

11241

2

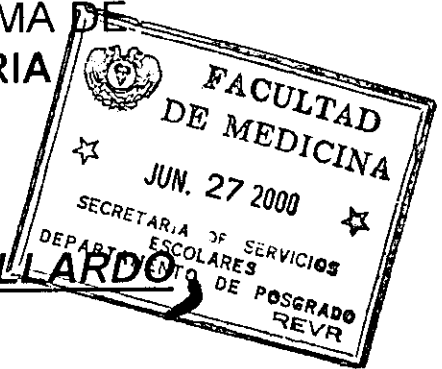
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.
FACULTAD DE MEDICINA.
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA,
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

TITULO:
**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL
CONSUMO DE DROGAS EN UNA
POBLACIÓN CAUTIVA.**

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

PRESENTA

MEDICO CIRUJANO AMBROSIO GALLARDO
FELIX ARMANDO.



TUTOR METODOLOGICO

260639

DR. HECTOR ORTEGA SOTO

TUTOR TEORICO:

mar3
mar3

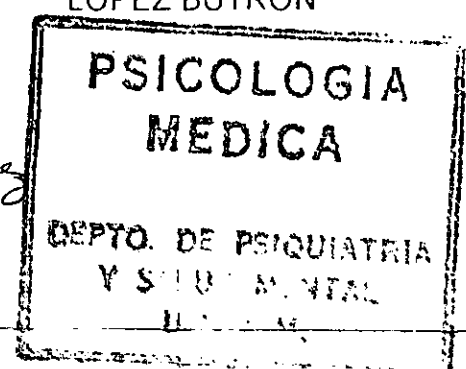
DR. MARCO ANTONIO

LOPEZ BUTRON

Vo. Bo.

Alfonso Sig.
Dr. Alejandro Ray Martinez

2000





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

INTRODUCCION.....	4
MARCO TEORICO.....	4
ANTECEDENTES.....	17
JUSTIFICACION.....	20
OBJETIVO	20
METODOLOGIA	21
TIPO DE ESTUDIO.....	21
SITIO	21
SUJETOS.....	21
METODOS	22
CRITERIOS DE INCLUSION.....	22
CRITERIOS DE EXCLUSION.....	22
ESTADISTICA.....	23
RESULTADOS.....	24
DISCUSION.....	30
CONCLUSIONES.....	33
BIBLIOGRAFIA.....	39
ANEXO.....	42

DEDICATORIA

A MI MADRE,
POR SU INFINITO AMOR Y COMPRENSION.

A MI ESPOSA,
QUIEN HA SABIDO AFRONTAR CONMIGO LOS EPISODIOS
MAS DIFICILES Y ESPINOSOS DE MI EXISTENCIA, POR SU
APOYO Y ANIMO CUANDO ESTAN POR DECAER.

A MI HIJO,
QUE HA TENIDO QUE PAGAR EL PRECIO DE LA SOLEDAD
EN LOS PERIODOS DE NUESTRA FORMACION.

INTRODUCCION

MARCO TEORICO

Las aproximaciones actuales para la descripción de la personalidad tienen serias limitrofes prácticas y conceptuales. Por ejemplo, al utilizar categorías específicas como la propuesta por la Asociación Americana de Psiquiatría (1) o por la Organización Mundial de la Salud (2), con frecuencia nos enfrentamos ante la dificultad de que un individuo tiene características de más de uno de los trastornos de la personalidad. También resulta arbitraria la distinción entre rasgos maladaptativos de la personalidad y trastornos de la personalidad, debido a la naturaleza gradual en la variación de los estilos sociales y cognoscitivos, así como de la variación del grado de desadaptación. Dicho grado depende también de variables situacionales, ya que el mismo temperamento puede llevar, por un lado, al éxito en un ambiente determinado, o bien ocasionar ansiedad y fracaso en otro. Así como de igual modo es importante señalar que muchos de los comportamientos elegidos resultan poco deseables para determinadas culturas y por lo tanto su cuestionamiento directo puede generar respuestas defensivas (3, 4, 5)

Cuando se abordan los factores psicológicos y sociales implicados en el consumo de sustancias que crean adicción resulta difícil su delimitación dada su multidimensionalidad. No obstante, podemos clasificar los factores atendiendo a que sean más propios de la persona (factores individuales), a que pertenezcan

más al entorno próximo del consumidor (factores microsociales) o a que correspondan más al medio ambiente sociocultural (factores macrosociales) (6).

Factores individuales

En este grupo se incluyen aquellos que corresponden con *factores evolutivos*, dado que un período de especial riesgo en el consumo de drogas, como ya se ha señalado, se halla en la adolescencia. Otros factores individuales clásicos son: la *personalidad* y las *motivaciones*.

a) Factores evolutivos: Durante el período de la adolescencia se producen grandes cambios, teniendo lugar una "crisis madurativa biopsicológica". Esta etapa se caracteriza porque se busca la identidad personal (aceptación de: físico y características psicosexuales), la independencia (emocional y económica) de los padres y la intimidad con los iguales. El pasaje al mundo adulto siempre significa, en mayor o menor grado, una fase de oposicionismo (etapa de los noes) junto con la reformación de muchos valores hasta entonces no cuestionados. Cuando la fase de oposicionismo no va paralela a una adecuada reformación de valores se produce un vacío y este vacío puede ser facilitador de la "conducta de probar" que puede orientarse al consumo de drogas como respuesta a la curiosidad que pueda existir frente a las mismas. Además, la intimidad con el grupo de coetáneos da lugar a un aumento de la influencia de los amigos y compañeros, y si en ellos el uso de drogas es frecuente, ésta será la conducta que se adopte por una solidaridad grupal.

Por otra parte, el adolescente tiende a sobrestimar su capacidad de poder evitar patrones de consumo abusivo y, así mismo, infravalora las consecuencias autodestructivas a corto, medio y largo plazo del consumo de drogas. Lo habitual es que se piense que en su caso *"todo está bajo control"*, es decir, cuando ellos quieran podrán dejarlo y en ellos no se producirán los efectos negativos (*"ilusión de control"*).

b) Factores de personalidad: Las investigaciones para identificar los rasgos de personalidad que aumentarían la vulnerabilidad del individuo para presentar una drogodependencia son innumerables. Los resultados de estos estudios han hecho que se formule una larga lista de características, pero estas características de personalidad están con la misma frecuencia, o más, entre personas que nunca desarrollan problemas de abuso ni de dependencia a sustancias. En definitiva, hoy en día, no está acreditada una personalidad drogodependiente previa.

No obstante, y aunque resulte vago, se puede decir que el drogodependiente presenta una personalidad caracterizada por un perfil de rasgos que señalan una inmadurez afectiva- emocional, es decir, presenta unos rasgos que son propios del período adolescente, a saber: dependencia afectiva, labilidad afectiva, baja autoestima, incapacidad de futurizar (no hay un proyecto vital), agresividad y egocentrismo, permanente temor al abandono, habilidades sociales deficientes (retramiento social), escasa tolerancia a la frustración.

dificultad en las relaciones sociales (fobias sociales) y, a veces, en la identificación de su rol sexual, etc.

Algunos autores han asociado estos rasgos de personalidad con posibles motivaciones directas del consumo, de manera que a la timidez, la inseguridad y la dependencia afectiva se asocian a sentimientos de pasividad y el consumo se realiza para "pasar el rato" (consumo *por sentimientos de aburrimiento*); b) la baja tolerancia a la frustración y los sentimientos de culpabilidad e inferioridad dan lugar a un consumo para "huir" (consumo *evasivo*); e) la tendencia a actuar impulsivamente, los sentimientos inconformistas y la búsqueda de sensaciones llevan a consumos para "experimentar" (consumo *por desafío*).

Sólo en un grupo reducido de pacientes drogodependientes (el 10%-20% de los casos) puede apreciarse una estructura psicopatológica de personalidad previa. No obstante, este porcentaje es mucho mayor entre los heroinómanos, donde el trastorno social de la personalidad es el más importante. Se ha sugerido que estos rasgos psicopatológicos se adquieren durante el desarrollo de la dependencia y desaparecen tras un período prolongado de abstinencia.

e) Motivaciones individuales: La O.M.S. señala que en el inicio y mantenimiento de; consumo de drogas aparecen con frecuencia los siguientes motivos:

- Satisfacer la curiosidad sobre los efectos de la droga.
- Adquirir la sensación de pertenecer a un grupo (ser aceptado).

