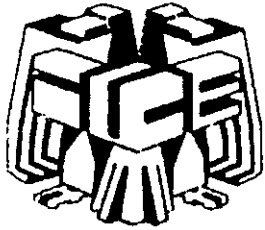


315011
9



UNIVERSIDAD SALESIANA, A. C.

PSICOLOGÍA

"VUAM IMPENDERE VERO"

"DIFERENCIAS EN EL LOCUS DE CONTROL EN
ADOLESCENTES USUARIOS Y NO USUARIOS
DE DROGAS".

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
RUTH MÁRQUEZ MEJÍA

291041

ASESOR DE TESIS:

LIC. MA. ELIZABETH RAMÍREZ LÓPEZ

MÉXICO, D.F.

2001



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.

DEDICO ESTE TRABAJO CON MUCHO AMOR

A MI FAMILIA

Y

AMIGOS

AGRADECIMIENTOS

PADRE MIO gracias por darme la vida y se que de forma incondicional siempre has estado conmigo.

Te doy gracias PADRE porque en mi vida y en mi camino pusiste a la Universidad Salesiana; a mi directora la LIC. MA. ELIZABETH RAMÍREZ LÓPEZ, que desde el inicio de mis estudios supo motivar, apoyar y comprender lo arduo que es iniciar una licenciatura siendo esposa, madre de tres hijos que han sido una bendición de Dios; y que por otro lado vio en mi la posibilidad de llegar a ser Psicóloga en esta etapa de mi vida.

Agradezco a mi Maestra. LAURA PALOMINO GARIBAY su comprensión, paciencia y apoyo para trasmitirme sus conocimientos y reflexiones.

A mis Maestros LIC. FRANCISCO RODRÍGUEZ ISLAS, LIC. FRANCISCO OCHOA BAUTISTA, ING. AGUSTIN SOLÍS SÁNCHEZ, LIC. ROGELIO GÓMEZ, Lic. MARTHA LAURA JIMÉNEZ MONROY, LIC. JORGE G. GARCÍA y DR. JOSE A. VALERDI S. les agradezco su ayuda incondicional, paciencia y comprensión en mi formación académica.

A MIS QUERIDOS Y AMADOS PADRES

MANUEL MÁRQUEZ CARRILLO

Y

ANGELINA MEJÍA SOLÍIS

Gracias por darme la vida y estar conmigo.

Te doy gracias PADRE por que durante mi licenciatura estuvieron cerca de mi:

NESCAPOLITA Y MAR.

MIS HIJOS ERIC, PAOLA Y MONSERRAT.

JOSÉ NICOLAS.

MIS HERMANAS Y HERMANOS.

MIS CUÑADAS Y CUÑADOS.

MIS SOBRINAS Y SOBRINOS.

MIS AMIGAS DIANA ELIDE GUERRERO GUERRA, PERLA GONZALEZ
CASTRO Y PATRICIA BALDERAS ZANTENO.

A MI AMIGO EL DR. MANLIO VALERO MARTÍNEZ.

A LA FAMILIA GUERRERO GUERRA.

A MIS PACIENTES.

A MIS COMPAÑEROS.

A LA VIDA.

Mi agradecimiento para todas aquellas personas que de forma incondicional
me apoyaron en la realización de esta investigación teórica y experimental.

GRACIAS A TODOS Y CADA UNO DE ELLOS.

I N D I C E

INTRODUCCIÓN.....	1
-------------------	---

CAPITULO I. **A D O L E S C E N C I A**

I.1. Antecedentes históricos y descripciones de la adolescencia.....	1
I.2. Definición de adolescencia.....	8
I.2.1. El adolescente normal.....	14
I.2.3. Características o rasgos de personalidad del adolescente vulnerable al consumo de sustancias psicoactivas.....	20
I.3. Crecimiento y desarrollo general del adolescente.....	23
I.3.1. El adolescente y su familia.....	25
I.3.2. Familia, adolescencia y sociedad.....	27
I.4. Características sociales de la adolescencia.....	32

CAPITULO II. **F A R M A C O D E P E N D E N C I A**

II.1. La herbolaria indígena.....	39
-----------------------------------	----

II.2.	Definición de drogodependencia y aspectos generales de la farmacodependencia.....	44
II.3.	Inhalantes y solventes volátiles.....	56
II.3.1.	Antecedentes históricos de los inhalantes.....	57
II.3.2.	Vías de administración.....	63
II.3.3.	Factores de riesgo relacionados con el uso, uso nocivo y abuso de Psicotrópicos y otras sustancias de abuso.....	65
II.4.	Trastornos relacionados con inhalantes.....	66
II.4.1.	Criterios para el diagnóstico de intoxicación por inhalantes.....	67
II.4.2.	Detección de algunos factores en la familia con algún miembro usuario de Drogas.....	68
II.4.3.	Signos en el adolescente que son indicativos de posible consumo de drogas.....	71

CAPITULO III. **LOCUS DE CONTROL**

III.1.	Definición de Locus de Control.....	74
III.2.	Antecedentes y Desarrollo.....	86

CAPITULO IV. ESCALA MULTIDIMENSIONION

AL DEL DR. JORGE DE LA ROSA

IV.1. Antecedentes.....	91
IV.2. Calificación de la escala multidimensional de Locus de Control.....	95
IV.3. Investigaciones Recientes de Locus de Control.....	98

CAPITULO V. METODOLOGÍA

V.1. Introducción.....	100
V.2. Problema.....	102
V.3. Hipótesis.....	103
V.4. Definición de variables.....	103
V.5. Tipo de investigación.....	104
V.6. Método.....	104

CAPITULO VI. **R E S U L T A D O S**

VI.1. Característica de la muestra.....	110
V1.2. Datos Estadísticos.....	112
V1.3. Prueba de la Significancia para Medias de dos Grupos.....	114
V1.4. Análisis de Resultados.....	119
DISCUSIÓN.....	122
LIMITACIONES.....	125
SUGERENCIAS	127
BIBLIOGRAFÍA.....	129
ANEXOS.....	136

INTRODUCCIÓN

La farmacodependencia y el abuso de drogas entendidos como problema, como enfermedad o como fenómeno social, constituyen un tema de los últimos treinta años, aunque no es exclusivo de nuestro país ni de nuestra época. Desde tiempos remotos el ser humano ha hecho uso de una o varias drogas con fines religiosos, médicos o ceremoniales. Las referencias más antiguas datan del año 6,000 A.C., y se refieren al opio, que es quizá la más antigua de las drogas conocidas y con un gran potencial adictivo.

Las culturas ptehispánicas también hacían uso de una semilla llamada olloliuqi, que de acuerdo a las crónicas "emborracha y enloquece"; también se describen unas "tunas de tierra conocidas como Péyotl, que son blancas, y quienes las comen o beben experimentan "visiones espantosas".

Particularmente en las últimas tres décadas, estudios epidemiológicos y psicosociales testifican que esta práctica se ha diversificado y se ha extendido a grandes sectores de la población mundial y en la mayoría de los países se ha convertido en un grave problema social que afecta particularmente a la población joven y es causa de daños a la salud, la familia, a la escuela, al empleo, y desempeña un papel importante en accidentes y actos violentos y delictivos.

La mayor parte del mundo ha comprobado los problemas causados por las drogas (alcohol, tabaco, inhalantes, solventes, cocaína) en la población de género masculino y femenino; no importando la edad, credo, raza, nivel educativo o económico.

Respecto a la Farmacodependencia en México, 2.5 millones de personas, en su mayoría hombres, han usado alguna droga por lo menos una vez en su vida. Principalmente estos usuarios han consumido sustancias psicoactivas como lo son los inhalantes (estos producen: coma, náuseas, vómitos, alucinaciones visuales, euforia moderada, diarrea, depresión emocional intensa, crisis epileptiformes, desorientación, congestión de conjuntivas y nasal y resultan tóxicos para el hígado, riñones, el cerebro y la medula ósea); hongos, marihuana, LSD, crack.

Cabe destacar que el consumo de heroína, drogas sintéticas y las metanfetaminas aumentó en los últimos años en los estados fronterizos con Estados Unidos.

Rodríguez - Sacristán y Aguilar (1995) concluyen que la conducta de consumo y abuso de drogas es una "estación de término" a la que se logra llegar por diversos caminos; los cambios acelerados en la tecnología, en las

costumbres de la sociedad mexicana y en las familias de una generación a otra generación ha llevado a una mayor libertad al consumo de drogas a niños, adolescentes y adultos.

Se ha considerado que existen tres factores para el uso de drogas: individuales, familiares y sociales. El primero es el uso de drogas legales como el alcohol y el tabaco y que se consumen dentro de un contexto social; el segundo implica el uso de marihuana y cocaína que dentro del contexto social se encuentra influido por las amistades, y el tercero conlleva el uso de drogas ilegales y parece depender de la calidad de la relación padres e hijos adolescentes.

Varios investigadores han estudiado las percepciones de la conducta del adolescente que ciclan de diferente manera; al adolescente se le considera introvertido, egoísta, impulsivo, rebelde y por otro lado se le suele calificar como noble, prudente, sumiso etc. Sin embargo en este periodo de transición a la etapa adulta; el adolescente vive día a día cambios hormonales, desajustes emocionales y sociales. Por otro lado el adolescente para la sociedad adulta no es un niño pero tampoco un adulto.

En la cultura mexicana existen una serie de dichos como: "nació con estrella o nació estrellado"; lo que significa que la persona desde que es niño

va escuchando y posteriormente aprendiendo que su vida es controlada por factores externos y ajenos a él.

Por otro lado uno de los instrumentos que se ha estudiado en las ultimas décadas es el Locus de Control; concepto que se utiliza para determinar que factor o factores controlan la vida del individuo.

El motivo de esta investigación tiene como origen el determinar si existe diferencia en el Locus de Control en Adolescentes Usuarios y no Usuarios de Drogas; ya que es sabido que la Farmacodependencia es la resultante de múltiples factores que se conjugan determinando perturbaciones que desequilibran al sujeto en sus actividades cotidianas y en su entorno biopsicosocial.

El primer capítulo presenta los antecedentes históricos y descripciones de la adolescencia desde tiempos muy antiguos hasta nuestros días, así como el crecimiento y desarrollo biológico y por último el núcleo donde convive el adolescente como lo son la familia y la sociedad .

En el segundo capítulo se hace referencia al uso de sustancias tóxicas de las culturas primitivas, en su vida cotidiana y por ende en los ritos ceremoniales.

No cabe duda que el progreso que ha producido la ciencia y la tecnología en el siglo XX ha sido para beneficio del hombre. Pero lamentablemente la desintegración familiar, la situación económica, la falta de sentido de pertenencia ha invitado al niño, adolescente y adulto a recorrer caminos donde la curiosidad, invitación, un bajo umbral para la frustración, influencia de amistades, baja autoconfianza, una baja autoestima, depresión, problemas emocionales, sociales, estructurales en fin una serie de problemas multifactoriales; todos estos han influido para que los adolescentes se sientan invitados a consumir todo tipo de sustancias tóxicas.

Además se retoma el tema de los inhalantes y solventes volátiles que son sustancias de fácil acceso para una población con una escasa economía. Y por otro lado ésta población de cuatrocientos setenta y ocho mil quinientos alumnos que estudian en las escuelas secundarias públicas del Distrito Federal; un 9% por ciento utiliza algún tipo de estupefaciente y dentro de este 9 % ubicamos al usuario de inhalantes que es del 64.7%.

El capítulo tercero pretende dar un marco de referencia sobre el Locus de Control, instrumento con el cual muchos investigadores trabajan para conocer más acerca de la forma de ver, vivir, pensar, sentir, y analizar del

individuo; y por otra parte conocer las últimas investigaciones realizadas sobre este tema.

El capítulo cuatro habla sobre la Escala Multidimensional de Locus de Control del Dr. Jorge de la Rosa; escala que se validó con una población mexicana en 1986.

Finalmente los últimos capítulos abarcan la metodología, resultados, análisis de datos, discusión y sugerencias obtenidas de esta investigación.

CAPITULO I. **A D O L E S C E N C I A**

I.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y DESCRIPCIONES DE LA ADOLESCENCIA.

“No veo esperanza para el futuro de nuestro pueblo, si este ha de depender de la juventud de hoy, ya que ciertamente todos los jóvenes son precipitados más allá de toda descripción”, (...) “ Cuando yo era niño, fuimos enseñados a ser discretos y respetuosos con nuestros mayores, pero actualmente los jóvenes son exageradamente necios e intolerantes de cualquier freno”.

Hesiodo, siglo VIII A.C.

Desde las antiguas culturas como la Griega, Romana, Judía etc. mucho se ha estudiado y hablado acerca de la adolescencia por haberse clasificado como una etapa “difícil, crítica o conflictiva” y al mismo tiempo de suma importancia para el desarrollo de la personalidad. Los antropólogos han descrito con lujo de detalles los “rites de passage” de las culturas primitivas y los historiadores han indicado como las civilizaciones antiguas reconocían este periodo por medio de ceremonias especiales y aun de cultos.

En Roma, durante la festividad de la liberalia, se describía a los muchachos de dieciséis años como "los que visten la toga virilis".

En la Biblia (2 Reg 2. 23-24) se narra la conducta asocial de los mozalbetes que se burlaban del profeta Elíseo. Durante la guerra de los Cien Años, aparecieron en Francia los coquillards, grupo de muchachos imberbes dedicados al bandidaje, similares a las bandas catilinaras que en la Roma ciceroniana asolaban la ciudad con sus desmanes.

El descifrar el laberíntico proceso adolescente, ha sido posible gracias a la intervención de investigadores del campo de la Psicología, Sociología, Psicología Psicoanalítica, y aportaciones de neuroendocrinólogos y neurofisiólogos que han contribuido a armar este rompecabezas dinámico de la existencia humana. Sin embargo, antes de la última parte del siglo XIX los mejores estudios sistemáticos acerca de la adolescencia se encontraban principalmente en los escritos de filósofos, educadores y otras personas interesadas en la educación y el comportamiento de los jóvenes. Entre los escritores antiguos que trataron acerca de la naturaleza y educación de los jóvenes, pero entre los que ejercieron más influencia en su época se encuentran Aristóteles, Platón, Francke, Froebel, Comenius, Rousseau, Pestalozzi.

En los primeros cuatro libros de la Odisea, se puede leer la historia de Telémaco, hijo único de Ulises. Aristóteles en su Historia "*Animalium*" describió los aspectos físicos de la pubertad y con cierto detalle, las características sexuales secundarias correspondientes a esa edad; también consideró los aspectos psicológicos de la pubertad en su "*Retórica*". Platón incluyó los puntos de vista de la juventud en sus "*Diálogos*", entre los que se encuentran el interesante ejemplo de la queja que presenta Lisias a Sócrates porque no se le permitía manejar los caballos de la familia. En Roma, Plutarco escribió "*Moralia y Quintiliano*", "*Instrucciones de oratoria*", en los que ambos hablan de la importancia que tiene la educación para que lo jóvenes puedan asumir las responsabilidades de un adulto (en Horrocks, 1997). Como indica Goppert (1962), los problemas del periodo de la adolescencia se pueden encontrar reflejados aun en los símbolos de los cuentos populares de todas las culturas.

En el siglo XVII, Francke dio una conferencia en la Universidad de Leipzig acerca de la educación de los niños y de los púberes.

En "Emilio", Rousseau describió con cierta extensión los eventos del periodo comprendido entre los doce y los quince años que llamó la "edad de la razón".

Observó que la llegada de la pubertad es el suceso más crítico en la secuencia del desarrollo; propuso una serie de periodos de desarrollo bien definidos con lo que se anticipó a muchos escritores modernos.

Froebel, (en Horrocks,1997) consideró que el juego y el trabajo eran una combinación inseparable puesto que el juego era la actividad más pura y espiritual de los niños y que constituía la base en la que debían desarrollarse las percepciones del adulto en cuanto al significado de la vida. Pestalozzi estaba particularmente interesado en las capacidades intelectuales de los jóvenes y enfocó el asunto de manera muy directa. Su filosofía postulaba la necesidad de disminuir el lapso entre el pensamiento y la acción, y destacaba la importancia de educar la destreza y la habilidad manual a fin de que pudiera lograrse la satisfacción de un trabajo bien realizado.

Herbert constituyó el puente real entre las discusiones de sus predecesores y la psicología que surgiría más adelante, puesto que recibió la influencia de Wundt y Fechner. En sus escritos de principio del siglo XIX, Herbert consideró que la ontogénesis era una recapitulación de las etapas tanto filogenéticas como culturales del desarrollo humano. Consideró que el periodo comprendido entre los diez y los diecisiete años de edad es el de mayor susceptibilidad a la enseñanza, un punto de vista no muy aceptado

actualmente. Sin embargo, este enunciado lleva implícito el concepto del desarrollo de la capacidad intelectual, propuesto casi un siglo después por Binet y sus seguidores. Es casi seguro que los planteamientos de Herbert influyeron en el pensamiento de Hall.

