zermeño, H. , Pinzón, S. , Shanaas, D.G. , Serna, M.L. , Características socioculturales y familiares de Adolescentes Infractores farmacodependientes. Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia. 1976.

FE DE ERRATAS

PG.	DICE	DEBE DECIR
6	asó	así
18	padrea	padres
47	ocurriendso	ocurriendo
48	m,uerte	muerte
	dieariamiente	diariamente
51	probavilidades	probabilidades
	antoiconceptivo	anticonceptivo
52	10972	1972
59	desplazarce	desplazarse
60	resultaros	resultaron
93	usuarios	usos