- Expresar independencia u hostilidad y rebeldía.
- Tener experiencias emocionantes o peligrosas.
- Adquirir un estado superior de conocimiento o capacidad creadora.
- Conseguir una sensación de bienestar y tranquilidad.

Las variables denominadas microsociales (la familia, *el grupo de iguales* y la *escuela*) cobran en la actualidad gran importancia en las conductas de consumo de droga, al haberse establecido empíricamente la relación que guardan entre sí sobre todo en la adolescencia (7). El conocimiento actual de la influencia de estas variables las ha convertido en puntos de partida fundamentales para la elaboración de estrategias preventivas.

a) La familia: En el contexto familiar se pueden dar circunstancias que favorezcan el acercamiento del adolescente al consumo de drogas o por el contrario que las características de ésta le protejan.

Entre las características familiares que proporcionan un riesgo de consumo de drogas en sus miembros jóvenes, tenemos:

1. *La desestructuración familiar*: No se requiere que ésta sea observable por la existencia de una ruptura matrimonial, sino que resulta igual o más dañino un nivel interno y soterrado de conflicto en la pareja.

2. *La carencia de disciplina y organización*: Tanto estilos paternos autoritarios como permisivos son malos. En muchas ocasiones los padres han

perdido su rol por completo. Hay una falta de jerarquía y de límites en el funcionamiento familiar.

3. *La estructura de comunicación inexistente o deficiente:* Los padres no hablan con sus hijos, siendo con frecuencia la única interconexión padres- hijos las notas escolares. La incomunicación da lugar a que los padres desconozcan lo que sus hijos piensan, cuáles son sus problemas, y éstos recurrirán a otras personas, fundamentalmente a los amigos, en busca de opinión.

4. *Las actitudes de sobreprotección:* Estas actitudes crean en el niño y después en el adolescente sentimientos de inseguridad e inferioridad. Dificultan, en definitiva, el proceso madurativo y su capacidad de tomar decisiones de forma autónoma.

5. *Los comportamientos agresivos en el ámbito físico y psicológico.* Este tipo de conducta tiene un resultado contraproducente, llevando a los hijos a respuestas en el mismo nivel de agresividad (comportamientos autoagresivos).

6. *Modelos paternos de consumo de drogas legales, a veces incluso ilegales.* El consumo de tabaco, alcohol, fármacos, hachis, etc., por los padres se aprende como una forma de solución siempre que surge algún tipo de problema (modelado social). Hay pues una identificación con padres que consumen drogas. A veces, se trata de la transmisión de una actitud positiva hacia las drogas, aunque no sean ellos mismos consumidores.

Entre las características familiares que protegen del consumo de drogas están:

1. *La percepción afectiva filial adecuada:* Los hijos sienten el cariño que sus padres les profesan, particularmente por parte de su padre. Esto les permite poder desahogar sus emociones en un contexto en que se produce una contención idónea. Hay, además, un vínculo de confianza fructífero.

2. *La concordancia entre el ideal filial paterno y la conducta filial real:* Cuando a los hijos no se les exige por encima de sus posibilidades éstos confían más en sí mismos y en sus decisiones y pueden hablar más abiertamente de sus problemas con sus padres.

3. *La adecuada fijación de límites y control:* Significa una ordenación flexible de jerarquías y educar en la responsabilidad.

4. *La discusión de los problemas en comunidad:* Requiere que todos los canales de comunicación entre los miembros de la familia estén abiertos y se adopten acuerdos con un nivel de consenso alto y que exista un seguimiento del rendimiento escolar de los hijos pero sin afán punitivo o amenazante.

5. *La actitud democrática en la toma de decisiones:* Exige una participación de todos los miembros de la familia en el nivel de responsabilidad correspondiente.

6. *La capacidad de planear y compartir actividades:* Supone una estimulación de la unión familiar para mantener otras características positivas como la comunicación. Implicarse en el tiempo libre de los hijos.

b) El grupo de iguales o coetáneos: En la propia naturaleza humana subyace siempre el deseo de integrarse en un grupo afín, con objeto de obtener un intercambio social. En el desarrollo psicológico normal de cualquier adolescente se dan estos deseos. Ahora bien, si los miembros del grupo al que se une la persona, en este caso el adolescente, consumen drogas, el nuevo integrante tiene un alto riesgo de adoptar la misma conducta.

El grupo tiene unas leyes psicológicas que son distintas a las de la psicología individual. El liderazgo y la cohesión grupal son componentes fundamentales. La fuerza del grupo "arrastra" a todos sus miembros, particularmente a aquellos más débiles, y tienen lugar los fenómenos de imitación, de sugestión e, incluso, de simulación, es decir, por un temor al grupo se hace lo que sus otros miembros hacen ("llevar la corriente"). Los intereses y las expectativas de los compañeros del grupo contribuyen a los primeros consumos y más aún si los consumidores son miembros influyentes del mismo. La mayoría de los jóvenes que se inician obtienen la droga de personas de su edad (amigos o compañeros) y no de adultos. El grupo proporciona apoyo y seguridad y el deseo de abandono del consumo de la droga, si existe en algún momento, no

suele prosperar, porque significaría perder la relación con el grupo y su protección.

c) Los educadores (maestros y profesores). En el contexto escolar pueden existir una serie de características que actúan desfavorablemente en el desarrollo psicológico del niño y del adolescente, favoreciendo de este modo el que se produzca consumo de drogas si éstas le son ofertadas. Dichas características son:

1. Actitudes poco comprensivas y autoritarias por parte de los profesores.

2. Relación con los alumnos excesivamente frías y racionales, mostrando una falta de interés por lo humano.

3. Despersonalización del alumno, hasta considerarlo un "objeto" que recibe enseñanza. Por tanto, existe una falta de comunicación con el alumno que hace que éste perciba al profesor como una persona en la que es imposible confiar.

4. Ausencia de recursos humanos y materiales para el aprendizaje que a veces, conlleva a la imposibilidad de la adecuación de la enseñanza a las necesidades individuales del alumno, dando lugar al fracaso escolar.

5. Rigidez de las estructuras escolares que provoca el rechazo de la escuela y sus contenidos. Esta actitud se acrecienta si se suma a un contexto competitivo y el alumno vive su fracaso escolar como la primera experiencia de fracaso social, con el que se potencia un deterioro de la autoestima y un distanciamiento del mundo de los adultos.

6. Escasa preparación de los maestros y profesores para abordar la problemática de la drogodependencia en sus aulas.

Son muchos los factores socioculturales (*macrosociales*) que influyen en el consumo de drogas (8).

Por una parte, tenemos la *disponibilidad y accesibilidad* a la droga. lo que es una premisa básica para que se dé su consumo. En algunas culturas el acceso a ciertas drogas se encuentra facilitado. por ejemplo en la nuestra lo está el alcohol desde tiempos inmemoriales, como ya se ha dicho. Sin embargo, en la actualidad el 'progreso' en las vías de comunicación hace que el acceso a otras drogas tampoco resulte difícil. Por tanto, la disponibilidad de drogas es muy amplia.

Por otra parte, tenemos que *el desarrollo técnico de la sociedad occidental* ha hecho que el ser humano adquiriera una serie de capacidades que, por ejemplo, le sumergen en un mundo de ilusión, de omnipotencia y de poder (viajes, Internet..), de 'todo' fácil y rápido; de la no-existencia del dolor ni el sufrimiento ('culto al fármaco' y medicalización de los problemas), etc. Todo lo cual no concuerda con aspectos de la realidad cercana: el paro laboral, el alto número de horas de trabajo, escaso tiempo libre, el aislamiento social, etc., en definitiva, una calidad de vida baja.

Los factores promotores del consumo de drogas se pueden clasificar (9,10,11)

1. La oferta y disponibilidad de cualquier tipo de droga: Antes cada comunidad sólo tenía acceso fácil a las drogas que ellos mismo producían y cuyo consumo estaba moldeado por sus normas culturales.

2. Los anuncios publicitarios de las drogas institucionalizadas (alcohol y tabaco): La propaganda de bebidas y cigarrillos no supone sólo una competencia entre marcas, sino que significa una incitación a su consumo. La simbología que ha dejado huella nos lleva a asociar: tabaco- amistad y alcohol- virilidad. ambos productos se asocian con la capacidad de mejorar una relación o superar agradablemente la obligada soledad.