En el siglo XIX los evolucionistas Darwin y Haeckel, fueron los que más impulsaron los estudios serios de la secuencia del desarrollo del adolescente. También entre ellos estaba el psicólogo G. Stanley Hall quien resumió su propio pensamiento y la extensa investigación sobre la adolescencia en su obra de dos volúmenes y mil trescientas setenta y cinco páginas publicada en 1904. En sus escritos sobre el desarrollo, Hall sintetizó en términos psicológicos, los conceptos esenciales de Darwin. Hall sostenía que la evolución del desarrollo de la especie humana se basaba en la estructura genética de cada individuo, y que el crecimiento y el desarrollo, desde la concepción hasta la madurez eran tan sólo un despliegue o recapitulación secuencial de la etapas por las que la humanidad había pasado en su evolución desde las formas más inferiores. Por tanto, cada etapa en el desarrollo de un niño era una imagen fiel de cierta etapa por la que el hombre había pasado en su desarrollo filogenético a través de las formas inferiores y, como estas etapas estaban predeterminadas biológicamente, eran inevitables

sin importar el ambiente ni la cultura. Hall postuló que durante los primeros veinte años de vida ocurrían cuatro etapas principales:

- a) **Infancia** (primeros 4 años).
- b) **Niñez** (de los 5 a los 7 años).
- c) **Mocedad** (de los 8 a los 12 años).
- d) **Pubertad** (de los 13 a los 24 años).

Hall consideró que la pubertad era un periodo de gran desequilibrio y desajustes emocionales, pero que tenía ciertos factores compensatorios. Por otro lado en 1831 Robertson publicó el primero de una serie de estudios realizados en Francia y en otros países acerca de la aparición de la pubertad en las niñas, y la mayoría de sus descubrimientos todavía son válidos en la actualidad. Otros de los primeros trabajos típicos sobre este tema fueron: descripción de la pubertad en ceremonias y culturas primitivas, realizado por Daniels (1893); la administración de cuestionarios, análisis de biografías publicadas y entrevistas directas con niños, de Lancaster (1897); el estudio de la religión, de Starbuck (1899); los análisis de la experiencia de los adolescentes en la literatura, de Libby (1901).

Como señalaron Bley y Faure (1962) en realidad no se conoce al adolescente, a pesar de que tienen muchas hipótesis acerca de él.

Las percepciones de la conducta del adolescente, ciclan en un entretejido de actitudes que van de la rebeldía, egoísmo, intransigencia, irreverencia, imprevisión, impulsividad; a la sumisión, ascetismo, entrega, prudencia, medida, respeto a la autoridad. También, intermitentemente, se derroca el dictum tradicionalista de cualquier, ahora histórico que asegura que los jóvenes de hoy no son como los de antes.

Si se lee a los escritores antiguos, también se advierte en ellos constancia de esa conflictividad que puede acompañar a la adolescencia.

El adolescente significa muchas cosas a la vez, es tanto un individuo, como miembro de un grupo de personas de la misma edad. También es miembro de su cultura en general y un reflejo de la misma. Además forma parte de varios subgrupos o subculturas dentro de una cultura mayor, o igualmente es producto de su época.

Varios autores intentan enunciar los elementos y características de la misma, proponiendo o aportando una definición.

1.2. DEFINICIÓN DE ADOLESCENCIA.

En primer lugar se da la definición: Etimológicamente el vocablo adolescencia proviene del verbo latino: Adolescens - adolescere que significa "crecer" o " desarrollarse hacia la madurez".

En segundo lugar se verá una definición que considera al adolescente desde el punto de vista de la biología: La persona se convierte en adolescente cuando es capaz de reproducirse. Por lo general a esto se le conoce como el principio de la pubertad, pero en realidad este periodo principia con la acción de las hormonas sexuales que producen la aparición de las características sexuales secundarias. En la mayoría de los niños esta edad fluctúa entre los diez y los quince años, y en las niñas, generalmente entre los nueve y los catorce años. En realidad, en cada individuo la pubertad es un proceso gradual que abarca desde el principio de la acción hormonal hasta el logro de la completa madurez sexual. Al terminar la pubertad, el individuo adquiere la capacidad de reproducirse.

En general, la gente supone que la pubescencia comienza a los diez años, razón por la cual muchos niños que aún no han llegado a la pubertad son llamados adolescentes.

Gatweld (1983) considera que la adolescencia comienza cuando la conducta sexual adulta llega a la madurez biológica, en el caso de la mujer la menstruación, y en el caso de los hombre la eyaculación. De igual manera Horrocks (1993) considera que la adolescencia desde el punto de vista de la biología se da cuando la persona es capaz de reproducirse biológicamente.

Freidemberg (1959) describe la adolescencia como el período en que el ser humano descubre lo que realmente es y siente, empieza a distinguir sus diferencias individuales respecto a los demás y se convierte en persona con derechos y responsabilidades propias, capaz de entablar relaciones profundas y significativas con otros individuos de la misma edad.

Considerando que la adolescencia es un período de transición en el cual el individuo pasa física y psicológicamente desde la condición de niño a la de adulto; Sorenson (1962) la caracterizó como sigue:

“La adolescencia es mucho más que un peldaño en la escala que sucede a la infancia. Es un período de transición constructivo, necesario para el desarrollo del yo. Es una despedida de las dependencias infantiles y un precoz esfuerzo por alcanzar el estado adulto. El adolescente es un viajero que ha abandonado la localidad sin haber llegado aún a la próxima...Es una suerte de entreacto entre las libertades del pasado... y las responsabilidades y

compromisos que vendrán... la última hesitación ante...los serios compromisos que conciernen al trabajo y al amor”.

Por su parte Berryman (1994) define a la adolescencia como una fase de transición (que dura más o menos siete años) de la irresponsabilidad que los niños disfrutan a la responsabilidad de la adultez.

Para la psicología del desarrollo, el periodo denominado comúnmente adolescencia es de suma importancia. A principios del siglo XX, y a merced de la obra de Stanley Hall, la adolescencia se convierte en tema psicológico. Tan rápidos y pronunciados son los cambios, que el propio S. Hall define el periodo como de storm and stress (tormenta y tensión).

La observación tradicional sobre los cambios que sufre el individuo al dejar de ser niño para convertirse en adulto se interpretaba, por la Psicología experimental y por la Psicofisiología, como resultado de una transformación biológica relacionada preferentemente con la sexualidad.

Los investigadores están de acuerdo en distinguir la adolescencia propiamente dicha del periodo antecedente y preparatorio, ordinariamente conocido con el nombre de pubertad; entre otros psicólogos Gruber, Bühler,

Lersch, Remplein, Hurlock(1966) dividen también la pubertad en dos etapas: una prepuberal, de los nueve a los once - doce años (pubertad inicial, edad del pavo, edad de la terquedad) y otra la puberal en sentido estricto, desde los doce a los diecisiete - dieciocho. El periodo restante, hasta los veintiuno - veintitrés años los constituye la adolescencia.

Littré, citado en CONAPO (1982, V.3), da una definición centrada en los aspectos biológicos y dice que ésta es: "la edad que sucede a la infancia y que comienza con los primeros signos de la pubertad".

A la madurez biológica se le conoce como pubertad, en tanto al largo periodo que sigue para encontrar la madurez emocional y social se le denomina adolescencia.

P. Blos, citado en CONAPO, (op. cit.) la define como: La suma total de todos los intentos para ajustarse a la etapa de la pubertad al nuevo grupo de condiciones internas y externas - endógenas y exógenas - que confronta el individuo. Definición que hace énfasis en el desarrollo psicológico.

Hallengstead, citado en CONAPO (1982, V.3) por su parte da una definición sociológica, pero no toma en cuenta aspectos biológicos y psicológicos, él dice que "la adolescencia es el periodo de la vida de una

persona durante el cual, la sociedad en la que vive cesa de considerarlo niño, pero no le otorga plenamente el estatus de adulto, sus cometidos y funciones”.

En términos generales, la adolescencia se extiende a lo largo de la segunda década de la vida, pero en la mayor o menor precocidad influyen diferentes causas como el clima, la raza, la alimentación así como factores culturales y estructuras sociales. Hay también diferencias individuales, sexo y del grupo del propio individuo.

La adolescencia debe entenderse como una etapa de crisis personal intransferible en el esquema del desarrollo biosicosocial de un ser humano.

Lo anterior no es un proceso aislado de la infancia, como tampoco lo es de la adultez, sino un continuo de la primera experiencia de la infancia y de la pubertad que vincula a los adolescentes a un periodo llamado de juventud que a su vez los integra al mundo psicosocial del adulto.

Este es un proceso de tránsito que está determinado por varios factores como lo son: la vida en familia, la etapa escolar, el mundo social, las condiciones económicas y políticas que imperan por las generaciones que pasan por la edad de la adolescencia.

El efecto de la aparición de la adolescencia varía de una persona a otra, de un grupo familiar a otro, de un país a otro y de una cultura a otra.

Para estudiar al adolescente es necesario tener un conocimiento general de la forma de vida y de ser de los adultos que formaron, educaron o trabajaron con este adolescente.

La adolescencia como un proceso personal y social se da en un aquí y ahora, dentro de un marco cultural y económico. Como todo marco social tendrá que ser contenedor y por lo mismo en él debe de haber normas y límites, para que el adolescente que forma parte de este marco obtenga el sentimiento de arraigo, pertenencia, seguridad y experimente la libertad. Un buen marco de referencia ofrece al adolescente mejor calidad de vida, al impulsar al individuo a un buen desarrollo psicosocial y afectivo desde las primeras etapas de su vida.

Las pinturas y esculturas representan a los adolescentes como soñadores, idealistas, amables, generosos, participativos y vigorosos. Por otro lado son pocos los que dan testimonio o hablan de éstos como fuerza de trabajo, creativos, ingeniosos, participativos en la formación y creación del mundo socioeconómico en todas las regiones del planeta.

Cada teoría o criterio creado para el estudio de la adolescencia, carece de una definición exacta.

Ingersoll (1989) considera al adolescente como una unidad biosicosocial en evolución. Así para Ingersoll la adolescencia es:

“El periodo de desarrollo personal durante el cual un joven debe establecer un sentido personal de identidad individual y sentimientos de mérito propio que comprenden una modificación de su esquema corporal, la adaptación a capacidades intelectuales más maduras, la adaptación a las exigencias de la sociedad con respecto a una conducta madura, la internalización de un sistema de valores personales y la preparación para roles adultos”.

Similarmente a la adolescencia se le ha considerado como un período de transición lleno de oscuridad, angustia, miedo, incertidumbre, pero también rebosante de energía, esperanzas y de vida nueva.

1.2.2. EL ADOLESCENTE NORMAL.

La adolescencia transcurre en un marco cultural que tiene un concepto de lo normal. La definición de normal o anómalo no sólo resulta de una valoración o calificación subjetiva emitida por una persona responsable o irresponsable, sino también de un proceso de razonamiento, que cuando se

usa adecuadamente, no puede quedar libre de las influencias del medio donde se realiza. Así, el barrio, la cultura y la tradición establecen, con sabiduría popular o con el sentir del grupo, criterios de calificación para la población y adquieren gran peso para proponer conceptos de lo normal y anormal y de quién es o no normal en su conducta y proceder ante la comunidad.

Ello afecta con razón o sin ella, a personas de todas las edades y diferentes condiciones.

En el diccionario, normal se define como "aquello que marca la pauta, la norma, todo aquel y aquello que se ajusta a las normas, las reglas".

El desarrollo psicológico y la conducta social del sujeto en la adolescencia, al igual que el proceso ontogénico, se establecen en patrones de conducta de acuerdo con la edad.

Todos éstos señalan su carácter adaptativo. Es decir los adolescentes calificados como normales en cualquier cultura son aquellos que piensan, hacen cosas, sienten y proceden como sus pares en el afán de realizar las tareas evolutivas de la etapa (aquellas que les ayudarán a adaptarse biopsicosocialmente para lograr su desarrollo). Para calificar adecuadamente a un adolescente se debe entender y aceptar que el joven tiene una gran oportunidad de vivirse a sí mismo, que la etapa es una necesidad de búsqueda pero, como todo ensayo a cualquier edad, produce angustia, inseguridad,

soledad e inestabilidad. Todo ello impide la tranquilidad mental y espiritual de quién experimenta el proceso en forma individual o en grupo. Así, la inestabilidad que los jóvenes viven tendrá que exteriorizarse, lo cual genera diferentes conductas que pueden ser vistas o calificadas como normales por un sector y como anormales por otro.

Se podrá estar seguro de que el adolescente es una persona normal en tanto su conducta adaptativa domine su acción, pues conocerse, reconocerse y adaptarse es un muestra del desarrollo organizado, y el pasar de la estabilidad a momentos de inestabilidad, de los que pronto se recupera sin intervención alguna de adultos o terapeutas, prueba que no es un trastornado.

Los adolescentes normales son aquellos que tienen conductas que manifiestan abierta confianza en sí mismos; establecen relaciones con los pares, son leales en las relaciones afectivas, pero también tienen habilidad para "prenderse" y "desprenderse" de los padres, compañeros y amigos con asombrosa rapidez sin acongojarse.

Douvan E. Adelson (1966) y Offer B. (1975), como pioneros unos y como confirmadores otros, mostraron que la mayoría de los adolescentes son estables emocionalmente; se entiende como estable al adolescente que vive

en calma y paciencia de acuerdo con su maduración y que resuelve sus problemas de adaptación a las circunstancias individuales y colectivas que se presentan.

Anna Freud (1965) expresó que es difícil señalar el límite entre lo normal y lo patológico en la adolescencia. El grupo adolescente vive una serie de pequeñas y grandes crisis que abarcan cuerpo, emoción y adaptación social; todo ello es producto de la propia situación evolutiva y es una consecuencia de la interacción con el medio que le contiene, lo cual no puede evadirse pues en este juego de influencias el adolescente conforma su identidad y algo muy importante: la estructura de su personalidad.

Horrocks J. E (1954) opina que son seis los puntos de referencia a los que hay que dar mayor importancia en el crecimiento y desarrollo del adolescente normal:

1. La adolescencia es una época donde el individuo se hace cada vez más consciente de sí mismo, intenta poner a prueba sus conceptos ramificados del Yo, en comparación con la realidad y trabaja gradualmente hacia la autoestabilización que caracterizará su vida adulta. Durante este periodo, el joven aprende el papel personal y social que con más probabilidad se ajustará a su concepto de sí mismo, así como su concepto de los demás.

2. La adolescencia es una época de búsqueda de estatus como individuo; la sumisión infantil tiende a emanciparse de la autoridad paterna y, por lo general existe una tendencia a luchar contra aquellas relaciones en las que el adolescente queda subordinado debido a su inferioridad en edad, experiencia y habilidades. Es el periodo donde surgen y se desarrollan los intereses vocacionales y se lucha por la independencia económica.

3. La adolescencia es una etapa donde las relaciones de grupo adquieren la mayor importancia. En general, el adolescente está muy ansioso por lograr un estatus entre los de su edad y el reconocimiento de ellos; desea conformar sus acciones y valores estándar a los de sus iguales. También es la época en que surgen los intereses heterosexuales que pueden hacer complejas y conflictivas sus emociones y actividades.

4. La adolescencia es una época de desarrollo físico y crecimiento que sigue un patrón común a la especie, pero también de idiosincrasia del individuo. En esta etapa se producen rápidos cambios corporales, se revisan patrones motores habituales y la imagen del cuerpo. Durante este tiempo se alcanza la madurez física.

5. La adolescencia es una etapa de expansión y desarrollo intelectual, así como de experiencia académica. La persona encuentra que debe ajustarse a un creciente número de requisitos académicos e intelectuales. Se le pide que adquiera muchas habilidades y conceptos que le serán útiles en el futuro, pero que a menudo carecen de interés inmediato.

6. La adolescencia tiende a ser una etapa de desarrollo y evaluación de valores. La búsqueda de valores de control, en torno a los cuales la persona pueda integrar su vida, se acompaña del desarrollo de los ideales propios y la aceptación de la propia persona en concordancia con dichos ideales. La adolescencia es un tiempo de conflicto entre el idealismo juvenil y la realidad.

Los puntos antes señalados demuestran lo difícil de la tarea, misma que debe asumirse sin currícula diseñada para ese propósito.

I.2.3. CARACTERÍSTICAS O RASGOS DE PERSONALIDAD DEL ADOLESCENTE VULNERABLE AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

Existen una serie de características o factores individuales que hacen más vulnerable a los sujetos al uso de sustancias psicoactivas y estas pueden ser:

Falta de control sobre los impulsos. Es la incapacidad o dificultad para moderar o reprimir actitudes y formas de comportamiento en circunstancias en las que pueden parecer inapropiadas o fuera de contexto.

Poca tolerancia a la frustración. Implica una dificultad o incapacidad para posponer la realización de deseos. En los casos en que los deseos o las demandas no se cumplen de manera inmediata, se evidencia malestar, enojo, disgustos, riñas, etc.

Resentimiento ante figuras de autoridad. Se refiere a las actitudes y conductas de enojo y malestar que manifiesta una persona ante una figura de autoridad, cuando sus demandas no se ven satisfechas.

Agresividad. Se observa de manera particular durante la adolescencia como una respuesta de desagrado ante situaciones o eventos con los que no está

de acuerdo. La respuesta es violenta y no guarda relación con el estímulo que la provoca.

Dependencia emocional. Es una característica de la adolescencia y se encuentra en oposición directa con los ideales de autonomía e independencia de las figuras parentales. El adolescente se acerca a sus padres para recibir orientación ante situaciones difíciles, pero emocionalmente depende de ellos en la mayoría de los casos en que necesita tomar una decisión.

Ansiedad, miedo, depresión. Son elementos constitutivos de esta etapa de desarrollo, y no necesariamente afectan solo al adolescente, pueden ser también manifestaciones de conflictos emocionales no resueltos que se presentan en la edad adulta.

Factores Psicodinámicos. Las teorías psicodinámicas contemporáneas correlacionan la farmacodependencia con la organización subyacente de la personalidad. Se destacan los factores adaptativos y del desarrollo que ejercen influencia sobre la experimentación y regulación de los afectos, relaciones sociales, autoestima, juicio y capacidad para manejar el estrés.

Estas teorías resaltan la importancia de los rasgos de carácter de tipo oral y el efecto que tienen las drogas sobre estos impulsos primitivos. El uso de drogas se inicia durante una crisis severa en la cual las capacidades adaptativas del sujeto se encuentran alteradas con la consecuente vulnerabilidad narcisista.

Además de lo anterior el adolescente presenta defensas rígidas, inmaduras, una disminución de la autoestima, imágenes objetales pobremente integradas, y dificultad para contender con hechos situaciones de la vida cotidiana.

La dependencia de drogas puede desarrollarse como una forma de regresión a etapas primitivas del desarrollo, o cuando la droga provee una apariencia de funcionamiento normal.

En la revisión de literatura especializada se ha comentado que los farmacodependientes utilizan la droga para medicar estados afectivos dolorosos, para disminuir la intensidad de sentimientos agudos y crónicos de agresividad, ira y hostilidad, donde las drogas calman y enmascaran estos sentimientos.

I.3. CRECIMIENTO Y DESARROLLO GENERAL DEL ADOLESCENTE.

ETAPAS DE LA PUBERTAD

La edad del comienzo de la pubertad varia, aunque las chicas suelen iniciarla entre doce y dieciocho meses antes que los chicos. La edad media es de once años para las chicas (en una secuencia de los ocho a los trece años) y trece años para los chicos (en una secuencia de los diez a los catorce años).

CARACTERÍSTICAS	DESARROLLO GENITAL *	DESARROLLO DEL VELLO PÚBICO	DESARROLLO DEL PECHO**
1	Los testículos, el pene y el escroto tienen prácticamente el mismo tamaño y forma que en la infancia.	El vello se ha desarrollado ligeramente en el abdomen (todavía no hay vello púbico).	Sólo se observa un abultamiento del pezón.
2	El escroto y el pene crecen algo. La piel del escroto se hace mas rojiza y cambia de textura. El pene tiene prácticamente el mismo tamaño que antes.	Comienza a aparecer vello largo, ligeramente pigmentado, liso o ligeramente rizado, especialmente en la base del pene y a lo largo de los labios.	El pecho empieza a cambiar. Las mamas suben y los pezones están ligeramente abultados. El diámetro de la areola se hace algo mayor que en la etapa 1.

3	El pene crece un poco, sobre todo de grosor. Los testículos y el escroto son algo mayor que en la etapa anterior.	El vello se oscurece, se hace más duro y tiende a rizarse. Se va extendiendo por el pubis.	El pecho y la areola son mayores y están más elevadas que en la etapa 2, pero todavía no se distinguen sus contornos.
4	El pene ha crecido mucho más, y se produce un desarrollo y engrosamiento de las glándulas. Los testículos y el escroto son mayores que en la fase 3; la piel del escroto se hace más oscura.	El vello es similar al de los adultos, pero el área cubierta es menor. No alcanza todavía a la zona de los musculos.	La areola y el pezón forman otro pequeño abultamiento protector, que sobresale del volumen del pecho.
5	Los genitales son adultos en forma y tamaño.	El vello es igual que en el adulto, en el tipo y cantidad, siguiendo un esquema horizontal (típicamente femenino). Se extiende hacia la zona superior de los muslos pero no llega hasta la línea alba ni a ninguna otra zona por encima del triángulo invertido.	Estado maduro. Los pezones quedan protegidos al producir un ligero hundimiento en el contorno general del pecho.

*Para chicos

**Para chicas

Cuadro de Brunstetter R W, Silver L.B. Normal adolescent Development.. En Kaplan III, Sadock BJ. Comprehensive Textbook of Psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins, 1985.

I.3.1. EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.

Se ha dedicado mucho tiempo y esfuerzo al estudio de la familia. Sin embargo, los conceptos y definiciones sobre el tema siguen siendo rudimentarios y frecuentemente utilizados por analogía.

Desde el punto de vista estrictamente biológico, la familia posee funciones no sólo relacionadas con la reproducción, sino sobre todo en los primates más desarrollados con particulares desventajas comparativas para enfrentar el medio de adaptación y protección de los individuos jóvenes. Si la familia biológica puede pensarse en función de la procreación o de la adaptación, en el plano del modelo social se puede distinguir entre un aspecto de orientación (grupo de pertenencia) y otro de referencia en los que se realiza la socialización y el aprendizaje.

Comenzar el análisis del tema familia y adolescencia significa necesariamente meditar sobre la interacción entre los padres y los jóvenes dentro de un grupo.

Por familia se entiende un grupo humano unido por lazos de consanguinidad o sin ellos, que reunido en lo que se considera hogar, se intercambia afecto, valores y se otorga mucha protección.

Ackerman N.W. (1965) ofrece la siguiente definición: "la familia se puede considerar como una especie de unidad de intercambio. Los valores que se intercambian son el amor y los bienes materiales. Estos valores fluyen en todas direcciones dentro de la esfera familiar".

Leñero (1992) y otros autores definen en forma similar la familia, pero subrayan el reconocer en ella un grupo consanguíneo: "lo familiar tiene una raíz de naturaleza biológica que se transforma movido por el impulso de subsistencia y superación humana. En este sentido, la familia figura como espacio vital de intimidad donde las personas pretenden conjugar su identidad personal con su expresión emotiva y afectiva".

Dulanto G.E. (1997) señala que: "la familia tiene, al mismo tiempo, una naturaleza dual de carácter social, público y privado: condensa en su seno a la sociedad entera y se muestra hacia el exterior de sí misma como una institución clave en la operación social".

1.3.2. ADOLESCENCIA, FAMILIA Y SOCIEDAD.

El núcleo original y primario en donde se desenvuelve el hombre es la familia. La familia puede ser considerada como una célula social cuya membrana protege en el interior a sus individuos y los relaciona al exterior con otros organismos semejantes. La familia es justamente la sustancia viva que conecta al adolescente con el mundo y transforma al niño en adulto. La familia, a manera de pequeña sociedad, es la arena donde se permite toda suerte de ensayos y fracasos en un ambiente de protección, de tolerancia, de firmeza y de cariño (Estrada Inda L. 1991).

En la larga historia de todas las culturas se aprende que cada grupo humano tiene que construir su familia dentro de una libertad concedida por la sociedad. El formar una familia, que se puede categorizar como un valor social, es una obligación trascendente conferida a la pareja. También se puede

decir que el funcionamiento familiar es el fruto de la creatividad y convivencia de quienes fundan la familia. En la interioridad del hogar por lo general, hay libertad absoluta para que la pareja como tal determine su forma de ser en la familia y desarrolle y desempeñe el papel de pareja y, en su momento, el de padres.

La libertad que cada grupo humano se otorga y la dinámica que con ella crea son quizá dos de las posibles explicaciones de la riqueza de diversidad de familias en el mosaico cultural de México y desde luego en el de otros países. En cualquier estudio de la familia queda claro que: la familia es el centro primario de la socialización infantil y juvenil. Del modelo intrafamiliar puesto en acción por medio del ejemplo de vida, los consejos y la educación verbal realizados mediante la interacción entre padres e hijos, así como las formas de relación social establecidas por el núcleo familiar con otros grupos dependerá gran parte del éxito de la misión socializadora de la familia.

Por convivencia en el sistema familiar, se logrará en cada generación que las personas entiendan, valoren, encuentren sentido y desarrollen habilidades y actitudes de convivencia social, así como que acepten y vivan en sociedad. En la medida que el menor, ahora niño, después joven, no acepte, ni entienda ni ame la experiencia de la convivencia social en la familia, no consentirá ser parte activa y funcional de la comunidad.

Ackerman NW (1966) opina que las finalidades humanas y sociales esenciales para las cuales se ha establecido la familia son :

1. **Provisión de alimentos, abrigo y otras necesidades materiales** que mantienen la vida y protección ante los peligros externos: funciones que se realizan mejor bajo condiciones de unión y cooperación social.

2. **Provisión de unión social** que es la matriz de los efectos de las relaciones sociales familiares.

3. **Oportunidad para desplegar la identidad personal**, ligada a la identidad familiar. Este vínculo de identidad proporciona la integridad de las fuerzas psíquicas para enfrentar las experiencias nuevas.

4. **Moldeamiento de los papeles sexuales**, lo cual prepara el camino para la maduración y relación sexual.

5. **La ejercitación** para integrarse a los papeles sociales y aceptar la responsabilidad social.

6. **El apoyo al aprendizaje**, a la creatividad y a la iniciativa individual.

Erich Fromm (1966) habla de estas finalidades como necesidades específicamente humanas, y señala a la familia como la oportunidad que brinda a sus integrantes de satisfacer el requerimiento de vinculación, identidad, arraigo (pertenencia), trascendencia y de una estructura (marco de referencia) que vincule y oriente.

Sin embargo es necesario mencionar que existen varias características en los modelos de familias donde se pueden identificar una serie de factores que pueden ser determinantes para que el adolescente no encuentre el sentido de pertenencia y una estructura que lo oriente y por lo tanto sea más sensible al uso de drogas; entre estos modelos encontramos:

Familia desintegrada. Ya sea por muerte, abandono de alguno de los padres, por divorcio, por enfermedades graves o por abandono del hogar de alguno de sus integrantes.

Falta de autoridad moral de los padres. Cuando los padres por sus actividades o actitudes, tienen conductas deshonestas que favorecen la patología mental.

Familia sin comunicación o con comunicación defectuosa. Una de las funciones más importantes de la familia es la de transmitir valores, actitudes ante la vida, formas de enfrentar situaciones existenciales críticas, etc. Sin

embargo, se observa que los padres descuidan con frecuencia esta función, transmitiendo mensajes contradictorios, o rechazando la comunicación.

Dificultad para jerarquizar. A menudo los padres muestran dificultad para jerarquizar en forma adecuada los valores que promueven el correcto desarrollo de los jóvenes, por ejemplo, conceden excesiva importancia a aspectos externos como el tipo de ropa, forma en que lleva el pelo, uso de accesorios de vestir, gusto por la música, llevándolos al rango de factores prioritarios, a la vez que descuidan y omiten los verdaderos valores.

Confusión de valores. En muchas familias existe un orden y jerarquía de valores que no necesariamente son prioritarios para otras familias. Así podemos percatarnos que en ocasiones y al interrogar sobre los valores para una familia determinada, otorgan prioridad a valores tales como: Tener una casa propia, tener automóvil, disponer de recursos económicos para contender con situaciones que no se consideran como verdaderas necesidades, acceder a un estrato social más alto, dejando en último lugar situaciones que se relacionan con la salud familiar, con la salud mental, con la felicidad, el amor, la comunicación, etc.

Dificultad para marcar límites. (familias flexibles, rígidas o inconsistentes).

Cambio de roles. En las familias bien integradas cada miembro tiene una función específica que cumplir, pero cuando por algún motivo estas funciones se alteran emerge una confusión en sus roles y en sus responsabilidades provocando la desintegración de la familia o alguna manifestación de disfuncionalidad.

I.4. CARACTERÍSTICAS SOCIALES DE LA ADOLESCENCIA.

La adolescencia como una etapa del desarrollo humano trae consigo una serie de cambios físicos y emocionales, sin embargo el nuevo adolescente se encuentra sometido a un mundo totalmente nuevo para él, llega una situación más, a la que de igual manera hay que poner atención, ésta es la sociedad, que tiene un enorme peso dentro de esta etapa de desarrollo.

Wallom (1964), dice que escindir al hombre de la sociedad como se hace a menudo, es privarlo de la corteza cerebral, pues si el desarrollo y la configuración de los hemisferios cerebrales es que distinguen con mayor precisión a la especie humana de las especies vecinas, este desarrollo y esta configuración se debe a la aparición de campos corticales, como el lenguaje,

que implica a la sociedad; para el hombre la sociedad es una necesidad, una necesidad orgánica.

A este respecto se considera que en efecto, a partir de la aparición del lenguaje en las personas forzosamente debe aparecer la sociedad para lograr con ellos un estado total de equilibrio. Es a partir de esta evolución fisiológica que el adolescente debe impregnarse de sociedad y por lo tanto debe integrarse a ésta con todo lo que implica formar parte de ella.

Allison y Davis (1965), señalan bajo un enfoque social que para entender el desarrollo durante la adolescencia hay que comprender los efectos del aprendizaje social sobre la persona. La socialización es entendida como el proceso por el cual el individuo aprende y adopta modos, ideas, creencias, valores y normas de su cultura particular y los incorpora a su personalidad. Para Allison y Davis, el desarrollo es un proceso continuo de aprendizaje, por medio de la intimidación y el castigo, de conductas socialmente aceptables.

El desarrollo sexual va ligado con lo social debido a que éste se inicia desde la niñez al aprender normas estructuradas por el grupo al cual pertenece. Cuando el niño se acerca a la adolescencia, siente la necesidad de liberarse lo más pronto posible de los lazos familiares y de asociarse con

individuos o grupos de su mismo sexo, en ellos se habrá de adaptar a sus reglas y normas para su aceptación dentro del mismo (Powell, 1985). Todo esto se llama socialización que es la interacción de un individuo con los demás.

Los factores que influyen en la socialización del adolescente son: el prestigio, definido por Keislor (en Powell, 1985), como el grado en que el individuo se considera por los demás como fuente de respuestas provechosas para un grupo y esto puede ser relacionado con las calificaciones, exámenes etc.; otros factores que influyen son la similitud de intereses, la proximidad y el nivel socioeconómico de cada individuo que a su vez moldean las características de conducta, cualidades personales, valores y normas morales demostradas en la interacción de los adolescentes.

Entre otros grupos que se forman en la adolescencia se encuentra la pandilla que es un grupo social pequeño, exclusivo, informal, que ofrece seguridad a los jóvenes, puesto que toma algunas de las funciones que anteriormente se encontraban dentro del grupo familiar. Sin embargo, dentro de este grupo el adolescente presenta el aspecto de conformidad en donde actúa, viste igual, le gusta la misma comida y la misma música con el fin de tener seguridad e identificarse con los demás. Así se conformará hasta el

grado de disimular sus verdaderos valores y metas para pertenecer al mismo grupo.

Powell (1985) menciona que durante la primera adolescencia, las amistades pueden ser bastante inestables y de corta duración debido al desarrollo rápido que puede haber dentro del grupo o de algún joven, por tanto éste tenderá a otros interés que pueden ser diferentes a los de su grupo.

En conclusión casi todos los adolescentes encuentran un grupo social con el cual se identifican y pertenecen. Aquellos que no lo encuentren tienen ciertas características como el inconformismo social, baja motivación para el rendimiento académico, independencia, rebeldía, tendencia a la búsqueda de sensaciones nuevas e intensas, tolerancia a la desviación, tendencias antisociales tempranas (agresividad, delincuencia).

Y no existiendo una "personalidad" propia de los Farmacodependientes, en general sí se afirma que individuos con problemas de socialización, con un bajo umbral para la frustración, el fracaso y el dolor, que buscan la satisfacción inmediata son los jóvenes angustiados o hipersensibles y en una actitud defensiva a causa de su falta de aceptación social.

Por último cabe señalar que existen otros Factores Sociales que afectan el desarrollo del adolescente y su familia y son los siguientes:

Reducción del espacio vital. Esta situación se presenta en las grandes ciudades. Sabemos que el individuo necesita disponer de un espacio adecuado que le permita una existencia agradable y un desarrollo armonioso. Se ha demostrado que la reducción de este espacio provoca en el ser humano muestras importantes de agresión, tal es el caso de las unidades habitacionales con una o dos recámaras y con familias numerosas; en ellas la farmacodependencia, violencia y agresión ejemplifican la influencia de esta situación.

Sobrecarga de estímulos físicos y emocionales. La concentración de grupos familiares en las grandes ciudades provoca un exceso de estímulos físicos dañinos, como el ruido, el esmog, la contaminación ambiental, etc., que alteran la percepción del individuo.

Sobrecarga de información contradictoria. Los medios masivos de comunicación lanzan a cada momento ideas, normas, sugerencias y mensajes contradictorios, mismos que con frecuencia provocan en el individuo una gran

confusión respecto al mundo en que viven; por ejemplo, programas de prevención del abuso de drogas y proliferación de anuncios que incitan a su consumo.

Crecimiento demográfico. Las escasas posibilidades de empleo a nivel rural, favorecen la emigración a las grandes ciudades con la idea de mejorar su actual situación económica y sufragar los gastos que demanda su familia.

Insatisfacción de ideales. Se refiere a aquellas situaciones que no reflejan los objetivos y metas que se habían planteado imaginariamente. Este rubro se ejemplifica con el hecho de no haber alcanzado una autosuficiencia económica antes de los 30 años de edad, de tener que restringir los gastos a lo indispensable, de no disponer de otros satisfactores de tipo económico y social ante una realidad que confronta al sujeto día con día sobre sus habilidades y capacidades para el trabajo.