3. Ausencia de información veraz: Los datos que se suministran sobre las drogas son frecuentemente parciales y muchas veces contradictorios. Los mitos sobre el alcohol, la imprecisa información sobre las características del tabaco que se fuma y sus efectos nocivos, la confusa división entre drogas "duras" y "blandas", la supuesta inocuidad del hachís, se encuentra entre los elementos que impiden una decisión libre al no estar ésta cimentada sobre una información correcta.

4. Presión de los modelos sociales. Muchos personajes públicos, artistas y políticos, consumen drogas. Por otra parte, en la televisión y en el cine se muestran escenas de consumo de drogas (legales e ilegales) y "no pasa nada". Por otra parte, muchos maestros y médicos, al ser fumadores o bebedores, más que ser ejemplo se muestran como contra- ejemplos.

5. Dificultades para el uso sano y formativo del tiempo libre: en muchas ciudades hay escasos espacios verdes y áreas de ocio como alternativa a los propios bares y discotecas.

6. Valores transmitidos por los sistemas educativos: Los valores imperantes en nuestra sociedad fomentan:

El hedonismo: "Vive ahora", donde prevalece el máximo placer con el mínimo esfuerzo.

- La evasión: Huir de los problemas antes que enfrentarse a ellos.
- La satisfacción inmediata: Lo que conlleva dificultad ante la espera produciendo niveles altos de frustración.
- El consumismo: Lo que supone que todo debe ser comprado y probado.
- La doble moral entre los adultos: Actitudes críticas con comportamientos personales autocomplacientes (crisis de valores).

7. Condiciones laborales: Algunas profesiones favorecen ciertos consumos. Por ejemplo, los agentes comerciales y los camareros, el consumo de alcohol; los trabajadores nocturnos, los camioneros, y los ejecutivos, el consumo de estimulantes. También la carencia de empleo y la expectativa de no encontrarlo en un futuro próximo pueden abocar a un consumo de drogas

8 Ejemplo de los padres: Los datos empíricos muestran que los padres que consumen drogas tienen hijos que también las consumen.

9. Problemas de convivencia familiar: Unas relaciones satisfactorias padres-hijos están asociadas con un consumo menor de drogas por parte de los hijos.

10. Factores y problemas escolares: En la escuela se dan muchos factores, por ejemplo una actitud ambivalente en los educadores, el fracaso escolar, la oferta de droga por parte de compañeros, etcétera.

11. La presión grupal: Puede ser directa (abierta) o indirecta (subrepticia). En muchas ocasiones la sensación de pertenecer a un grupo sólo se logra mimetizando la conducta de los otros miembros, y si ésta es drogarse, entonces éste será el comportamiento que se adopte. El propio grupo ejerce posteriormente influencia para que no se abandone la droga.

12. Trastornos previos de la personalidad: Los rasgos de personalidad más frecuentemente citados como de riesgo son: problemas de socialización, baja tolerancia a la frustración, requerimiento de satisfacción inmediata, pocos recursos de afrontamiento, dependencia afectiva, bajo nivel de autoestima, etc

De este modo se asume que la personalidad está moldeada no solo por rasgos heredados sino también por modificaciones en el medio ambiente. Cuando ocurren situaciones de estrés o desadaptativas el individuo se encuentra en disyuntivas que pueden acarrear la evitación al daño mediante el consumo de drogas.

ANTECEDENTES

Entre 1975 y 1978, las drogas que más consumían los estudiantes fueron la marihuana, los inhalables y las anfetaminas. Sin embargo, a partir de 1978, los inhalables se convirtieron en la droga de mayor uso, lo cual representa un problema de salud aún más grave, debido a sus efectos en los jóvenes quienes se encuentran en plena maduración, además de su asociación con un pobre rendimiento escolar y con otras conductas delictivas.

En el estudio nacional de 1976 no se encontraron variaciones por región, sin embargo, en el de 1986 se encontraron variaciones importantes, de manera que la zona más afectada fue la del norte con un consumo de marihuana de 3.7% y de cocaína de 1.3%; para la zona sur el consumo fue menor en ambos casos (1.6% y 0.6%, respectivamente). En cuanto al consumo de alcohol y tabaco, las prevalencias reportadas en el estudio de 1986, fueron de 56.7% y 40.2%, respectivamente (34).

Sin embargo en el estudio nacional de 1991 (35,36), de acuerdo a la prevalencia total, se encontró que los inhalables siguen siendo las drogas de mayor consumo, los estados más afectados por el consumo fueron principalmente Querétaro (5.82%), Hidalgo (5.73%), Baja California (5.06%) y el Distrito Federal (5%). En tanto, el consumo de marihuana se presentó

principalmente en Baja California (2.99%), Jalisco (2.87%), Distrito Federal (2.8%) y Campeche (2.74%). Asimismo, el consumo de cocaína fue mayor en Baja California (1.91 %), Sonora (1.57%), Sinaloa (1.41 %) Y Jalisco (1.36%). En el caso del Distrito Federal, el consumo de esta droga fue de 1.03%. Por lo que respecta al consumo de alcohol y tabaco, las prevalencias fueron de 49.7% y de 29.5%, respectivamente.

El uso de drogas entre los adolescentes y los adultos jóvenes se ha incrementado en los últimos 25 años. (12) Por este motivo, se han realizado importantes esfuerzos para identificar los factores asociados con el inicio de las adicciones en esos grupos, aunque sin dilucidarse si se trata de factores causales o consecuencia del consumo de sustancias adictivas; entre ellos se mencionan bajo promedio de las - calificaciones académicas, la falta de práctica religiosa, psicopatología, uso temprano de alcohol, poca autoestima, malas relaciones con los padres y uso de drogas por compañeros y amigos así como por el padre, la madre y otros familiares cercanos. (13-25)

En México, en forma similar a lo realizado en otros países, la mayoría de las investigaciones para identificar factores asociados al consumo de drogas en adolescentes, se ha realizado principalmente en estudiantes (26-29), niños que trabajan en las calles(30) y en hogares de áreas marginales urbanas. (31) Dichas investigaciones han sido escasas y, en algunos casos, limitadas al uso de solventes inhalables. En ellos se señalan como factores relacionados al consumo

de drogas el sexo, la escolaridad baja, el abandono de la escuela, el empezar a trabajar a edad temprana, el poco o nulo contacto familiar, el haber emigrado de zonas rurales y si la madre, hermanos y amigos consumen alcohol o drogas.

En un trabajo realizado por Nazar y cols. (32), se usó la Encuesta Nacional de Adicciones realizada en 1988 para determinar qué factores contribuyen a la ingesta de drogas.

Encontraron que las variables que mejor predicen la probabilidad de consume de drogas en adolescentes son: fumar, consumir bebidas alcohólicas, tener amigos que consuman drogas y padre usuario de drogas.

Por otra parte desde hace dos décadas el Instituto Mexicano de Psiquiatría y la Secretaría de Educación Pública realizan estudios para conocer la magnitud del consumo de drogas, alcohol y tabaco, la evolución de los mismos y los problemas asociados al consumo.

JUSTIFICACION

Sin embargo la población puede variar de un lugar a otro por lo que aún no se conoce la influencia de estos factores en poblaciones cautivas lo cual puede ser de gran utilidad para el médico que está adscrito en el CETIS.

OBJETIVO

El presente trabajo de tesis tiene como objetivo el identificar los factores de riesgo inherentes y factores asociados al consumo de drogas tanto lícitas como ilícitas en población adolescente.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo transversal, prospectivo y observacional.

SITIO

Este estudio fue realizado en la preparatoria Centro de Estudios Tecnológicos y de Servicios (CETYS) #5. Esta es una unidad corresponde a adolescentes entre 15 y 25 años que cursan el equivalente a la preparatoria, tiene una población cautiva, de fácil acceso y cuenta con servicio médico por lo que la supervisión está garantizada.

SUJETOS

Durante el periodo comprendido de Agosto de 1997 a Febrero de 1998 Los sujetos fueron seleccionados por ser alumnos de primer ingreso al CETIS #5 de "Trabajo Social"

MÉTODOS

Durante el examen de admisión se programó una entrevista y por medio de interrogatorio directo y aplicación de encuestas se recabaron los datos de este estudio.

Los cuestionarios propuestos por la institución (Anexo) fueron dirigidos a la detección de adicciones y el estado social del estudiante. El primero constó de 6 preguntas con varios subincisos donde se preguntó si habían ingerido drogas, el tipo, el motivo y los tipos de problemas a los que se enfrenta por el uso de las mismas. En el segundo constó de 7 diferentes preguntas y se recopilaron las variables demográficas que incluyeron ficha de identificación, estado civil, ocupación, ingreso familiar, tipo de vivienda, servicios con los que cuenta y composición familiar.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se tomo como requisito de inclusión a los sujetos que fueran de primer ingreso al CETIS #5 de "Trabajo social de ambos sexos y de toda edad".