Rapidez del cambio social. Lo anterior genera confusión ante la rapidez con que se efectúan modificaciones y reestructuraciones en el ámbito social, creando nuevas necesidades de adaptación y funcionamiento ante normas y formas de comportamiento que pueden no tener validez en el momento actual.

Factores políticos y económicos. Esto se relaciona con los acontecimientos de tipo político y económico por los que atravieza nuestro país hoy en día. Ante estos eventos que repercuten de manera poco favorable ante nuestras expectativas de desarrollo económico, político, social y personal, generando una situación de impotencia y frustración.

CAPÍTULO II. FARMACODEPENDENCIA

II.1. LA HERBOLARIA INDÍGENA.

Sabemos que en nuestro país se hacía uso de hongos alucinantes desde tiempos precolombinos como parte de los ritos ceremoniales; a estos hongos se les denominaba teonanácatl y sus efectos tóxicos fueron descritos por Fray Bernardino de Sahagún en su "Historia General de las Cosas de la Nueva España".

La herbolaria indígena mexicana fue y es extraordinariamente rica, en la época de la Conquista se conocía la existencia de 1500 plantas medicinales y en Europa había solamente 200. El Shen Nung, de la antigua China, tenía sólo 365, lo mismo que el Ayurveda de la India. Fue precisamente el asombro que causó en el rey de España la noticia de la abundancia y eficacia de la herbolaria médica mexicana lo que le hizo enviar al protomédico Francisco Hernández para estudiarla. Muchas de estas plantas eran utilizadas como tranquilizantes o Psicolépticos, antidepresivos o psicoanalépticos, Psicodislépticos, etc.

A continuación se mencionan varios ejemplos de dichas plantas:

a). PSICOLÉPTICOS O TRANQUILIZANTES.

Bajo este rubro se han colocado todos aquellos remedios que están mencionados como específicos para la "locura", la "demencia", para los que "deliran sin fiebre".

Picieti (Nicotinae rústica). Entre sus múltiples aplicaciones se utilizaba también como tranquilizantes. Inhalado el humo, da ánimo.

Tiepatli (sin clasificar) Es un arbusto grande con hojas como el ciruelo. Se usa mezclado al mixquihuitl; ingerido cura la "excitación del ánimo".

Tetlahuelicpatli (sin clasificar). Tiene tallos cilíndricos, hojas puntiagudas y flores color púrpura; el jugo de las hojas ingerido para los que "deliran sin fiebre".

Yyautli (Tagetes lucida). Entre otros usos se utilizaba para curar a los dementes.

Hoactizin. Es un ave. El sahumero de sus plumas era utilizado para "restituir la razón".

Ocelotl (tigre americano). La carne de este animal era dada como comida para los que habían "perdido el seso".

b). PSICOANALÉPTICOS O ANTIDEPRESIVOS.

Izquiatolli. Atole (tizana) hecho con una parte de maíz tostado o una de maíz cocido al que se le agregaba chile. Bebido para los que "siempre están tristes" por el exceso de atrabilis.

Oceloxochitl (Tigrida pavonia). Se toma la raíz mezclada con agua para las "tristezas del corazón"

Yolopatli (sin clasificar). Las raíces tomadas al acostarse curan la melancolía.

Yolcocolpatli (sin clasificar) Se toma contra la tristeza.

c). PSICODISLÉPTICOS.

Caquiztli (Solanum macrathrum). Tomada produce locura

Metl (Agave atrovierens). Se extrae el pulque que embriaga.

Ololiuhqui (Rivea corymbosa). Las semillas molidas e ingeridas son alucinógenas.

Pacietl. Inhalado el humo, produce embriaguez.

Poyomatli (sin clasificar). Es una especie de helecho. Ingerido para adivinar.

Zacatechichi (Calea zacatechichi). Las hojas secas se fuman antes de dormir para tener sueños adivinatorios.

d). ANSIOLÍTICOS.

Ocopetatl (*Polypodium crassifolium*). Las hojas machacadas con agua eran utilizadas para "disipar los vanos temores y mitigar la tristeza".

Zazalicpatli (*Artemisa mexicana*). Molida y mezclada con agua se ingiere y "hace arrojar la cólera". Además sirve para calmar "las angustias del corazón".

e). HIPNÓTICOS¹.

Cochitzapotl (zapote blanco). Fruto que ingerido producía sueño. En la actualidad se han obtenido de la semilla dos sustancias que son potentes hipotensores.

Xochicotzoquahuil (*liquidambar styraciflua*). Mezclando la goma con los tabacos y aspirándola se producía sueño.

Pinahuihuitztl (*Mimosa sensitiva*). Se aplicaba directamente a la cabeza para producir sueño.

¹ Para conocer el significado de esta palabra y de otros términos empleados en este capítulo se sugiere consultar el anexo No 4 .

f). DESFATIGANTES O ESTIMULANTES.

Ahoaton (*Pernettya ciliata*). Se cocía la raíz y se bebía como agua de uso para quitar el cansancio.

Picietl (*Nicotinae rústica*). El polvo de las hojas secas aspirado por la nariz aumenta el vigor y masticadas las hojas volvía a los hombres prontos y ágiles para cualquier ejercicio.

Xochiocotzotl (*Liquidambar styraciflua*). Metían la goma en unos canutos, la encendían e inhalaban el humo para embotar el cansancio.

Por lo tanto el hombre desde la antigüedad ha tenido el deseo y necesidad de modificar su conducta, el nivel de su conciencia y su estado de ánimo. En estas culturas primitivas existía diferentes limitaciones sociales, religiosas y culturales para los hombres como para las mujeres. En el aspecto religioso el uso de dichas sustancias se practicaban para ciertos tipos de rituales y en determinadas ceremonias.

Dichas sustancias solían tener una pequeña concentración de un principio activo; éste al ser elaborado muy rústicamente y ya que su consumo era de forma oral, daba lugar a una absorción lenta y progresiva originando una rápida metabolización y eliminación en el organismo.

En la época moderna con el descubrimiento de la jeringuilla hipodérmica a mediados del siglo XIX fue posible la administración directa al torrente circulatorio de algunas sustancias. En la actualidad lo anterior se ha visto modificado con la aparición de formas de consumo de drogas altamente dañinas.

II.2. DEFINICIÓN DE DROGODEPENDENCIA Y ASPECTOS GENERALES DE LA FARMACODEPENDENCIA.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1964 define el término de drogodependencia: "Estado psíquico y a veces físico, resultante de la interacción de un organismo vivo y una droga, caracterizado por un conjunto de respuestas comportamentales que incluyen la compulsión a consumir la sustancia de forma continuada con el fin de experimentar sus efectos psíquicos o en ocasiones, de evitar la sensación desagradable que su falta le ocasiona. Los fenómenos de tolerancia pueden estar o no presentes. Un individuo puede ser dependiente de más de una droga".

En el DSM- IV la gravedad de la dependencia no se valora en función del tipo de droga ni de la cantidad consumida, sino a partir de la presencia de

ciertos síntomas, del deterioro conductual y del grado de interferencia que estos síntomas producen en la vida laboral y social del individuo.

El Real Colegio de Psiquiatría Británico formula en 1987 una definición operativa: "Se entiende por abuso cualquier consumo de droga que dañe, o amenace con dañar, la salud física, mental o el bienestar social de un individuo, de diversos individuos o de la sociedad en general. Así mismo, se considerará abuso el consumo de cualquier sustancia clasificada como ilegal".

En castellano, se entiende por "droga" toda sustancia farmacológicamente activa sobre el sistema nervioso central que, introducida en un organismo vivo, puede llegar a producir alteraciones del comportamiento, incluyendo determinados medicamentos capaces de producir estados de abuso o dependencia, sustancias de uso legal como el tabaco o las bebidas alcohólicas, y sustancias de uso doméstico o laboral como los solventes volátiles.

En México y en el mundo es mucho lo que se desconoce acerca del consumo y abuso de drogas en niños y adolescentes; los expertos han comenzado a estar de acuerdo en el fenómeno de las drogodependencias en estas edades y han encontrado cuatro aspectos generales:

1. **El aumento de neonatos con síndrome de abstinencia.**
2. **El notable descenso de la edad de inicio** en el consumo situándose como media en torno a los quince años.
3. **La preferencia por consumir en grupo** y en ambientes festivos.
4. **La preferencia del uso y abuso de alcohol**, sólo o asociado con otras drogas.

Confrontando lo anterior con estudios realizados por Mendoza (1989) o Young (1992), en España se puede afirmar que el incremento del uso abusivo de las drogas en adolescentes es un fenómeno real y de aparición relativamente reciente.

En la Ciudad de México, de los cuatrocientos setenta y ocho mil quinientos alumnos que estudian en las escuelas secundarias de la Ciudad de México un nueve por ciento utilizan algún tipo de estupefaciente, de acuerdo con la más reciente Encuesta sobre Uso de Drogas que realiza el Instituto Mexicano de Psiquiatría.

De acuerdo a este informe, actualmente alrededor de cuarenta y tres mil alumnos que cursan el nivel educativo medio básico han consumido o consumen algún tipo de droga. El estudio revela que la droga de mayor uso

entre alumnos de secundaria son los inhalantes, con un cuatro por ciento de total de la población. Le siguen de preferencia la marihuana y los tranquilizantes, ambos con un tres por ciento, y la cocaína con un dos por ciento. El Instituto señala que este dato es muy importante, ya que establece que en el nivel de secundaria la droga de mayor riesgo son los inhalantes, es decir que los alumnos de nivel medio básico, en la mayoría de los casos, emplean solventes para drogarse por primera vez.

En la siguiente tabla N°1. se encuentran algunos de los términos más sobresalientes del Cemento y Sustancias Inhalantes:

Flexo	laca	cementazo
cemento	sellador	cimiento
pasta	gasolina	mentón
FZ 10	pegol	mentol
thiner	duco	chemón
aguarrás	flexón	chol
elevón	cemen "c"	alcohol
pomo	vitamina "C"	pochola
chucho	coca cola	choper
cruz azul	coca linda	chancho
chemo	globazo	chuchazo
mento	bolsazo	huarachosa
miel	tolteca	goma
flan	jalón	mostaza
nestlé	activador	atole
mensolina	lagrimazo	barniz
toque	resistol	chicle

A continuación en la Tabla N° 2. se hace mención de algunos calificativos de los usuarios de Cemento e Inhalantes:

Tabla N° 2.

Moto	flexómano	aspirante
viajar	anda flexo	sorbeando
onda cemento	onda flexo	sorbete
drogado	chavo cruz azul	oxigenarse
acelerado	chaco tolteca	domido
macizo	globero	lagrimoso
tocado	cementerio	colgado
zapatero	cemento	entonado
cementol	tineroso	azotado
encementado	al punto	astral
cementerio	andar chacopaleando	ahogado
mento	darse un toque	foco
vaporoso	gasolino	alucinado
pasto	chavo mostaza	grifo
cocas	andar con chucho	pasado
tinero	tinaco	flamero
flexeando	vicioso	soplador
oloroso	pasarse el pomo	flexis

Existen varios términos o expresiones de esta subcultura que utilizan los usuarios de todo tipo de drogas cuando conviven con algún sujeto que presenta la misma dependencia y son los siguientes :

- * Quemar la paja: fumar marihuana.
- * Refinar: tomar piloncillo o algo dulce mientras se fuma o después de hacerlo.

- * Café con pastas: marihuana con pastillas.
- * Agarra tu patín y elévate: adáptate e intoxícate.
- * Darle las tres: aspirar tres veces marihuana.
- * Azotarse: estar fuera de lugar.
- * Cincho: simón sidral: afirmación.
- * Alivianarse: relajarse y estar alegre.
- * Espulgar: quitar las semillas a la marihuana.
- * Javier: policía.
- * Aguador: el que vigila.
- * Forjar: preparar la marihuana o la droga en general.
- * Forever: que no puede liberarse ya de las drogas.
- * Carrera de motos: competencia de fumadores de marihuana.
- * Erizo: el que no ha probado o el que no trae droga.
- * Cansado: que le hace falta la droga.
- * Pirarse: fugarse.
- * Pasar el pomo: convidar thinner.
- * Macizo o grueso: persona adicta o traficante muy involucrado con las drogas.
- * Apañar la centaviza para la marinola: conseguir dinero para la marihuana.
- * Amarre: preparar el cigarrillo de marihuana.
- * Cruzarse o cruceta: usar dos o más drogas simultáneamente.
- * Madrina: el que ayuda a la policía.

Existe un reporte elaborado por la Secretaría de Educación Pública, donde menciona que en el Distrito Federal existen 470 escuelas calificadas como problemáticas por su incidencia delictiva, en donde uno de los ilícitos en que se incurre es la venta de drogas. La delegación que tiene el mayor número de escuelas en focos rojos es Benito Juárez, con 109; seguida por Miguel Hidalgo, con 81; Iztacalco, con 59; Cuauhtémoc, con 42, y el resto con menos de 40 (<http://www.vivesidroga.org.mx/notas /190600.htm>).

En el último Reporte de Información en Drogas el Instituto Mexicano de Psiquiatría, en su vigésima sexta evaluación correspondiente al mes de junio de 1999, captó un total de 696 casos (usuarios de drogas). Las instituciones que registraron en mayor número de casos fueron: Centros de Integración Juvenil (303), Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (103), Dirección General de Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal (103), Centro de Tratamiento "Dianova" (59); Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" (47) y el Centro contra las Adicciones (38).

Se observa que el orden de consumo para las drogas estudiadas clasificadas en drogas médicas, no médicas y socialmente aceptadas es el siguiente:

Dentro de la categoría epidemiológica "alguna vez en la vida", las drogas médicas de mayor consumo son: **sedantes** 10.3 %, **tranquilizantes** 8.6% y las **anfetaminas** 3.6%; otras drogas médicas que no fueron reportadas específicamente representan el 9.1%. Las drogas no médicas de mayor consumo son: **cocaína** 67.2%, **mariguana** 64.7%, **solventes inhalables** 39.1% y en menor porcentaje **alucinógenos** 7.6 % y **heroína** 1.4%. Para el caso del **alcohol** y el **tabaco** los porcentajes son 61.4% y 33.6% respectivamente.

Para la venta y distribución de la **cocaína** y la **mariguana** entre los usuarios utilizan los siguientes términos (tablas N° 3 y 4).

Tabla N° 3.

Coca	azúcar	pepsicola
nieve	glacis	cocada
pericazo	nice	coco
cocacolo	arponazo	talco
polvo	cotorra	blanca nieves
perico	cucharazo	alucine
tecata	pase	acelere
cocazo	chutazo	marizazo
doña blanca	aliviane	knife

Tabla N° 4.

Alfalfa	petate de soldado	yerba del diablo	rollo
café	pot	yerba santa	cartucho
campechana verde	toque	yerba verde	té
canabis	verdosa	yerbabuena	cris
coffe	yerba	yesca	mafufa
de la buena	zacate	guato	orégano
diosa verde	marinola	bailarina	grilla
flor de juana	mariquita	epazote	chester
golden	mary jane	pochola	chupe
grass	maty popins	gavos	pitillo
grifa	mora	queta	pito
hoja verde	mostaza	chiclona	archicalada
jani	monstruo verde	chíchara	mani
joint	mota	yerba de oro	fitoca
juana	oro verde	cañamo	jefferson
juanita	pasto	flauta	habanita
la verde	pastura	bacha	carrujo
margarita	pepita verde	mariquita	huato
mari	petate	güera	tronadora
María	mary jane	cara	kris kras
marinana	mary popins	marinola	

** "Glosario Juvenil en Relación a la Farmacodependencia". S.A.A. México, 1973.

En cuanto al tipo de drogas médicas más utilizadas, el **Rohypnol** fue consumido por el 48.3 % de los usuarios de sedantes. Entre las drogas no médicas se observa que el 25.6% de los usuarios de inhalables usan el **activo** y el 18.2 % el **thiner**. En relación con la **cocaína** es importante mencionar que el 9.8% de los usuarios que la consumen reportan el uso de **crack**.

A los usuarios de la **cocaína** se les califica o reconoce de la siguiente manera (Tabla No 5).

Tabla N° 5.

Coco	pericoso	cocaíno
arponero	cotorro	cocal
alivianado	inyecto	tinacoco
tecató	ticato	periquero
pasado	torero	nieves
cocacolo	cucharo	vicioso
pericazo	acelerador	drogado
cocainómano	viajero	cocotero
una coca viajando	anda para arriba	coqueto
cocodrilo	en onda	anclado
chutado		

(En el anexo 4 se encuentra un glosario de términos relacionados con las adicciones).

Existen varios factores de riesgo o problemas que los usuarios perciben y que están asociados antes y después de iniciar el consumo de drogas entre estos destacan los de **tipo familiar** (la desintegración familiar, los antecedentes del consumo en la familia y los problemas de vínculo afectivo) 69.7% y 57.4% respectivamente; enseguida se encuentra el **psicológico** 27.7% y 32.6% (se identificó la poca tolerancia a la frustración y los problemas de autoestima); el

académico 19.9% y 20.3% (problemas de aprendizaje) y por último el **económico** 18.9% y 19.9%.

El perfil sociodemográfico de los usuarios en las instituciones corresponde en su mayoría a hombres solteros y de nivel socioeconómico y medio y bajo cuyo nivel promedio de estudios es de Secundaria y que se desempeñan como empleados y comerciantes. Es importante señalar que existe un alto porcentaje de usuarios desempleados.

La curiosidad, la invitación, el olvidarse de los problemas y la influencia de amistades fueron los principales motivos por los cuales los usuarios tuvieron el primer contacto con la droga.

Las drogas en las que los usuarios se inician a edades más tempranas son el alcohol y el tabaco: quince y dieciséis años respectivamente; los inhalables y la marihuana: dieciséis y diecisiete años. Y las drogas con que se inician a mayor edad son la cocaína, la heroína, otros opiáceos, los tranquilizantes y los sedantes esto es, aproximadamente entre los dieciocho años y los veinte años de edad.

Con base en lo anterior parece indiscutible que la adolescencia se ha ido constituyendo progresivamente como una edad de alto riesgo para el uso o abuso de sustancias adictivas.

Similarmente los especialistas se han encontrado con la paradoja de que el consumo de alcohol sostenido como conducta alcohólica decrece en el adolescente mientras aumenta el consumo esporádico y compulsivo de alcohol asociado o no a otras sustancias, como Haschís, Cocaína, Psicotrópicos y otras drogas más modernas, las llamadas "de diseño".

Respecto a otras posibles causas, se pueden agrupar los factores etiológicos en tres grupos: biológicos, psicológicos y sociales. Los estudios sobre aspectos biológicos especialmente con gemelos y niños adoptados, permiten afirmar que existen factores de vulnerabilidad personal, de facilitación genética familiar y de transmisión disposicional.

En cuanto a los aspectos psicológicos individuales, cabe señalar que los jóvenes consumidores evidencian baja autoestima, mayor ansiedad y menor capacidad de control, con desplazamiento de Locus de Control, comparados con jóvenes no consumidores o abusadores (Kandel, 1978).

Rodríguez - Sacristán y Aguilar (1995) concluyen que la conducta de consumo y abuso de drogas es una "estación término" a la que se logra llegar por diversos caminos, para lo cual existe una cierta determinación biosocial que integra las diversas formas de aprendizaje de una personalidad en pleno desarrollo sujeta a fuertes presiones sociales.

II.3. INHALANTES Y SOLVENTES VOLÁTILES.

A partir de los años setenta se detectó un incremento de consumo y abuso de los inhalables o sustancias volátiles entre preadolescentes y adolescentes por lo que esta adicción empezó a conocerse popularmente como "de pantalón corto" encontrándose una prevalencia de consumo de casi un 90 por 100 atribuida a dos factores: 1) la amplia gama de productos utilizables, y 2) su fácil adquisición o acceso a ellos.

Así, pueden servir como inhalantes las lacas para uñas, disolventes, quitamanchas, insecticidas, pintura, pegamentos, barnices, gasolina de coche, desodorantes, aerosoles etc., en suma todo lo que contenga acetona, alcohol butílico, tolueno o bencina que además se puede encontrar en el propio domicilio (León Fuentes, 1991).

DEFINICIÓN:

Se conoce como **sustancias inhalables** a una serie de sustancias químicamente diversas, pero caracterizadas todas por tratarse de gases, líquidos volátiles o aerosoles que, al ser absorbidos por la vía pulmonar, producen alteraciones de la conciencia y de las funciones mentales. En general, se trata de diversos productos volátiles de uso casero, comercial o industrial, tales como gasolina y otros derivados del petróleo; pegamentos y adhesivos; pinturas, lacas y tñeres, líquidos limpiadores y quitamanchas; tinturas de zapatos; fluidos para encendedores; líquidos para frenos, y todo tipo de aerosoles.

II.3.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LOS INHALANTES.

La capacidad de la absorción por el pulmón de gases y líquidos volátiles se conoce desde tiempos prehistóricos, debido a los efectos inmediatos logrados por la rápida absorción a través de la superficie epitelial del pulmón y las membranas mucosas de las vías respiratorias; lo anterior ha sido conocido y explotado por diferentes civilizaciones.

En tiempos prehistóricos, y también en los primeros años de la colonización, el tabaco se utilizó como un agente de alteración mental, en

contextos mágicos - religiosos por parte de grupos indígenas de América, tanto en las selvas tropicales como en el Caribe y la región Andina. Su vía de administración fue diversa: fumado, masticado, absorbido en forma líquida o inhalado. Además del tabaco, algunas otras sustancias como los cactus alucinógenos fueron inhaladas por los indios americanos.

En la Grecia antigua, en Delfos, se utilizaba un método sofisticado: la Pitonisa, una anciana, invocaba el don de la profecía sentada sobre un trípode colocado sobre una roca de la cual emanaba bióxido de carbono. Estas emanaciones, al ser inhaladas facilitaban la aparición de un estado de trance. Otro procedimiento fue el tostar, en un recipiente de cobre, hojas sagradas de laurel y proporcionárselas a la Pitonisa para que inhalara y repetir el trance y la incitación profética.

Otros productos inhalables abarcan el óxido nitroso, el éter y el cloroformo, cuyo principal objetivo es la analgesia y la anestesia.

Antes de que el éter se empezara a usar en medicina como anestésico general (dietil éter) en E.U.A. los estudiantes de medicina ya solían inhalarlo debido a la euforia que produce. En el siglo XIX en la provincia irlandesa de Ulster se acostumbraba beber éter.

En Austria, Hungría y en el este de Prusia en el siglo pasado era usual inhalar éter y mezclarlo con bebidas alcohólicas. Después de la primera guerra mundial se puso de moda en Europa asistir a las "fiestas de éter".

Los disolventes volátiles (denominados en la literatura mundial inhalantes, inhalables, solventes) incluyen como grupo químico a algunos hidrocarburos aromáticos y alifáticos que forman un amplio grupo de sustancias destinadas fundamentalmente al uso industrial, cuyas fórmulas y estructuras varían, pero que no obstante comparten características farmacológicas en relación con su consumo para fines tóxicos.

En las últimas décadas han comenzado a utilizarse diversos productos volátiles de uso casero, comercial o industrial, tales como pegamentos, pinturas, removedores de pintura, barnices, tñeres, quitamanchas, fluidos de transmisión o frenos, ceras líquidas, quitaesmaltes, líquidos para encendedores, refrigerantes, pinturas de zapatos, gasolinas y otros productos de aerosol; son los productos de mayor abuso para producir estados de intoxicación.

Es conveniente diferenciar entre el concepto popular y el concepto farmacológico de "fármaco o droga". Desde el punto de vista farmacológico, un fármaco es toda sustancia, fuera de las naturalmente necesarias para el

desarrollo y el mantenimiento del organismo (agua, oxígeno, alimentos), que por su naturaleza química, modifican las funciones y la estructura de los organismos vivos. Esta definición incluye evidentemente a los inhalantes.

Pero el concepto popular de fármaco se refiere, no solo a la capacidad que posee una sustancia de actuar sobre el organismo, sino también a su uso intencional con el fin de modificar el funcionamiento y la estructura del organismo. Tales productos están compuestos principalmente de nafta, destilados del petróleo, etilacetato, metil - etilcetona, tolueno, metil - isobutilcetona, metil - celoselveacetato. Clorhidrato de metileno, metanol, acetona, benceno, tricloroetileno y xileno.

Los inhalantes se pueden clasificar en cuatro grandes grupos:

1. **Colas:** Contienen acetona, acetato de etilo (depresores del SNC sin toxicidad crónica), metiletilacetona (puede ocasionar neuritis óptica retrobulbar), hexano (ocasiona polineuritis) y benceno (tóxico para la médula hematopoyética).
2. **Disolventes:** Están integrados por quitamanchas y diluyentes de pintura que contienen acetona, tolueno y acetatos alifáticos.

3. **Anestésicos volátiles:** El éter y el tricloroetileno son los más comunes.

4. **Aerosoles:** Compuestos generalmente a base de fluorocarbono.

(M. Casas., P.Duro. y C. Pinet. 1995).

Por razones fundamentalmente económicas los utilizados con mayor frecuencia en México son los solventes orgánicos, compuestos derivados del carbón o del petróleo, cuyo propósito es dar apoyo a la actividad diaria en la industria y en el hogar.

Uno de los primeros trabajos psiquiátricos que describieron la Farmacodependencia por inhalación de gasolina fue el de Clinger y Johnson (1951). En este artículo, los autores describen el caso de un adolescente negro de dieciséis años, que fuera internado en 1946, por un cuadro de inhalación compulsiva de gasolina. La indagación de su historia reveló que su hábito había comenzado a los seis - siete años por imitación de su hermano mayor y de otros niños del vecindario.

En 1976, CEMEF y NIDA llevaron a cabo en la Ciudad de México el PRIMER simposio sobre Inhalación Deliberada de Solventes Industriales (Contreras Pérez, 1977).

Cohen (1977_a y 1977_b), uno de los pioneros en la investigación social del fenómeno, ha mostrado que las características de los solventes, al ser fáciles de adquirir, de bajo costo, y de no estar penados legalmente en su uso y ser efectivos exaltadores del ánimo, se convierten en la droga preferida de los marginados pobres.

Berry et al. (1977) han demostrado el enorme costo social que implica que los niños pertenecientes a grupos minoritarios participen en esta Farmacodependencia.

Carroll E. (1977) subrayó la importancia de los estudios epidemiológicos que permitieron, con esta metodología, identificar los posibles perfiles de los usuarios en cuanto a edad, sexo, raza y grupos étnicos y conocer de este modo las variables psicológicas y sociales que estaban involucradas en el abuso de inhalantes.

Korman (1977) y Korman et. al. (1977) han descrito algunas características del inhalador, como la presencia de descontrol emocional y conductual y presencia de defectos cognoscitivos, y en cuanto a las familias, observó que eran pertenecientes a grupos minoritarios, frecuentemente hispanos y con desorganización familiar.

Natera. G. (1977) y Berriel González et al. (1977), a través de estudios epidemiológicos en México, mostraron que la edad de inicio es muy temprana, antes de los catorce años y que los adictos son generalmente sujetos marginados, que no desempeñan ninguna actividad; se presenta predominantemente en hombres.

II.3.2. VÍAS DE ADMINISTRACIÓN.

Este concepto se refiere a las rutas o formas de acceso al organismo, a través de las cuales los Psicotrópicos generan sus efectos, ya que todos ellos como su nombre lo indica, actúan sobre el Sistema Nervioso Central.

Es importante considerar la existente relación estrecha entre la vía de administración y la posibilidad de que se genere dependencia, pues en general las vías de administración que producen un tránsito más rápido y eficiente del fármaco al Sistema Nervioso Central, tiende a incrementar la posibilidad de un patrón escalonado de uso, que puede conducir a una adicción crónica.

En los inhalantes o solventes la forma de inhalación que por lo general se repite con intervalos de cinco a quince minutos durante horas, incluye un medio que permite que los gases o emanaciones de los solventes se acumulen y

puedan ingresar a los pulmones al ser respirados de las emanaciones de una fuente.

Esta puede ser a partir del frasco, a través de un tapón embebido que se mantiene junto a la nariz, o bien vertiendo el producto en una bolsa de plástico, un paño o estopa, una tela o un recipiente, cáscaras de naranja etc. Una vez inhaladas pasan rápidamente de los pulmones a la sangre y alcanzan los tejidos fuertemente vascularizados, como el cerebro y el hígado. Es importante señalar que todos los solventes atraviesan la barrera placentaria. Esta actividad se lleva a cabo, por lo común, en grupo y ocasionalmente la practica un individuo en forma aislada.

Los Disolventes Volátiles como el: Naftaetilacetato, Metiletilisobutelino, Acetona, Benzol, Tricloretileno, Tolueno, Benceno, Xileno; la duración de sus efectos es 1 ó 2 horas (Díaz Barriga S.L.; Clasificación y Farmacología de las Sustancias Psicoactivas. Mecanograma. Centros de Integración Juvenil. A.C. México, 1996).

**II.3.3. FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL USO,
USO NOCIVO Y ABUSO DE PSICOTRÓPICOS Y OTRAS
SUSTANCIAS DE ABUSO.**

Alcoholismo materno, paterno o de ambos.
Uso familiar episódico intenso de alcohol o Psicotrópicos.
Historia familiar de alcoholismo.
Historia familiar de conducta antisocial.
Antecedentes de abuso infantil intrafamiliar o extrafamiliar.
Familiares con escasas habilidades paterno filiales.
Dificultades en las relaciones familiares.
Uso de Psicotrópicos en los hermanos.
Uso familiar de Psicotrópicos.
Uso de Psicotrópicos por los mejores amigos.
Deficiencia y escaso aprovechamiento escolar.
Enajenación y rebeldía.
Psicopatología, especialmente depresión.

Alteraciones conductuales como la vagancia, baja empatía hacia los demás, poca tolerancia a la frustración, búsqueda constante de nuevas sensaciones, inestabilidad al castigo etc.
Desorganización estructural - funcional en la comunidad.
Conducta antisocial.
Baja o nula religiosidad.
Confusión y pérdida de valores.
Uso de alcohol y experimentación con Psicotrópicos a edades tempranas.
Conductas sexuales precoces.

Modificado de Schydlower M. Role of the pediatrician in prevention and management of substance abuse. *Pediatrics* 1993; 91: 1010 -1013

II.4. TRASTORNOS RELACIONADOS CON INHALANTES.

En la cuarta edición del Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders (DSMIV), la categoría de trastornos relacionados con inhalantes incluye los síndromes psiquiátricos que son producto de la inhalación de disolventes, pegamentos, adhesivos, aerosoles, pinturas y combustibles etc.

Los Trastornos relacionados con inhalantes según el DSM IV son:

Intoxicación por inhalantes.
Delirium por intoxicación por inhalantes.
Demencia persistente inducida por inhalantes.
Trastorno psicótico inducido por inhalantes, con alucinaciones
Trastorno del estado de ánimo inducido por inhalantes.
Trastornos de ansiedad inducido por inhalantes.
Trastorno relacionado con inhalantes no especificado.

Reproducido con permiso. DSM - IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson. Barcelona, 1995.

II.4.1. CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE INTOXICACIÓN POR INHALANTES.

A. Consumo reciente intencionado o breve exposición a dosis altas de inhalantes volátiles (excluyendo los gases anestésicos y los vasodilatadores de acción corta).

B. Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (beligerancia, violencia, apatía, deterioro del juicio,

deterioro de las actividades social o laboral) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo o exposición a inhalantes volátiles.

C. Dos (o más) de los siguientes signos, que aparecen durante o poco tiempo después del consumo o exposición a inhalantes:

mareo	retraso psicomotor
nistagmo	temblores
incoordinación motora	debilidad muscular generalizada
lenguaje farfullante	visión borrosa o diplopía
marcha inestable	estupor o coma
letargia	euforia
disminución de los reflejos	náuseas

Reproducido con permiso. DSM - IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson. Barcelona, 1995.

II.4.2. DETECCIÓN DE ALGUNOS FACTORES EN LA FAMILIA CON ALGUN MIEMBRO USUARIO DE DROGAS.

Se han realizado diversos estudios con familias de pacientes adictos y se ha detectado una gran constelación de elementos que sugieren la

importancia que la familia desempeña en la génesis y perpetuación de las adicciones en algún miembro de la familia, entre ellas destacan:

- * La madre está involucrada en una relación indulgente, apegada, sobreprotectora y abiertamente permisiva con el adicto que ocupa la posición de un hijo favorecido. La madre declara que fué "el hijo más fácil de criar" y generalmente "era bueno cuando niño".
- * Las madres de los adictos tienen necesidades simbióticas y se "atoran" en una edad temprana de la crianza de este hijo y tienden a aferrarse a él y tratarlo como si fuera menor de lo que es.
- * La experiencia de euforia del adicto se considera como análoga a un apego o función simbiótica con la madre, una especie de saciedad regresiva infantil. A través de la droga el adicto puede ser apegado e infantil y ciertamente no autónomo.
- * La droga puede funcionar de manera simbólica sobre la incompetencia del adicto y su consecuente incapacidad para abandonar a la familia, o la incapacidad de la familia para liberarlo.
- * La mayoría de los adictos mantienen estrechos lazos familiares. Por lo menos dos tercios de ellos y menores de 35 años, viven con la gente que

los crió, manteniendo por lo menos un contacto semanal con sus figuras parentales.

- * Las relaciones de matrimonio o unión libre en que se involucran los adictos, son una repetición de las relaciones del núcleo familiar originario, con roles y patrones de comportamiento similares a las vistas en el progenitor del sexo opuesto.
- * Aunque el adicto intenta huír hacia el matrimonio, a menudo existe atracción o aliento para regresar con la familia de origen.
- * Tanto el adicto como su familia le temen a la separación, se trata pues de un proceso interdependiente, donde el fracaso sirve como función protectora para mantener la cercanía familiar.
- * La presión es tan poderosa que la familia soporta e incluso alienta las mentiras, robos y otras conductas en vez de adoptar una posición firme.
- * Cuando el adicto empieza a triunfar en su trabajo, en sus relaciones matrimoniales o en el tratamiento, se encamina en cierto modo hacia el abandono de la familia; lo interesante es que en estas situaciones se presenta una crisis o un conflicto familiar: posible separación de los padres, riñas entre ellos, emergencia de otro hermano problema, etc. y en

consecuencia el adicto retoma su conducta de fracaso y posteriormente los problemas familiares se disipan.