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Los alumnos que no quisieran responder el cuestionario, así como los que hubieran faltado el día de la entrevista fueron eliminados. También se eliminaron del análisis aquellos cuestionarios incompletos o con respuestas dudosas tachados o sobrescritos así como los que presentaban mala legibilidad.

ESTADISTICA

Los resultados se analizarán con pruebas paramétricas de análisis simple de normalidad, frecuencia, porcentaje y desviación estándar para relacionar los hábitos de farmacodependencia y los factores demográficos. Cada variable se distinguió por ser factor de riesgo en la población. Se utilizó prueba χ^2 , y se tomó como significancia estadística un valor de $\alpha < 0.05$.

RESULTADOS

Se reclutaron 336 sujetos; los factores estudiados se muestran en la tabla número 1.

TABLA 1

VARIABLES ESTUDIADAS		
Sexo	Hombres	13.6
	Mujeres	86.4
Actividad	Trabaja y estudia	9.7
	Estudia	90.3
Estado civil	Soltero	97.9
	Casado	1.5
	Unión libre	0.3
	Viudo	0.3
Tipo de vivienda	Casa	79
	Departamento	10
	Cuarto	8
	Otro	3
Servicios	Baño	98.5
	Cocina	98.8
	Agua	97.3
	Luz	97.9
	Gas	98.6
Convivencia	Padre	91
	Madre	97
	Hermanos	93
	Abuela	59
	Abuelo	42
	Tíos	57

Valores en porcentaje

Fueron 13.6% hombres y 86.4% mujeres de los cuales 9.7% trabaja y estudia mientras que el 90.3% solo estudia. El 97.9% es soltero, el 1.5 es casado, el 0.3% está en unión libre y el 0.3% es viudo.

El 79% vive en casa, el 10% en departamento, el 8% en cuarto y el 3% en otro lugar sin especificar.

El 98.5% tiene baño, 98.5% tiene cocina el 97.3% cuenta con luz, el 97.9% tiene gas y el 98.6% cuenta con gas.

El 91% convive con el padre, el 97% convive con la madre, el 93% con los hermanos, el 42% con los abuelos y el 57% vive con los tíos.

Los datos obtenidos sobre el consumo de drogas se muestran en las tablas 2 y 3.

TABLA 2
CONSUMO DE DROGAS
EN LA VIDA

ILICITAS	Alucinógenos	0.6
	Cocaína	2.1
	Estimulantes	1.2
	Heroina	0.6
	Inhalantes	1.5
	Marihuana	1.2
	Otros opiáceos	0.6
	Sedantes	0.6
	Tranquilizantes	1.5
	Otras drogas	0.6
LICITAS	Alcohol	23.3
	Tabaco	31.9

Valores en porcentaje

Para el uso de drogas ilícitas en la población se encontró que el 10.6 % tomó alucinógenos en algún momento de su vida: el 2.1 % cocaína, 1.2 % estimulantes, 0.6 % heroína, el 1.5 % Inhalantes, el 1.2 % marihuana, el 0.6 % otros opiáceos, el 0.6 % sedantes, el 1.5 % tranquilizantes y el 0.6 % otras drogas. Ver gráfica 1

Para las drogas lícitas el 23.3% había consumido alcohol en algún momento de su vida y el 31.9% tabaco. Ver gráfica 2

TABLA 3
CONSUMO DE DROGAS
EN EL ÚLTIMO AÑO

ILICITAS	Alucinógenos	0.6
	Cocaína	1.8
	Estimulantes	0.9
	Heroína	0.6
	Inhalantes	1.5
	Marihuana	1.2
	Otros opiáceos	0.6
	Sedantes	0.6
	Tranquilizantes	1.5
Otras drogas	0.6	
LICITAS	Alcohol	23.3
	Tabaco	31.9

Valores en porcentaje

Durante el último año la población consumió alucinógenos en el 0.6%, cocaína 1.8% estimulantes 0.9 %, heroína 0.6 %, Inhalantes 1.5 %, marihuana 1.2 %, otros opiáceos 0.6 %, sedantes 0.6 %, tranquilizantes 1.5 % y otras drogas el 0.6 %.

Para las drogas lícitas en el último año el 23.3% consumió alcohol y el 32.4% tabaco.

En un cruce de frecuencias se encontró que el sexo femenino fue el que más reporto ingesta de alcohol, al igual que tabaco. Ver gráfica 3 y gráfica 4

El análisis estadístico arrojó los siguientes resultados:

Se mostró correlación entre el consumo de drogas ilícitas a lo largo de la vida y el sexo (hombres 8.7% Vs mujeres 2.4%, χ^2 0.23, GI-1. **p=0.02**)

Se demostró también que los alumnos que tienen otra ocupación (χ^2 5.29, GI-1. **p=0.02**) ingieren más alcohol (39.4%) contra los que no tienen otra ocupación (24.6%). Así mismo los alumnos que trabajan (χ^2 6.06, GI-1. **p=0.01**) consumen más tabaco (51.5%) que los que no trabajan (30.4%).

No existe diferencia significativa que indique la relación que existe entre el sexo de los alumnos y el consumo de alcohol a lo largo de la vida (χ^2 0.23, GI-1. **p=0.63**). Los resultados no indican que exista diferencia significativa entre los alumnos que consumen tabaco y su sexo (χ^2 con corrección de Yates = 1.90, GI-1. **p=0.16**).

		Alcohol		
		SI	NO	
Drogas	SI	221	76	297
	NO	1	38	39
		222	114	336

		Tabaco		
		SI	NO	
Drogas	SI	221	64	297
	NO	1	50	39
		222	114	336

No se encontró diferencia significativa entre la ocupación y el consumo de drogas en la vida (χ^2 0.92, GI-1, $p=0.30$). No se mostró relación cuando el padre vive con el alumno, el consumo de drogas a lo largo de la vida (χ^2 1.20, GI-1, $p=0.20$) ni el consumo de tabaco (χ^2 1.2, GI-1, $p=0.20$); ni cuando el padre había fallecido o no (χ^2 0.81, GI-1, $p=0.30$). Del mismo modo el consumo de tabaco (χ^2 0.26, GI-1, $p=0.60$) y de alcohol (χ^2 0.08, GI-1, $p=0.70$) no mostraron significación estadística cuando el padre había o no fallecido.

No se encontró diferencia significativa si el alumno vive con la madre y consume drogas (χ^2 0.31, GI-1, $p=0.50$), alcohol (χ^2 0.52, GI-1, $p=0.40$), tabaco (χ^2 0.22, GI-1, $p=0.10$) ni drogas ilícitas (χ^2 1.0, GI-1, $p=0.30$). Si la madre había fallecido tampoco se correlacionó con la ingesta de alcohol (χ^2 0.05, GI-1, $p=0.80$) ni tabaco (χ^2 0.50, GI-1, $p=0.80$).

El último análisis estadístico, realizado fue el empleo de los factores que mayor frecuencia mostraron para determinar el riesgo relativo de cada uno de ellos. Estos factores estuvieron dados precisamente por el alcohol y el tabaco.

Los resultados fueron:

Para alcohol y sexo el odds ratio ó razón de riesgo fue de 1.19 con $p=0.38$,

Para tabaco y sexo, el odds ratio ó razón de riesgo fue de 1.69 con $p=0.085$.

DISCUSION

En nuestra población los resultados sugieren que los alumnos hombres tienden a consumir drogas ilícitas en comparación con las mujeres. Del mismo modo el alcohol y el tabaco que son drogas lícitas tienen mayor consumo entre las personas que tienen más ocupaciones.

Estos resultado se correlacionan con los hallazgos realizados por Nazar y colaboradores (32). Sin embargo entre la población estudiada no se encontró que los padres sean consumidores de drogas ni tampoco con la presencia de compañeros consumidores de drogas. Probablemente esto tiene que ver con el tamaño de la población. Hay que señalar también que el tiempo entre uno y otro estudio es muy grande (10 años de diferencia): lo que podría representar el impacto de campañas nacionales contra la drogadicción. También hay que señalar que la mayoría de los sujetos estudiados son alumnos y por lo tanto las características de personalidad cambian.

Villatorio demostró que últimamente se ha incrementado el consumo de cocaína, especialmente entre mujeres, que el consumo de inhalables se presenta en la secundaria mientras que el consumo de marihuana y cocaína se presenta en edades superiores y que se demuestra un incremento en el Distrito Federal en

comparación con otras entidades (37). Así mismo destaca que la toma de acciones en contra de las adicciones debe estar presente en padres, amigos, maestros y la sociedad en conjunto.

La atención primaria de salud (APS), entendida como la atención esencial de salud accesible a todos los individuos y familias, insertada dentro de la comunidad y como el nivel asistencial con el que contacta la población cuando tiene problemas de salud, debe tener una relación muy directa con los problemas derivados del abuso o dependencias de drogas. Es la puerta de entrada al sistema sanitario de todos los problemas de salud, con una actuación urgente o programada sobre los mismos. A la hora de tratar un problema puede contar o derivar a los recursos especializados, aunque se tiende a que progresivamente vaya abordando, de forma programada, la mayoría de los problemas crónicos de salud, entre ellos las drogodependencias.

El nuevo modelo de atención primaria presta una labor de gestoría (información, tramitación, reclamaciones, etc.) a través de los equipos de atención primaria (EAP), además de su función primordial que es la atención a todo usuario que así la solicite, a través de sus profesionales, sean o no sanitarios.

Los drogodependientes acuden con relativa frecuencia a los E.A.P y son, frecuentemente, mal comprendidos, incluso desorientados y desinformados respecto a las posibilidades de tratamiento de su enfermedad y de los recursos

disponibles a su alcance. Normalmente se dirigen a lo que más a mano tienen: el centro de salud. Por tanto, los médicos de familia van a ser, en la mayoría de los casos, los primeros que contacten con estos pacientes, que llegan a ellos con propósitos diversos, a saber:

1. Buscando un sustitutivo a su consumo. El drogodependiente acude a consulta realizando una demanda de urgencia y busca una rápida gratificación a su necesidad de droga. Para ello pone en marcha todas sus dotes manipuladoras frecuentemente utilizadas cuando quieren conseguir algo. Podremos observar actitudes de seducción y de agresividad. Esto produce en el médico sentimientos de rechazo que son vividos como inseguridad, desconfianza, miedo, culpabilidad, etc., ante estos pacientes.

2. Por querer ponerse en tratamiento: Si existe una clara motivación hacia el tratamiento, el profesional debe derivar al paciente hacia el recurso específico. Debemos señalar que la motivación puede ser un impulso momentáneo del paciente o ser una decisión de carácter consistente y duradero, pero en cualquier caso no es aconsejable comenzar precipitadamente la desintoxicación justo en el momento en el que el paciente verbaliza su voluntad de ponerse en tratamiento. La desintoxicación requiere la preparación del drogodependiente y de su familia.

3. Por problemas de salud: Esto debe ser aprovechado por el profesional de salud para motivarle a ponerse en tratamiento en un centro especializado, ya

que en este momento el drogodependiente puede estar más receptivo a la idea del tratamiento. Hay que tener presentes los problemas psicopatológicos, los cuales son determinantes en la evolución del sujeto y supone tratar dos patologías a la vez, la adicción y la psicopatología concomitante (*diagnóstico dual*).

CONCLUSIONES

De acuerdo a lo anteriormente planteado los médicos de familia deberían:

Realizar una detección precoz de la drogodependencia, bien directamente o a través de sus familiares.

Escuchar al paciente y a su familia. Es importante reducir la ansiedad con la que acuden, así como mostrarse firmes ante la demanda de medicación.

Dar una información fiable a los usuarios y familiares que la demanden de los medios y recursos disponibles dentro del área sanitaria para la atención al drogodependiente.

Informar al paciente y a su familia de los riesgos de su patología y de la importancia de ponerse en tratamiento.

Motivar al drogodependiente a iniciar el proceso de tratamiento. Para ello es importante desmitificar el síndrome de abstinencia agudo ("mono") y señalar que el paciente va a tener su tratamiento de desintoxicación de forma controlada.

Derivar al drogodependiente previa información de las características y objetivos del recurso.

Valorar el estado somático del drogodependiente, diagnosticando las patologías asociadas y sus complicaciones, y realizando un correcto tratamiento y

seguimiento de las mismas. Cuando lo requieran, efectuar una atención de las situaciones urgentes.

Acompañar la derivación con un informe del estado actual del paciente y/o pruebas médicas si se le han realizado.

Proponer pautas alternativas de tratamiento si el paciente manifiesta su intención de no abandonar la droga (por ejemplo, metadona en adictos a heroína).

Colaborar en los programas de rehabilitación y reinserción social.

Realizar una educación sanitaria y prevención de las drogodependencias en el ámbito de la atención primaria de salud, a partir de las edades que se comprenden como factores de riesgo como son el rango de 15 a 17 años, sobre todo en prevención del consumo de alcohol y tabaco.

La prevención representa el conjunto de esfuerzos encaminados a lograr una reducción y/o eliminación del consumo de drogas y los problemas asociados. Esta acción preventiva debe desarrollarse en el marco de una política integral de educación para la salud y el bienestar.

Toda acción preventiva tiene que tener en cuenta los factores predisponentes, de riesgo y directamente desencadenantes del trastorno o problema que se quiere evitar, dado que sobre todos ellos es preciso actuar. En el caso de la drogodependencia se requieren acciones sobre:

1. La disponibilidad de la droga (acciones sobre la oferta)

2. El consumidor propicio: los adolescentes (acciones sobre la demanda).
3. El medio ambiente próximo y el contexto social general en que tiene lugar el consumo (acciones sobre las ideologías facilitadoras de oferta y demanda).

Por tanto, la prevención no puede reducirse a acciones de educación y sensibilización, es también necesaria la intervención en la reducción de la oferta y en los modos de vida de una sociedad. Esto último requiere actuaciones ideológicas que modifiquen las vigentes existentes en torno a las drogas.

La prevención primaria está dirigida a evitar la aparición del trastorno (el abuso y/o la dependencia): a) *controlando al agente productor del mismo* (reducción de la oferta de drogas); b) *dando una protección específica a los grupos de alto riesgo* (control de la demanda) y buscando la promoción de la salud en general. Este nivel de prevención tiene incidencia entre los no consumidores de drogas y entre consumidores experimentales.

Podemos distinguir dos tipos de medidas, las medidas dirigidas al contexto ambiental y las dirigidas a la propia persona.

Las **medidas dirigidas al contexto ambiental** son:

Todas aquellas que sensibilicen a la comunidad sobre los efectos directos y consecuencias globales que genera el consumo de drogas, lo que significa reducción de la demanda.

Todas aquellas acciones de tipo policial que deriven en la reducción de la oferta.

Todas aquellas de tipo legal (por ejemplo, reglamentación de la dispensación de alcohol) que también signifiquen reducción de la oferta.

Todas aquellas que signifiquen poder realizar un uso alternativo saludable del tiempo libre (por ejemplo, creación de centros deportivos, culturales, recreativos, etc.), lo cual repercute en una reducción de la demanda.

Las **medidas dirigidas a los individuos** son, a su vez, de dos tipos: aquellas que sólo tienen un aspecto informativo (dar un conocimiento) y las que, además, intentan comunicar actitudes y valores determinados; estas últimas se denominan medidas educativas.

En la actualidad se sabe que la información no protege por sí misma, es decir el conocimiento *per se* no influye siempre en el comportamiento posterior, por ello los programas preventivos que se basan sólo en medidas informativas se encuentran superados. No obstante, se debe recordar que estos programas estuvieron fundamentados en dos estrategias: "el enfoque del miedo o temor" y "el enfoque de los efectos". La primera estrategia tenía los siguientes objetivos: aumentar el conocimiento de los peligros del uso de drogas, fomentar las actitudes negativas hacia las drogas y desalentar la experimentación con drogas; en la segunda, los objetivos eran: aumentar los conocimientos y la preocupación acerca del carácter y el alcance de los problemas relacionados con el uso de

drogas, crear actitudes negativas hacia el consumo de drogas y, también, corregir los conceptos erróneos acerca del uso de drogas y de los consumidores de drogas. La utilización de estas estrategias en campañas de prensa, radio y televisión ha sido muy extensa. Pero estos programas de información, como se ha dicho, no han dado los resultados esperados, incluso a veces tuvieron consecuencias contraproducentes; por ejemplo algunos adolescentes consideraron el uso de drogas como un desafío, o debido a la inexactitud de una parte del mensaje se hacía un rechazo de su totalidad o, lo que es peor, se producía la tergiversación de otro mensaje de contenido similar.