II.4.3. SIGNOS EN EL ADOLESCENTE QUE SON INDICATIVOS DE POSIBLE CONSUMO DE DROGAS.

- * Repetidamente se levanta y llega tarde, a clase, a algún entrenamiento, etc.
- * Falta a clase o se escapa del salón con frecuencia.
- * Su rendimiento académico se deteriora.
- * Presenta problemas de retención y de juicio.
- * Inicia pleitos frecuentes con sus amigos y discute constantemente.
- * Descuida su apariencia, muestra desaliño inusual.
- * Es hostil con los que le rodean.
- * Se aísla de la familia, tiene cambios bruscos de humor.
- * Se involucra en peleas, robos.
- * Cambia muy seguido de amigos.
- * Tiene dificultad para conciliar el sueño.

- * Llega a casa con aliento alcohólico o masticando chicle o pastillas de menta.
- * Constantemente encuentra excusa para quedarse en casa de algún amigo.
- * Persiste en sentirse deprimido.
- * Se irrita de manera descontrolada por situaciones relativamente sencillas.
- * No encuentra gusto en las diversiones y actividades propias de su edad.
- * Baja de peso considerablemente.
- * Falta de apetito, no encuentra sabor a los alimentos o como en exceso, especialmente alimentos dulces.
- * Presenta problemas de falta de concentración.
- * Desorientación en el tiempo, espacio o en relación a las personas.
- * Irregularidad en la menstruación.
- * Tos crónica, fatiga, falta de vitalidad.
- * Desinterés o apatía por lo que antes le entusiasmaba, como practicar algún deporte.
- * Protege exageradamente su habitación y sus cosas personales o parece esconderse.

- * Se niega contantemente a decir con quién va o a dónde va.
- * Utiliza lentes de sol inadecuadamente, se cubre demasiado aun cuando el clima sea caluroso.
- * Desaparición de botellas de alcohol o disminución del contenido en las mismas.
- * Incidencia de accidentes y daño a su persona.
- * Entre sus pertenencias se encuentre objetos relacionados con el uso de droga como pipas, varas de incienso, papeles para cigarro.
- * Su lenguaje incluye el uso de la jerga relacionada con las drogas.

CAPITULO III. LOCUS DE CONTROL

III. I. DEFINICIÓN DE LOCUS DE CONTROL.

Para poder puntualizar la dirección de la conducta o tratar de predecir específicamente lo que es el ser humano, es obligatorio un conocimiento de los estímulos presentes, tanto internos como externos; así como el significado y los valores dados a dichos estímulos, recordando que estos estímulos pueden ser aprendidos o adquiridos.

De acuerdo con la Teoría del Aprendizaje Social, la conducta del hombre está determinada por sus objetivos. La conducta es siempre direccional. Un individuo responde con aquellas formas de conducta que ha aprendido y lo conducen a una situación con mayor o menor agrado. Cada sujeto asocia progresivamente ciertos objetivos y condiciones internas con satisfacciones innatas o no aprendidas.

La potencialidad de que una conducta dada o un conjunto de conductas que ocurren en una situación específica depende de la expectación

que tiene el individuo de que la conducta lo llevará a una meta o satisfacción particular; del valor que la satisfacción tiene para él y de la relativa fuerza de otras conductas potenciales en la misma situación.

Desde el punto de vista de la Teoría del Aprendizaje Social, no sólo es necesario investigar la conducta del individuo, sino también sus esperanzas y los valores que pone en las diferentes metas. Es importante saber cómo cambian esas esperanzas de una situación a otra, y cómo el obtener un conjunto de satisfacciones entra en conflicto con otro.

El Locus de Control es un constructo que ha sido concebido por varios autores de distintas maneras.

La Teoría de Locus de Control propuesta por Rotter y Mulry (1965) parte de la Teoría del Aprendizaje Social y consiste en un rasgo de personalidad en que el individuo percibe el control del reforzamiento de su conducta en forma interna o externa a él. El locus es la localización de la causa, la cual puede estar en la persona o fuera de ella, control interno o externo respectivamente.

"Se ha identificado al Locus de Control como una de las muchas causas que se atribuyen al éxito o fracaso de la conducta del individuo. El

mismo estímulo o reforzamiento puede ser percibido de manera diferente y esto es lo que da variedad de conductas. Uno de los determinantes de esta variedad de conductas es el grado en el que un individuo percibe o no una relación causal entre su comportamiento y la recompensa” (Ruiz, 1994).

Seeman, Liverant y Rotter (1962) utilizan el concepto de Locus de Control de Reforzamiento como la relación personal que se percibe entre las propias conductas, el comportamiento o a las características personales y el reforzamiento percibido. Por lo que las personas que perciben el reforzamiento como dependiente de sus acciones, habilidades, capacidades y conductas tienen un Locus de Control Interno; y quienes asocian el resultado de sus conductas con factores ambientales, independientes de su conducta, a su suerte o al poder de otros tienen un Locus de Control Externo.

En la “Teoría del Aprendizaje Social de Rotter” (1966) se analizan los efectos del reforzamiento, y se considera que un reforzamiento actúa para fortalecer la creencia de que una conducta o evento particular será seguido por ese reforzamiento en el futuro. En la secuencia de conducta – reforzamiento, si no ocurre el reforzamiento, se reduce o se extingue la expectativa de conducta (Gutiérrez, 1989).

Al inicio de sus investigaciones, Rotter (1954) hace referencia a la conducta cuyos reforzamientos provienen de la conducta de otras personas, en donde busca establecer los principios que gobiernan los procesos en la conducta de elección(Ruiz,1994).

Enevoldsen J. (1995) hace un análisis cuidadoso acerca de las diferentes propuestas que se han hecho sobre el constructo Locus de Control desde la concepción de varios autores, entre ellos, Bandura (1977), Kobasa (1979), Seligman (1975) y Rotter (1966 y 1982). Las dos primeras teorías, de Bandura y Kobasa, se mencionan por estar relacionadas en algunos aspectos con la de Rotter (1966), autor que elaboró la Escala Locus de Control Interno - Externo, conocida como Escala de Rotter.

Bandura (1977) postula que el desarrollo del self y del sentido de si mismo empieza antes de nacer y continúa a través de toda la vida. El self se llega a percibir conforme la persona se desarrolla psicológica y fisiológicamente. También durante el desarrollo del self, se internalizan las respuestas del medio, mismas que son percibidas al interactuar con otros y con el propio entorno.

Asimismo las respuestas a las interacciones del medio son influidas por la síntesis de percepciones, sentimientos y creencias. La teoría de Bandura se basa en la autoeficacia, la cual se define como la creencia o expectativa de que la persona puede ejecutar exitosamente una conducta específica requerida para producir un resultado específico.

Bandura (1977, 1986) definió dos clases de expectativas: eficacia y resultado. La expectativa de eficacia es la creencia de que uno puede llevar a cabo exitosamente una conducta que evocará el resultado deseado del entorno. El grado de creencia determina cuánto esfuerzo invertirán las personas ante algún obstáculo. La expectativa de resultado es la creencia de que las conductas específicas llevarán a resultados específicos.

Las expectativas de eficacia varían en magnitud, fuerza y generalidad. La magnitud es la dificultad de la tarea a ser realizada y varía según la situación. La fuerza representa el grado de confianza que uno tiene con respecto a la conducta a ser realizada. La generalidad es el grado en que la autoeficacia se generaliza de una situación a la otra. La autoeficacia, además es específica para cada dominio conductual. Los altos dominios de eficacia no pueden ser generalizados a altos niveles de autoeficacia en un amplio rango (Bandura, 1986); (Mac. Auley, Courneya y Lettunich, 1991).

La autoeficacia es una creencia aprendida y cognitiva. Bandura (1977, 1986) definió cuatro categorías que promueven el desarrollo de la autoeficacia:

- a) El desempeño previo de la conducta.
- b) Observaciones de otros modelando la conducta.
- c) El aliento de los demás.
- d) La excitación visceral o autónoma cuando se lleva a cabo la conducta.

Kobasa (1979) desarrolló el concepto de fortaleza al estudiar la relación entre el estrés y las enfermedades. El concepto de fortaleza se deriva de conceptos existenciales que:

- a) Contemplan el estrés como un reto en la toma de decisiones.
- b) Enfatizan la responsabilidad y la decisión personales.
- c) Promueven el objetivo de la propia vida, como el generar significado a través de decisiones y la acción.

Kobasa, Maddi y Kahn (1982) definen la fortaleza como una constelación de características de la personalidad que funciona como un recurso de resistencia en el encuentro con eventos estresantes de la vida.

La fortaleza contiene varias dimensiones que se interrelacionan: el control, el reto y el compromiso. El control es incorporado al constructo de la fortaleza utilizando el concepto de Rotter (1966) sobre Locus de Control de Refuerzo Interno – Externo como un rasgo de personalidad.

Como un constructo de la personalidad, el control es la tendencia a creer que el individuo puede influenciar en el curso de los eventos y está dispuesto a actuar con base en esa creencia más bien que creerse víctima de las circunstancias (Kobasa, 1982). El reto se define como la creencia de que más bien el cambio y no la estabilidad es lo normal en la vida, y así el reto es percibido como benéfico para el desarrollo personal y no como una amenaza a la seguridad. Para cambiar las amenazas a retos, los individuos fuertes exploran su entorno para encontrar la información que les ayudará a identificar los recursos potenciales para evitar el estrés. Los compromisos demuestran lo que es valorado e importante para la persona (Kobasa, 1979). El compromiso lleva a involucrarse en actividades relacionadas con la salud y se considera que es un factor motivante de la fortaleza (Pollock, 1989).

Rotter (1966) explica que el potencial de la conducta está en función de la expectativa y del valor del reforzamiento, por ello, se considera una teoría basada en la expectativa de control de eventos (Lefcourt, H.M, 1981),

y en la naturaleza y los efectos del reforzamiento, es decir, el reforzamiento fortalece la expectativa de que las conductas similares tendrán como resultado reforzadores similares (Rotter, 1966).

El término de Locus de Control fue introducido por Rotter (1954), como un componente de su teoría de la personalidad sobre el aprendizaje social, la cual explica el comportamiento social en situaciones sociales complejas. Rotter argumenta que el aprendizaje social se lleva a cabo porque existen creencias o expectativas que relacionan un comportamiento específico con un refuerzo valorado, esto es, considerado como deseable por ser valioso. Los comportamientos específicos representan la causa, y los refuerzos valorados el efecto. Ramírez (1966) menciona que la habilidad de poder percibir, explicar y controlar correctamente las consecuencias de un evento tienen repercusiones importantes para la interacción social, para el grado de ajuste personal y para el grado de salud mental de la persona (Argile, 1986; Fletcher y colaboradores, 1990; Weary y colaboradores, 1991; citados en Forgas, 1994).

Existe el supuesto de que las expectativas se establecen por experiencias repetidas y no por un aprendizaje teórico. La teoría de Rotter (1966) consta de cuatro conceptos:

- a) Expectativa.
- b) Refuerzo valorado.
- c) Situación psicológica.
- d) Comportamiento potencial.

La teoría explica que el potencial para que un comportamiento ocurra está en función del grado de expectativa; ésta consiste en que un autocomportamiento específico evocará un refuerzo valorado específico dentro de una situación psicológica específica.

Uno de los antecedentes con que cuenta Rotter para realizar el Modelo Locus de Control se encuentra en Hull (1943), quien postuló la teoría de que el potencial de respuesta está en función de la fuerza del hábito y del impulso. A diferencia de esta teoría, Rotter explicó que el potencial de la conducta está en función de la expectativa y del valor del reforzamiento. Gregory (1981) señala que el modelo Hulliano puede ser considerado como una teoría de la motivación en tanto que el modelo de Rotter es considerado una teoría basada en la expectativa del control de los eventos (Lefcourt, H.M. 1981) y en la naturaleza y los efectos del reforzamiento, es decir, el reforzamiento fortalece la expectativa de que las conductas similares tendrán como resultado reforzadores similares (Rotter, 1966).

Heider, F. (1958) quien desarrolla la Teoría de la Atribución puede ser otro de los antecedentes que influenciaron a Rotter para desarrollar su modelo. La atribución de causalidad para Heider (1958) es la búsqueda de explicaciones a los por qué de las ocurrencias; es el establecimiento de relaciones entre causas y efectos o aún el esclarecimiento de los puntos de unión entre los antecedentes y sus respectivas consecuencias.

Heider, F. (1958) definió inicialmente dos factores básicos hacia los cuales las personas atribuyen la causa de los fenómenos observados: a las fuerzas del ambiente y a las características personales. Las fuerzas del ambiente son causas externas al sujeto involucradas en la acción, por tanto son impersonales. Las características personales son causas internas al sujeto y pueden tener origen en la habilidad y esfuerzo de la persona involucrada en la acción.

Weiner (1972 / 1974), Harvery, Ickes y Kidd (1976 / 1978); Jones, Kanouse, Kelley, Nisbett, Valins y Weiner (1972), teóricos de la atribución, influenciados por Heider, han reconceptualizado la teoría del Locus de Control dentro del modelo de la atribución (Lefcourt, H.M. 1981).

La teoría de Heider de Locus de Causalidad pone énfasis en ser dueño de las acciones, es decir, la persona y su conducta son vistos como una unidad causal de origen y efecto (Heider, 1944).

Heider pone la piedra cuadrangular de la Teoría de Atribución al enfatizar el aspecto de percepción de Locus de Causalidad del Comportamiento, la cual se basa en parte en las Teorías Cognitivas y también en la teoría de la Gestalt (De Charm 's, 1981).

De Charm 's (1968) señala que aunque las palabras "interno" y "externo" son utilizadas para discutir la Teoría de Heider, el Locus de Causalidad de Heider y el Locus de Control de reforzamiento de Rotter son conceptos diferentes, y que los puntajes de estas dos medidas no se correlacionan entre ellas.

Por otro lado Miller establece la necesidad de la existencia de un control efectivo, el cual consiste en que la persona perciba que tiene el control de los eventos; a este control se le denomina "Control percibido" (Miller y Norman, 1975; Miller, Norman y Wright, 1978 ; Lefcourt, H.M. 1981).

La polémica se ha centrado en si el modelo de Locus de Control es motivacional o perceptual (Lefcourt, HM. 1981). El Locus de Control se refiere

a la capacidad de la persona de reconocer la contingencia entre su conducta y las consecuencias; esto es, que si se emite la conducta **A**, va a presentarse la consecuencia **B**. La diferencia entre Locus de Control y los Estilos Atributivos, radica en que el primero se refiere a las consecuencias y el segundo a las causas de los eventos (Forgas,1994).

La habilidad de poder percibir, explicar y controlar correctamente las consecuencias de un evento tiene importantes repercusiones para la interacción social, para el grado de ajuste personal y para el grado de salud mental de la persona (Argile, 1986, Fletvher, Fitness & Blampied, 1990; Weary, Marzh, & Gleicher, 1991 citados en Forgas, 1994).

El Locus de Control de Rotter (1966) afirma que las personas que perciben que el control de los reforzadores obtenidos está en función de su propia conducta (factores internos del continuo), son las que presentan un mejor ajuste psicológico en comparación con quienes suponen que los reforzadores no están bajo su control, sino que están siendo controlados por otros factores (parte externa del continuo).

Rotter (1966) construyó una escala unidimensional (Interno - Externo) para medir el Locus de Control, la cual ha sido uno de los instrumentos más

ampliamente utilizados para medir el grado de Internalidad - Externalidad en varias investigaciones (Phares, Ritchie y Davis, 1968), (Morrison y Morrison, 1979).

Rotter (1966), (citado por Jorge de la Rosa, en 1988), definió control interno y externo de la siguiente forma: "Cuando un refuerzo es percibido por un sujeto como no contingente a alguna acción suya, en nuestra cultura, típicamente percibe esto como resultado de la suerte, el destino, el control de otros poderosos, o como impredecible por causa de la gran complejidad de las fuerzas que lo rodean. Cuando un acontecimiento es interpretado de este modo, se denomina a esto como una creencia en control externo. Si la persona percibe que el evento es contingente a su conducta o a sus características relativamente permanentes, se denomina creencia en el control interno".

III.2. ANTECEDENTES Y DESARROLLO.

Veblen (1899) decía que las creencias en la suerte o predestinaciones son características de una sociedad ineficiente.

Veblem se interesó por las creencias en la causalidad y en la suerte para la resolución de problemas, observando que esto ocasionaba baja productividad. Lo cual concuerda con la creencia en un control externo del reforzamiento, ya que éste se relaciona con una pasividad general (Citado en Rotter, 1966).

Merton (1946) ha expuesto que la creencia en la suerte es una conducta defensiva, un intento de preservar la autoestima en presencia del fracaso; menciona que la pasividad se relaciona con la creencia en la causalidad o suerte, ya que reducen el esfuerzo sostenido. Seeman (1963) menciona que el individuo alienado se siente incapaz de controlar su destino y se siente a merced de las fuerzas externas. Angyal (1941) hizo notar la importancia de las motivaciones de los organismos en la autonomía o el dominio activo del medio ambiente. MaClelland, Arkinson, Clark y Lowell (1953) en sus estudios realizados con niños y adultos, han observado que la gente que tiene una alta necesidad de realización cree en sus propias habilidades y destrezas para determinar los resultados de sus esfuerzos (Citados en Rotter, 1966).