La prevención secundaria está dirigida a reducir el número de personas que consumen drogas de manera ocasional o sistemática con objeto de detener el avance del deterioro de la salud en las primeras fases del desarrollo del trastorno (el abuso y/o la dependencia). La atención se centra en la *detección temprana de los consumos abusivos* con el fin de establecer los oportunos programas terapéuticos (desintoxicación y deshabitación). Para ello se deben crear centros de asesoramiento (lugar donde el joven recibe información si ésta es solicitada) y centros de acogida (lugares donde el drogodependiente puede acudir en busca de ayuda).

La prevención terciaria busca reducir las consecuencias o efectos residuales del trastorno. En el caso de las drogodependencias se pone especial énfasis en la

prevención de las recaídas a través de intervenciones y estrategias conducentes a dar un papel activo a la persona dentro de la sociedad (reinserción social).

Es muy importante para el médico conocer la población en la cuál se desarrolla. Los estudios nacionales y a gran escala dan una panorámica sobre los posibles factores asociados a una patología, pero los cambios a pequeña escala condicionados por el tiempo, la ubicación geográfica, etc. crean diferencias que deben tomarse en cuenta para realizar acciones encaminadas al mejor diagnóstico y prevención de la enfermedad.

BIBLIOGRAFIA

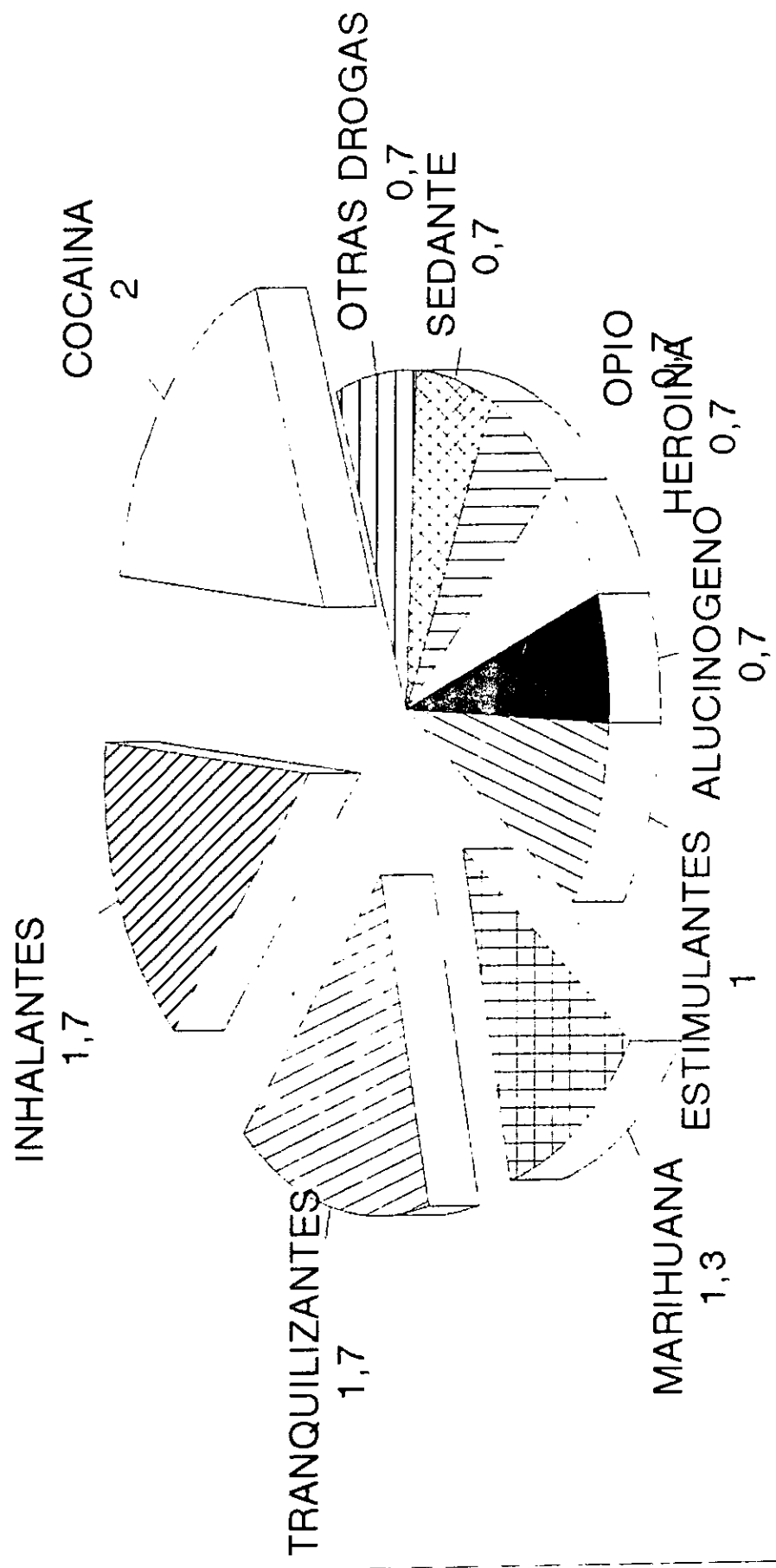
1. American Psychiatric Association. Committee On Nomenclature And Statistics: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. Cuarta edición. American Psychiatric Association. Washington, 1994.
2. Armendariz V: Asociación del trastorno disfórico menstrual con dimensiones de temperamento y carácter. Tesis para obtener el diploma en especialista en psiquiatría. Departamento de Salud Mental. Facultad de Medicina, UNAM, 1996.
3. Cloninger CR: A systematic method for clinical description and classification of personality variants. Arch Gen Psychiatry, 44:573-588, 1987.
4. John OP: The search for basic dimensions of personality: review and critique. Adv Psychol Assess, 7:1-37, 1990.
5. Livesley WJ: A systematic approach to the delineation of personality disorders. Am J Psychiatry, 144:772- 777, 1987.
6. BECOÑA E. Drogodependencias. En: Belloch A, Sandin B. y Ramos F (eds.). Manual de Psicopatología. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana. 1997: v. 1: 493-530.
7. CAMI J, AYESTA FJ. Farmacodependencias. En: Flórez J, Armijo JA y Mediavilla A (éds.). Farmacología humana 3ªed. Barcelona: Masson. 1997: 565-591.
8. CASAS M (ed.). Trastornos psíquicos en las toxicomanías. Sitges: Ediciones Neurociencias, 1992.
9. ESTALRICH, TV, BLANES N, SEMPERE G, LORENTE, P. Drogodependencias y atención primaria de salud. Valencia; Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitaria. 1993.
10. FLEMING MF, BARRY KL. Addictive disorders: a practical guide to treatment. St Luis: Mosby-Year Book, 1992.
11. GRAÑA JL (ed.). Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento. Madrid: Debate. 1994.
12. Robins LN. The natural history of adolescent drug use. Am J Public Health 1984;74:565-657
13. Climent EC, Aragón V, Plutchik R. Predicción del riesgo de uso de drogas por parte de estudiantes de secundaria. Bol of Sanit Panam 1989: 107(6): 568-573
14. Skager R, Fisher DG. Substance use among high school students in relation to school characteristics. Addict Behav 1989;14(2):129-138.

15. Torres de GY, Murrelle L. Consumo de sustancias que producen dependencia en Colombia. Bol of Sanit Panam 1989;107(6):405-493.
16. Newcomb DI-1, Yiaddahian E, Bentler PM. Risk Factors for drug use among adolescents: Concurrent and longitudinal analyses. Am J Public Health 1989;76(5):525-531.
17. Gfroerer J. Correlation between drug use by teenagers and drug use by older family members. Am J Drug Alcohol Abuse 1987;13(1 y 2):95-108.
18. Aquilar ZE. Prevalencia del uso indebido de alcohol, tabaco y drogas en la población ecuatoriana. Bol Of Sanit Panam 1989;107(6):504-509.
19. Alfaro ME. Abuso de drogas en Costa Rica. Recopilación de varios estudios. Bol Of Sanit Panam 1989;107(6):510-509.
20. Smart GR. Abuso de drogas en Ontario, Canadá. Bol Of Sanit Panam 1989;107(6):495~503.
21. Smart GR, Patterson SD. Comparación del abuso de alcohol, tabaco y drogas entre estudiantes y delincuentes en Las Bahamas. Bol Of Sanit Panam 1989;107(6):514-522.
22. Kandel BD, Logan AJ. Patterns of drug use from adolescence to young adulthood: I. Periods of risk from initiation, continued use, and discontinuation. Am J Public Health 1984;74(7):660-666.
23. Bergonzoli PG, Rico O, Ramírez A, Paz MI, Ramírez J, Rivas JC et al. Uso de drogas entre estudiantes de Cali, Colombia. Bol Of Sanit Panam 1989;106(1):23-30.
24. Brenes VL, Hammes MF, Solé UM, Hein H, Ramil AK. Drogas ilícitas entre universitarios. Rev P.MRIGS 1986;30(2):140-143.
25. Silva MA, Zouza A, Brancacio de MC, Borges LE, Rahmé de LM, Mesquita ME. Prevalencia do uso de álcool, cigarro e macohna nos alunos da Faculdade da Medicina da Universidade de Sao Paulo. Arq. Coord. Saúde Mental. Estado Sao Paulo 1985; 45:134-145. Simposio Internacional sobre Alcoolismo e Farmacodependencia; 1982 oct 27; Sao Paulo, Brasil.
26. Castro Sariñana ME, Maya MA, Aguilar MA. Consumo de sustancias tóxicas y tabaco entre la población estudiantil de 14 a 18 años. Salud Publica Mex 1982;24(5):565-574.
27. Castro Sariñana ME, Rojas GM, De la Serna JJ. Estudio epidemiológico sobre uso de drogas y problemas asociados entre la población estudiantil que asiste a los Colegios de Sachilleres. Salud Mental 1988;11(1):35-47.
28. Castro Sarifiana ME, García ZG, Rojas E, De la Serna J. Conducta antisocial y uso de drogas en una muestra nacional de estudiantes mexicanos. Salud Publica Mex 1988;30:216-226.
29. Medina Mora M. Aspectos epidemiológicos del sustancias inhalables en la República Mexicana. Salud Mental 1987;10(4):11-19.

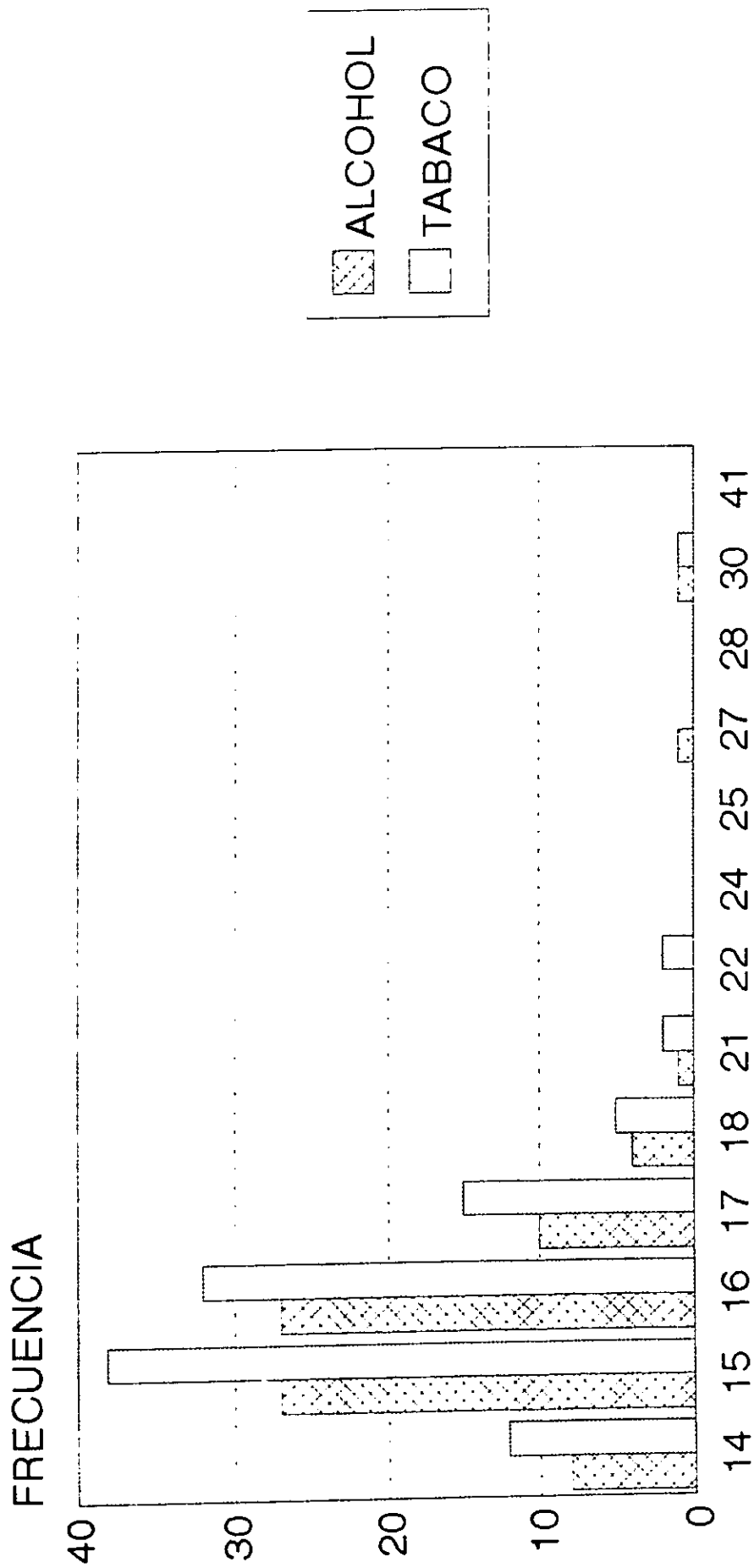
30. Medina Mora M, Ortiz CA, Caudillo C, López S. Inhalación deliberada de disolventes en un grupo de menores mexicanos. *Salud Mental* 1987;77-81.
31. De la Garza F, Mendiola IR, Rábago GS. Perfil del inhalador. Estudio epidemiológico del uso de inhalantes en una población marginal. *Salud Mental* 1980;3(4):2-12.
32. Nazar-Beutelspacher A, Tapia-Conyer R, Villa-Romero A, León-Alvarez G, Medina-Mora ME, Salvatiera B. Factores asociados al consumo de drogas en adolescentes de áreas urbanas en México. *Salud Publica Mex* 1994; 36(6): 646-654.
33. Sanchez de Carmona M, Páez F, López J, Nicolini H. Traducción y confiabilidad del Inventario de Temperamento y Carácter (ITC). *Salud Mental* 1996; 19(S3):5-9.
34. Castro ME, Rojas E, García G, De la serna J.: Epidemiología del uso de drogas en la población estudiantil: Tendencias en los últimos 10 años. *Salud Mental*, 9(4):80-6, 1996.
35. Instituto Mexicano de Psiquiatría, Secretaría de Educación Pública.: Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas entre la Comunidad Escolar: Resultados Comparativos Estatales. SEP, IMP, México 1992.
36. Medina-Mora ME, Gomez- Mont F, Campillo-Serrano C.: Validity and reliability of a high school drug use questionnaire among Mexican students. 33 (4): 67-76. 1981.
37. Villatorio J, Medina Mora ME, Cardiel H, Fleiz C, Alcántara E, Hernández S, Parra J, Néquiz g.: La situación del consumo de sustancias entre estudiantes de la ciudad de México: Medición otoño de 1997. *Salud Mental*, 22(2): 18-30. 1999.