Las necesidades de una persona son aprendidas o adquiridas. La mayoría de las metas o necesidades surgen a partir de la necesidad de

satisfacer metas tempranas aprendidas, apareciendo como resultado de satisfacciones y frustraciones que son controladas en su mayor parte por otras personas (Ruiz, 1994).

Desde la infancia se han observado diferencias entre géneros en Locus de Control tanto interno como externo. Gutiérrez(1989) menciona que entre los primeros tres años de vida se manifiestan diferencias de reforzamiento paterno en las conductas de los infantes; los cuales condicionan el futuro desarrollo del Locus de Control. Por lo general a los niños se les refuerzan los actos asertivos, mientras que las niñas pasan ignoradas. El ser humano va moldeando su conducta a partir de sus percepciones y acciones y del tipo de reforzamiento que reciba de su medio ambiente; por lo tanto se aplica la Teoría del Aprendizaje, en donde las influencias que reciba son determinantes en su desarrollo de un Locus de Control Interno o Externo.

La asertividad es un rasgo característico de las personas con un Locus de Control Interno (Ramanalash y Col.1985 citados en Gutiérrez, 1989), con base a un estudio describen que los rasgos de personalidad en personas asertivas son las siguientes: son más gregarios, adaptables, sensitivos y racionales; mientras que los no asertivos tienden a ser defensivos, serviles y tienden a buscar aprobación. Así mismo, en otras investigaciones Parrathi y

Col y Williams y Stout (1985) citados en Gutiérrez, (1989) comprobaron que los adolescentes con alta necesidad de aprobación mostraron un Locus de Control externo.

Lefcourt (1981) define a la personalidad externa como defensiva al adaptarse este Locus de Control puesto que está evadiendo la responsabilidad en caso de que los resultados sean negativos (Sánchez, 1990).

Nowicki y Cooley (1990) demostraron que los internos tienen mayor éxito social que los externos debido a que los primeros prestan más atención a sucesos sociales puesto que creen que el hacerlo les dará el conocimiento para interactuar adecuadamente en dichas situaciones.

Feather (1968) "notó una tendencia significativa para los sujetos externos de ambos sexos de reportar más ansiedad debilitante y síntomas neuróticos". Por otro lado Altrocchi et. al. (1968) concluyeron que los externos están significativamente relacionados a la sensibilización y los internos relacionados con la depresión. Rodríguez San Miguel (1996) menciona que en otros estudios "se han reportado que el padre que da calor, respaldo, es permisivo, flexible, aprobador, consistente en disciplina y quien espera comportamientos independientes tempranos por parte de su hijo,

tiende más a animar o crecer en el control interno, que el padre que rechaza castiga y es dominante y crítico”.

En lo que respecta a las madres, los sujetos con un control externo describen a sus madres como sobreprotectoras e inclinadas a usar castigos afectivos y privación de privilegios; sin embargo en otras investigaciones han demostrado lo contrario.

Otros autores como Williams y Vantress (1969) sugieren que debido a que los externos han padecido mayores sentimientos de impotencia y frustración debido a las fuerzas externas, tienden a manifestar mayor hostilidad y agresión.

CAPITULO IV. ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE LOCUS DE CONTROL DEL DR. JORGE DE LA ROSA

IV.1. ANTECEDENTES.

Existe un número muy significativo de las investigaciones realizadas acerca del constructo Locus de Control. El banco de datos Psychinfo reportó 113,292 documentos archivados en donde se estudia esta variable (1985).

La escala Multidimensional de Locus de Control (anexo 1), del Dr. Jorge de la Rosa, es el resultado de un cuestionamiento acerca de qué factor o factores controlan la vida del sujeto. Esta percepción aunque es universal varía de acuerdo al nivel de conciencia de cada persona.

Jorge de la Rosa (1985) aplicó la prueba de Rotter traducida al español, a una muestra de 289 estudiantes de Ingeniería, Economía y Psicología de universidades en la ciudad de México, siendo aproximadamente la mitad hombres y la mitad mujeres. Los resultados no favorecieron la posición teórica de Rotter de unidimensionalidad de la escala.

En el segundo estudio con base en el análisis de la aplicación de las escalas de Rotter y Levenson (1974) a una muestra de estudiantes

universitarios (Jorge de la Rosa. 1986) elaboró una Escala Multidimensional para medir Locus de Control. La muestra seleccionada en forma no probabilística constaba de 453 estudiantes de la UNAM y de la preparatoria No. 6.

Constituida por 60 reactivos, la prueba constaba de cuatro factores: internalidad instrumental, afectividad, fatalismo / suerte y otros poderosos. Surgió, además un nuevo factor no previsto en el proyecto, que se denominó Poderosos del Macro Cosmos; por lo tanto la dimensión de otros poderosos se queda dividida en dos dimensiones: Poderosos del Micro Cosmos y Poderosos del Macro Cosmos.

Un tercer estudio se aplicó a 1083 sujetos, en el cual se reemplazaron 17 reactivos del anterior, los cuales no presentaban relación con el test.

El instrumento ya validado, y utilizado en este estudio, es un formato con la técnica de Likert, compuesto por 61 reactivos con cinco respuestas posibles que son:

1. Completamente en desacuerdo.
2. En desacuerdo.

3. Ni en acuerdo, ni en desacuerdo.
4. De acuerdo.
5. Completamente de acuerdo.

Se elige una de estas respuestas, haciendo un círculo alrededor del número que describa más la respuesta con su forma de pensar.

La escala de Locus de Control consta de cinco factores:

Factor I: Fatalismo / Suerte.

Factor II: Poderosos Del Macrocósmos.

Factor III: Afectividad.

Factor IV: Internalidad Instrumental.

Factor V: Poderosos Del Microcósmos.

Estos factores se definen de la siguiente forma:

F. I.: Fatalismo / Suerte: Se refiere a las creencias en un mundo no ordenado en donde los refuerzos dependen de factores azarosos tales como la suerte o destino (De la Rosa, 1986).

F. II.: Poderosos del macrocosmos (o enajenación socio - política): Se refiere a personas que tienen el control porque tienen poder, están lejanas del individuo, pero su acción repercute en su vida. Como ejemplo se podría nombrar a los gobernantes de las naciones poderosas, jefes de ejecutivo a diversos niveles (ciudad, estado, país) diputados, políticos.

F. III.: Afectividad: Describe o explica situaciones en que el individuo consigue sus objetivos a través de relaciones afectivas con quienes le rodean.

F. IV.: Internalidad Instrumental: Se refiere a situaciones en que el individuo controla su vida debido a su esfuerzo, trabajo y capacidades.

F. V.: Poderosos del micro cosmos: Las personas que tienen el poder, están mas cercanas del individuo y controlan los refuerzos que le interesan. Entre tales personas se encuentran el jefe, el patrón, el dueño de la empresa, el padre y otras.

IV. 2. CALIFICACIÓN DE LA ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE LOCUS DE CONTROL.

La escala de Locus de Control se evalúa ítem por ítem, considerando la selección de los números del uno al cinco con lo que el sujeto esté más de acuerdo. Los números corresponden a:

- 1 Completamente en desacuerdo.
- 2 Desacuerdo.
- 3 Ni en acuerdo, ni en desacuerdo.
- 4 De acuerdo.
- 5 y Completamente de acuerdo.

El sujeto podrá elegir una de éstas opciones, por ejemplo:

<input checked="" type="radio"/>	El problema del hambre está	1	2	3	<input checked="" type="radio"/>	5
	en manos de los poderosos y no					
	hay mucho que yo pueda hacer					
	al respecto.					
	No. de					
	reactivo					

La calificación de este ítem, será por lo tanto 4. Pero realmente ésta calificación no dice nada, por lo cual se tendrá que ubicar dentro del factor al que corresponde:

Factor I. Fatalismo / Suerte; contiene 14 reactivos que son : 2, 6, 10, 12, 15, 18, 25, 30, 32, 40, 47, 51, 56, 60.

Factor II. Poderosos del macrocosmos; contiene 11 reactivos que son: 1, 4, 5, 9, 16, 20, 29, 37, 43, 54, 61.

Factor III. Afectividad; contiene 9 reactivos que son : 7, 14, 21, 23, 26, 31, 42, 52, 57.

Factor IV. Internalidad instrumental; contiene 10 reactivos que son: 13, 21, 23, 26, 31, 42, 52, 57.

Factor V. Poderosos del microcosmos; contiene 9 reactivos que son: 17, 24, 35, 39, 41, 45, 48, 50, 59.

Al sumarse un ítem a las calificaciones de los otros reactivos del mismo factor, se obtendrá una calificación global del reactivo. Por ejemplo:

Tomando los reactivos del factor I y suponiendo las siguientes calificaciones:

2	=	1
6	=	1
10	=	1
12	=	1
15	=	5
18	=	5
25	=	5
30	=	5
32	=	5
40	=	5
47	=	4
51	=	5
56	=	5
60	=	5

Se obtiene un total de 53, este es dividido entre el número de reactivos que lo componen, (en este caso son catorce), para obtener la calificación global que es 3.79.

Considerando que la calificación más alta en este test por factor, es cinco, la más baja uno y la media 2,5; el puntaje anterior estaría por arriba de la media.

Posteriormente después de obtener las calificaciones globales por factor, se procede a la evaluación cuantitativa y cualitativa del test.

IV.3. INVESTIGACIONES RECIENTES DE LOCUS DE CONTROL.

Se han hecho estudios en Australia donde se relaciona el Locus de Control con Ansiedad (Volker R.E.; Feather N.T. 1991).

En Alemania: Salud y Enfermedad Conceptos en Niños, (Schmidt A. , Altmann H. U. 1991). A su vez en Sur Africa se ha trabajado con el Locus de Control en las Detenciones Policiacas (Perkel A. , Govender R. 1991). Alfonso C. , Del Barrio V. (1998) realizaron una investigación en la Consejería de Sanidad en Toledo España donde trabajan con Autoestima, Asertividad, Locus de Control y Consumo de Drogas Legales. Smith P.B., Trompeneers F., Dugan S. (1995) en Inglaterra realizan una investigación en cuarenta y tres ciudades trabajan The Rotter Locus of Control: A test of cultural relativity.

Andrade Palos P. , Reyes Lagunes I. en 1996 estudiaron la relación de Locus de Control y Orientación al Logro en Adolescentes Mexicanos Estudiantes de Secundaria.

Por otro lado en Murcia España (Buendia V.J., Riquelme M.A. 1999) trabajan Factores de Estrés y Locus de Control en un grupo de vigilantes de Instituciones Penitenciarias.

Allen J.B., Ferrand J.L. (1999) en los Estados Unidos de Norte América realizan un estudio de Medio Ambiente, Locus de Control, Simpatía y Conducta. En 1999 Bonilla M.M. y Hernández Robledo A.M.; investigan Locus de Control en Adolescentes y la Escolaridad de los Padres.

CAPÍTULO V. METODOLOGÍA

V.1. INTRODUCCIÓN.

El desarrollo y crecimiento con salud física (biológica), mental, moral y social en los países en vías de desarrollo se ha convertido en una aspiración no fácil de alcanzar.

Los avances en la medicina infantil han disminuido los índices de mortalidad y morbilidad en este grupo de edad. Es evidente que tanto hombres como mujeres sortearon riesgos en sus primeros años de vida; pero los niños del ayer ahora adolescentes se enfrentan a condiciones muy adversas en esta etapa de su vida.

La etapa de la adolescencia requiere de una serie de condiciones para que sea posible crear sueños, proyectos y metas para que el adolescente se integre al mundo del adulto y sea capaz de un aprendizaje que le permita la inserción en el mundo del trabajo y a su vez este logro facilite el proceso de independencia económica.

¿El ámbito donde se desarrollan los adolescentes de América Latina es o no el adecuado?. Las condiciones políticas, sociales, culturales, económicas y de salud desde hace muchos años han postergado su desarrollo y crecimiento, además la inestabilidad política, la falta de continuidad y actualización de los sistemas educativos han creado condiciones desfavorables, donde la marginación educativa (laboral) han creado las condiciones necesarias para la frustración; la aparición de conductas marginales (farmacodependencia, violencia, delincuencia, deserción escolar, embarazo, promiscuidad) en las poblaciones de adolescentes.

Por lo tanto para tratar de determinar la dirección de la conducta humana o predecir específicamente lo que hace el ser humano, es necesario tener un conocimiento tanto de los estímulos internos como externos.

Retomando a Fuentes, G.B.(1989) que menciona: "la adolescencia puede considerarse en principio, como un período de transición entre la niñez y la edad adulta"...lo típico de la adolescencia gira en torno a un conflicto de identidad que debe resolverse mediante la adquisición y consolidación de una nueva identidad. El medio ambiente familiar y social; y dentro de éste último la institución educativa con sus tareas y alcances, tienen una importancia relevante para los caracteres que pueden asumir tal conflicto, como para el

modo en que se resolverá; entonces es necesario aclarar si el entorno familiar, cultural dominan el mundo del adolescente.

Tomando en cuenta los elementos biológicos, psicológicos y sociales; se puede concluir que la adolescencia es una etapa de transición de la vida infantil a la vida adulta, durante la cual el joven busca las pautas de conducta que correspondan al funcionamiento de su organismo y a los exigencias socio culturales del momento Se ha identificado al Locus de Control como una de las muchas causas que se atribuyen al éxito o fracaso de la conducta del individuo.

V.2. PROBLEMA.

Se define al Locus de Control como la creencia que uno tiene respecto a quién o que factores controlan su vida, es decir la medida en que el individuo estima a sus acciones como consecuencia de la suerte, el azar o el destino. Utilizando la Escala Multidimensional de Locus de Control del Dr. Jorge De la Rosa (1986) se tratará de contestar a la siguiente pregunta:

Existe diferencia en el Locus de Control entre un grupo de adolescentes usuarios y un grupo de no usuarios.

V.3. HIPOTESIS.

Hipótesis de Trabajo:

Existe diferencia en el Locus de Control entre un grupo de adolescentes usuarios y un grupo de no usuarios.

Hipótesis Nula:

No existe diferencia en el Locus de Control entre un grupo de adolescentes usuarios y un grupo de no usuarios.

V.4. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES.

a). Variable Dependiente : *Farmacodependencia.*

"Estado psíquico y a veces físico, resultante de la interacción de un organismo vivo y una droga, caracterizado por un conjunto de respuestas comportamentales que incluyen la compulsión a consumir la sustancia de forma continuada con el fin de experimentar sus efectos psíquicos o en ocasiones, de evitar la sensación desagradable que su falta le ocasiona. Los fenómenos de

tolerancia pueden estar o no presentes. Un individuo puede ser dependiente de más de una droga" (OMS, 1964).

b). Variable Independiente: Locus de Control

"La creencia que uno tiene respecto a quién o que factores controlan su vida (De la Rosa 1986).

V.5- TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Observacional, ex -post- facto, comparativo entre dos grupos.

Es un estudio ex- post- facto , porque busca establecer relaciones de causa - efecto, después de que este último ha ocurrido y su causa se ubica en el pasado. Se analiza un hecho consumado, pues no existe la manipulación de variable independiente de manera directa y por ende, tampoco el control de las condiciones que afectan el fenómeno a investigar.

V.6. MÉTODO.

Muestra:

Un total de 110 estudiantes de Escuelas Secundarias Oficiales, T.V. Secundarias y Secundarias Técnicas del Estado de México (Tlanepantla).

Turno: Matutino y Vespertino.

Edad: Trece a diecisiete años cumplidos.

Sexo : Femenino y Masculino.

Grado Escolar: 1º, 2º y 3º de Secundaria.

Estado Civil: Solteros.

Nivel socioeconómico: Medio bajo y bajo.

Criterios de inclusión :

Usuario: De cualquier tipo de droga.

Tipo de Institución: Secundarias Oficiales, T.V. Secundarias y Secundarias Técnicas.

Grado Escolar: 1º, 2º y 3º de Secundaria.

Turno: Matutino y Vespertino.

Edad: Trece a diecisiete años.

Sexo: Femenino y Masculino.

Entidad Federativa: Estado de México.(Municipio de Tlalnepantla).

Estado Civil: Solteros.

Nivel Socioeconómico : Medio bajo y bajo.

Criterios de exclusión :

Tipo de Institución: Secundaria Privada.

Grado Escolar: 1º, 2º y 3º de Secundaria.

Turno: Nocturno.

Edad: Mayores de dieciocho años.

Sexo: Femenino y Masculino.

Estado Civil: Solteros.

Nivel Socioeconómico :Clase media alta.

Entidad Federativa: Zona Metropolitana del D.F.

Escenario:

Las aulas de clase de las Secundarias, éstas se encontraron limpias, con iluminación natural además artificial y ventilación adecuada; según la escuela a la que éstos pertenecen.

Instrumentos:

Para la realización de la presente investigación se aplicaron los siguientes instrumentos: LA ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE LOCUS DE CONTROL DEL DR. JORGE DE LA ROSA (Anexo 1) y ENCUESTA (Anexo 2)

Materiales:

Lápiz, goma y bolígrafo.