ANEXOS

PORCENTAJE DE ALUMNOS,
SEGUN CONSUMO DE SUSTANCIAS

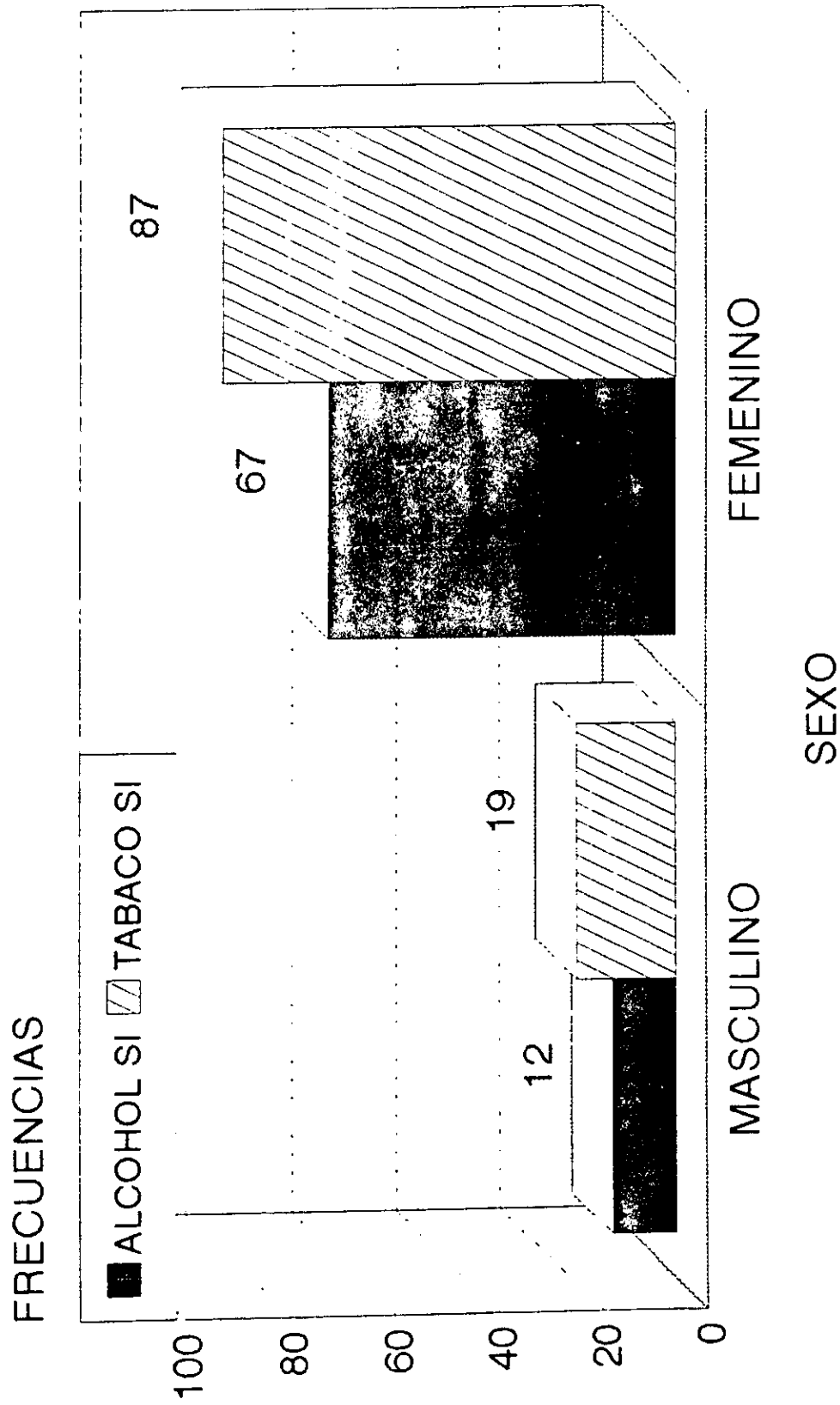


FRECUENCIA DE INGESTA DE SUSTANCIAS SEGUN EDAD Y TIPO

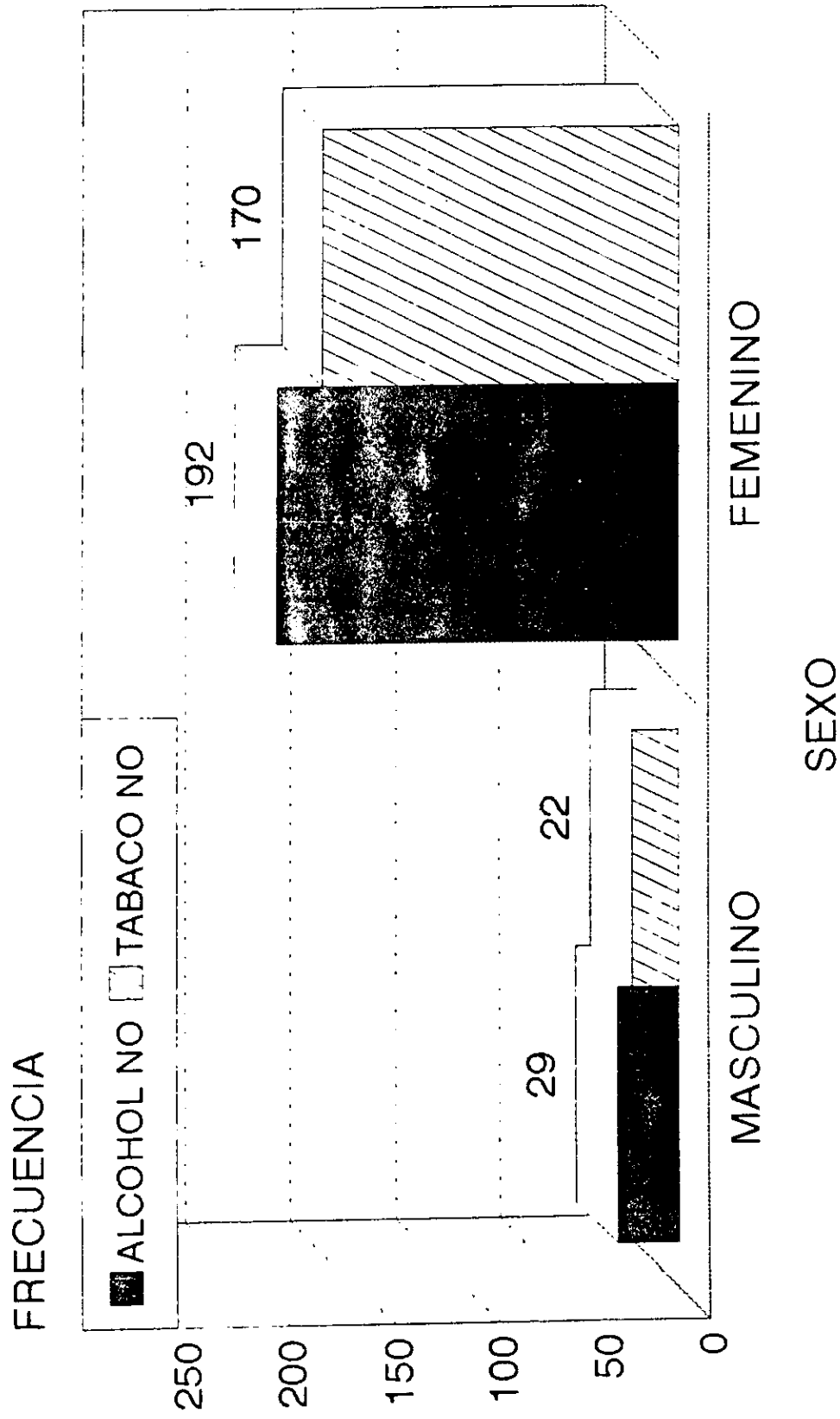


EDAD DE LOS ADOLESCENTES

FRECUENCIA DE INGESTA DE SUSTANCIAS SEGUN SEXO



FRECUENCIA DE INGESTA DE SUSTANCIAS SEGUN SEXO



DETECCIÓN DE ADICCIONES

MARCA LAS RESPUESTAS CON UNA X

I.- ¿Puedes decirme el (los) nombre (s) de la (s) sustancia (s) que has consumido y la frecuencia?

		Alguna vez en la vida	En el último año	Cuántas veces al día
1.	Alucinógenos	()	()	()
2.	Cocaína	()	()	()
3.	Estimulantes	()	()	()
4.	Heroína	()	()	()
5.	Inhalantes	()	()	()
6.	Marihuana	()	()	()
7.	Otros opiáceos	()	()	()
8.	Sedantes hipnóticos	()	()	()
9.	Tranquilizantes	()	()	()
10.	Otras drogas	()	()	()
11.	Alcohol	()	()	()
12.	Tabaco	()	()	()

II. ¿A que edad iniciaste el consumo de la droga? _____

III. ¿Como usas la droga? ()

1. Inyectada
2. Fumada
3. Inhalada o aspirada
4. Tragada o tomada
5. Untada

IV. ¿Porque motivo la utilizaste por primera vez?

V. ¿Que problemas has tenido con el uso de drogas? ()

1. Familiares
2. Escolares
3. Laborales
4. Sociales
5. Legales
6. Físicas o medicas

NOMBRE: _____

GRUPO: _____

VI. ¿Actualmente consumes algún tipo de droga?

Si () No ()