Procedimientos:

Esta investigación se llevó a cabo en el Estado de México en Escuelas Secundarias Públicas (Tlalnepantla). Se solicitó a la Dirección de las Escuelas Secundarias Públicas, Secundarias Técnicas y T.V. Secundarias la autorización correspondiente para llevar a cabo la presente investigación.

Se elaboró una carta, dirigida a cada director de las secundarias, solicitando la autorización para la aplicación de la Encuesta y del Test Escala Multidimensional de Locus de Control del Dr. Jorge de la Rosa. Por otro lado se establecieron los horarios y las fechas de aplicación; éstas fueron en el turno matutino y vespertino dentro de los horarios de clase es decir de 8:00 a.m. a 14:00 p.m. y de 14:00 a 20:00 p.m. en días hábiles.

También se solicitó la ayuda y colaboración a los alumnos. Se les informó a los integrantes del grupo, que la prueba era absolutamente anónima, y que los datos que se obtendrían tenían fines estadísticos de grupo y no individuales. Asimismo se pidió que leyeran cuidadosamente las

instrucciones y los reactivos y si existía alguna duda la podían consultar con el investigador.

La aplicación del instrumento y de la encuesta consistió en la entrega de dos instrumentos engrapados en uno sólo (anexo 1 y 2); se les repartió a cada alumno, se leyeron las instrucciones al grupo y se les pidió que sus respuestas fueran marcadas con lápiz o bolígrafo y que no dejaran sin contestar ninguna pregunta y ningún reactivo. La aplicación del instrumento, por parte del investigador duró aproximadamente 30 minutos. Por último se les agradeció a los alumnos su cooperación.

Posteriormente se procedió a seleccionar a la muestra con base a las respuestas que los sujetos ofrecieron en la encuesta realizada (anexo 2); ya que dicha encuesta indicaría de acuerdo a las respuestas del sujeto si consumía o no drogas. Por último se calificó la Escala Multidimensional del Dr. Jorge de la Rosa (anexo 1) y se realizó el análisis estadístico de los resultados obtenidos.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Una vez que los cuestionarios se calificaron, se procedió a la valuación de los mismos según se explica en el capítulo IV.

Posteriormente se realizó un análisis por género: porcentaje por género y por grupo; y por último frecuencia por edades.

Enseguida se obtuvieron las puntuaciones en bruto y las medias por cada sujeto y por factor (como lo muestra la tabla N° 9); asimismo se procedió a convertir las puntuaciones brutas de ambos grupos a las medidas de tendencia central.

Finalmente se trabajó con los puntajes obtenidos entre ambas muestras para obtener las diferencias. Con base en la **PRUEBA DE LA SIGNIFICANCIA DE LA DIFERENCIA ENTRE DOS MEDIAS** se trató de corroborar la hipótesis de la presente investigación; cuyos resultados son comparados con la **PUNTUACIÓN Z DE TABLAS**.

CAPITULO VI. RESULTADOS

Una vez valuada una muestra de adolescentes estudiantes de Escuelas Oficiales Secundarias, T.V. Secundarias y Secundarias Técnicas del Estado de México; (Tlalnepantla) turno matutino y vespertino con la Escala Multidimensional de Locus de Control del Dr. Jorge de la Rosa se obtuvo lo siguiente:

VI.1. Características de la muestra.

La muestra estuvo constituida por 110 sujetos de los cuales, el **71.82%** eran hombres y el **28.18%** mujeres, como se muestra en la tabla N° 6. Los porcentajes de género de cada grupo se encuentran en la tabla N° 7.

Tabla N° 6. Porcentaje total de la muestra por género.

Género	No. Sujetos	Porcentaje
Sexo Masculino	79	71.82%
Sexo Femenino	31	28.18%
Total.	110	100.0%

Tabla N° 7. Porcentaje por género y por grupo.

	No. Sujetos Gpo. Control	Porcentaje	No. Sujetos Gpo. Experimental	Porcentaje
Sexo Masculino	33	60%	46	83.64%
Sexo Femenino	22	40%	9	16.36%
Total	55	100.0%	55	100.0%

La edad promedio es de 15 años y la mayor frecuencia se presentó entre las edades de 14 y 15 años como lo muestra la tabla N° 8.

Tabla N° 8. Frecuencia por edades.

Edad.	Frecuencia	Fre.Acum.	Fre.Relativ.	Fre.Rela. Acum.	Porcentaje	Fra.%
12	5	110	0.045	1.000	4.545	100.00
13	20	105	0.182	0.955	18.182	95.45
14	27	85	0.245	0.773	24.545	77.27
15	38	58	0.345	0.527	34.545	52.72
16	14	20	0.127	0.182	12.727	18.18
17	6	6	0.055	0.055	5.455	5.45
Total	110.000		1.000		100	

VI.2. Datos Estadísticos.

Una vez calificado el instrumento se obtuvieron las puntuaciones en bruto, medias por sujeto y por factor del Grupo Control y del Grupo Experimental (como lo muestran las tablas 9 y 10); por último se procedió a convertir las puntuaciones en bruto de ambos grupos a las medidas de tendencia central obteniendo los siguientes resultados:

Tabla N° 9. Puntuaciones en bruto, medias por sujeto y por factor del Grupo Experimental.

GRUPO EXPERIMENTAL

Dimensión	Fatalismo / Suerte.	Poderosos del Macro.	Afectividad	Internalidad	Poderosos del Micro.	Total
N	55	55	55	55	55	55
Σ	128.79	155.45	132.78	225.60	137.11	155.95
\bar{X}	2.34	2.83	2.41	4.10	2.49	2.84
S	0.661	0.785	0.641	0.744	0.683	0.413
S ²	0.437	0.616	0.410	0.553	0.467	0.171

Tabla N° 10. Puntuaciones en bruto, medias por sujeto y por factor del Grupo Control.

GRUPO CONTROL

Dimensión o Factor	Fatalismo / Suerte	Poderosos del Macroc.	Afectividad	Internalidad	Poderosos del Microc.	Total
N	55	55	55	55	55	55
Σ	137.1	152.1	145.8	212.9	137.1	157.0
\bar{X}	2.5	2.8	2.7	3.9	2.5	2.85
S	0.750	0.499	0.896	0.6967	1.033	0.413
S²	0.562	0.249	0.803	0.485	1.068	0.171

Donde:

N= NÚMERO DE SUJETOS.

Σ= SUMA DE LA PUNTUACIÓN DE LOS DATOS.

\bar{X} = PUNTUACIÓN MEDIA DE LA MUESTRA.

S= PUNTUACIÓN DE LA DESVIACIÓN ESTÁNDAR.

S²= VARIANZA.

VI.3. Prueba de la Significancia.

Para comprobar las hipótesis de la presente investigación se trabajó con la **Prueba de la Significancia de la diferencia entre dos medias**, que determina la diferencia existente entre dos medias estadísticas y su posición en la curva normal.

Hipótesis Alternativa: $H_1: \bar{X}_1 \neq \bar{X}_2$

Existe diferencia en el Locus de Control en Adolescentes usuarios de Drogas.

Hipótesis Nula: $H_0: \bar{X}_1 = \bar{X}_2$

No existe diferencia en el Locus de Control en Adolescentes usuarios de Drogas

FÓRMULA:

$$Z = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{S(\bar{X}_1 - \bar{X}_2)}$$

DONDE:

\bar{X}_1 = MEDIA DE LOS FACTORES DEL GRUPO EXPERIMENTAL.

\bar{X}_2 = MEDIA DE LOS FACTORES DEL GRUPO CONTROL.

$S(\bar{X}_1 - \bar{X}_2) =$ ERROR ESTÁNDAR DE LA DIFERENCIA.

Como se puede observar, de acuerdo a los resultados de la aplicación de la Escala Locus de Control no hubo diferencias significativas entre las medias del Grupo Control (2.85) y Experimental (2.84); como lo muestran las tablas N°11 y 12.

Tabla N° 11. Medias del Grupo Experimental.

GRUPO EXPERIMENTAL

Dimensión o Factor	Fatalismo / Suerte	Poderosos del Macro.	Afectividad	Internalidad	Poderosos del Micro.	Total
\bar{X}	2.34	2.83	2.41	4.10	2.49	2.84

Tabla N° 12. Medias del Grupo Control.

GRUPO CONTROL

Dimensión o Factor	Fatalismo / Suerte	Poderosos del Macroc.	Afectividad	Internalidad	Poderosos del Microc.	Total
\bar{X}	2.5	2.8	2.7	3.9	2.5	2.85

Posteriormente en la Tabla 13 se muestran los resultados obtenidos con la Prueba de la Significancia para medias de dos muestras.

Tabla N° 13. Prueba de la Significancia para medias de dos muestras.

Prueba de la Significancia para medias de dos muestras.		
	<i>GPO. CONTROL</i>	<i>GPO. EXPERIMENTAL</i>
Media	2.85	2.84
Varianza (conocida)	0.197	0.171
N muestral	55	55
Prueba Z	0.1567	
ZT.	2.58	

Una vez obtenidos los resultados con la **PRUEBA DE LA SIGNIFICANCIA PARA MEDIAS DE DOS MUESTRAS = 0.1567** (tabla 13) y comparando los resultados anteriores con la **PUNTUACIÓN Z** de tablas (2.58 y con un Nivel de Significancia de 0.01²); se concluye que no existe diferencia entre ambos grupos. Por lo cual se rechaza H_1 (hipótesis alterna) que dice: Existe diferencia en el Locus de Control en Adolescentes usuarios de Drogas y por lo tanto se acepta H_0 (hipótesis nula) que dice: No existe diferencia en el Locus de Control en Adolescentes usuarios de Drogas.

Después que se aplicó la **PRUEBA DE LA SIGNIFICANCIA PARA MEDIAS DE DOS MUESTRAS** a cada uno de los cinco factores del Grupo Control y el Grupo Experimental; y analizando el resultado (tabla 14) con la **PUNTUACIÓN Z** de tablas (2.58 y un Nivel de Significancia de 0.01²), se observó que en las medias de los cinco factores tampoco existe diferencia significativa entre los grupos.

² Siendo esta investigación comparativa, observacional y ex- post- facto. Se utilizó este nivel de Significancia para reducir la probabilidad de error y para poder generalizar estos resultados (Hernández Sampieri y col. 1991).

Al comparar la media de cada factor de ambos grupos con la media del test (2.5), se encontró que únicamente fue significativo la diferencia de ésta media con el factor IV (Internalidad /Instrumental) presentando el promedio mas alto en ambos grupos.

Tabla N° 14. Resultados de la Prueba de la Significancia para medias de dos muestras aplicada a los Factores del Grupo Control y Grupo Experimental.

Dimensión o Factor	Gpo. Exp. \bar{X}	Gpo Cont. \bar{X}	Z =
Fatalismo/ Suerte	2.341	2.492	1.118
Poderosos del Macro.	2.765	2.826	-0.488
Afectividad	2.414	2.650	1.591
Internalidad	4.102	3.871	-1.680
Poderosos del Micro.	2.493	2.493	-2.204 ¹⁶

ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Después de haber obtenido una **PRUEBA DE LA SIGNIFICANCIA PARA MEDIAS DE DOS GRUPOS DE 0.1567** (tabla 13) y comparando los resultados anteriores con la **PUNTUACIÓN Z** de tablas (2.58 y con un Nivel de Significancia de 0.01); se concluye que al medir el Locus de Control en una población usuaria de drogas y al compararla con otra población no usuaria de drogas no existe diferencia entre ambos grupos.

Se sabe que la personalidad en el adolescente es muy compleja y en lo cotidiano el joven tiene que enfrentarse día a día con el problema del control y al comparar los cinco factores tanto del grupo control como experimental (tabla N°14) con la **PRUEBA DE LA SIGNIFICANCIA PARA MEDIAS DE DOS MUESTRAS** se encontró lo siguiente:

En los Factores I (Fatalismo / Suerte); II (Poderosos del Macrocosmos); III (Afectividad) y V (Poderosos del Microcosmos) de ambos grupos no existe una diferencia significativa entre los factores.

Lo anterior puede indicar que en el Locus de Control de la población estudiada existe el factor de contingencia y de no contingencia como resultado de los cambios en la naturaleza humana y además en la época de la adolescencia; en la cual el muchacho es difícil de evaluar. Y retomando a Kandel (1978) que dijo "los jóvenes consumidores evidencian baja autoestima, mayor ansiedad y menor capacidad de control, con desplazamiento de Locus de Control, comparados con jóvenes no consumidores o abusadores"; es posible afirmar que el grupo control se observaron estas características, pese a que declararon no ser usuarios quizá esto se debe a los constantes cambios del ambiente social y familiar que viven.

Por otro lado existe una diferencia significativa con respecto al Factor IV (Internalidad Instrumental); descubierta al comparar este factor con los factores restantes y con la media que establece el instrumento. Retomando la definición conceptual de Locus de Control: que es la creencia que uno tiene respecto a quién o que factores controlan su vida; se infiere que en ambas poblaciones los adolescentes controlan su vida de acuerdo a su esfuerzo, trabajo, capacidades y herramientas internas, y no mantienen sus creencias en un mundo azaroso, ni se sienten controlados por los poderosos más cercanos.

Analizando la información de la encuesta aplicada respecto a la ocupación de los padres se encontró que en ambos grupos, la mayoría desempeña un oficio (el padre) o se dedica al trabajo doméstico (madre). Y un mínimo porcentaje del 4.54% aproximadamente, presenta un nivel educativo técnico / profesional.

Con base en lo anterior se puede aceptar que los bajos niveles de escolaridad de los padres tiene que ver con el Locus de Control Externo en sus hijos; como lo señaló el Dr. Jorge de la Rosa en 1986.

DISCUSIÓN

Con base a los resultados obtenidos se puede inferir que los ítems o axiomas del instrumento aplicado no son claros para una población con estudios en el nivel medio básico y que además muestra una discordancia entre el grado académico que representan y el curso escolar que estudian. Lo anterior podría ser una causa por la que no se encontró diferencias en esta investigación.

Es factible pensar que otra causa por la que no se encontró diferencias en el Locus de Control en ambas poblaciones y específicamente en los Factores I, II, III y V puede deberse a los dos factores básicos que señaló Heider.F.(1958): que son las fuerzas del ambiente causas externas al sujeto y las características personales son las causas internas al sujeto y por lo tanto; estos elementos en la población encuestada (periodo de la adolescencia) se encuentran o se identifican en constante cambio.

Cabe señalar que en el Grupo Experimental sobresalen los siguientes comentarios, mismos que señalan la "honestidad" de este grupo de alumnos adolescentes:

“He consumido piedra, éxtasis, pastillas, p.v.c.; mariguana, el activo, cocaína cocinada, inhalantes, mota, la chicharra, hojas de tacha, cannabis, chochos y cemento”.

“La consumo (droga) cada que tengo ganas, a diario, cuando tengo dinero, con mucha frecuencia, cada que hay una fiesta y puedo, cuando salgo con mis valedores, por curiosidad, cada vez que me siento sola y rechazada, por tristeza, y cada vez que quiero”.

Por otra parte, si se considera a la adolescencia como un proceso personal que se da aquí y ahora; así como que el adolescente vive grandes crisis que abarcan cuerpo, mente, emoción y adaptación social (todo esto producto de la propia situación evolutiva y que es una consecuencia de la interacción con el medio que lo contiene: familia, educación, sociedad, valores, avances o constantes cambios tecnológicos); y que por otro lado casi todos los adolescentes no encuentran un vínculo de identidad, arraigo (pertenencia), trascendencia y de un marco de referencia que lo vincule y oriente para formar la estructura de su personalidad; con base a lo anterior el cuestionamiento es el siguiente:

¿La Escala Multidimensional de Locus de Control del Dr. Jorge de la Rosa(1986) tendrá la misma validez para una población de adolescentes del nivel educativo medio básico de Escuelas Secundarias Oficiales, T.V. Secundarias y Secundarias Técnicas del Estado de México (Tlanepantla), del siglo XXI, que viven cada día lo complejo de los cambios en los lazos familiares, con diferentes expectativas de trabajo, una situación económica y estratos educativos marginados; así como carencias de valores, metas y credo religioso?

Retomando finalmente la Teoría del Aprendizaje que menciona que el individuo va moldeando su conducta a partir de sus percepciones, acciones y del tipo de reforzamiento que reciba en su medio ambiente donde se desarrolla, son posibles elementos que se están modificando cotidianamente y por ende no se haya encontró diferencias específicas en el instrumento aplicado a esta población de adolescentes.

LIMITACIONES

Con base a las observaciones realizadas por el investigador en el campo de estudio se puede mencionar lo siguiente:

No fue fácil el acceso para trabajar con un sólo modelo de secundarias en el Ayuntamiento de Tlalnepantla; ya que algunos directivos argumentaron no tener población usuaria de drogas; por lo que se tuvo que trabajar con secundarias que tienen diferentes planes de estudios como lo son las Secundarias Técnicas, T.V. Secundarias y Secundarias.

En la Secundaria Técnica Vespertina (x) se presentaron situaciones que se piensa alteraron la conducta de los alumnos en el momento de la aplicación del instrumento. Dichas situaciones fueron la aplicación del instrumento después del descanso; la suspensión por parte de las autoridades escolares de un alumno inhalando P.V.C. dentro de la institución; y posteriormente la presencia de sus padres con las autoridades del plantel. La población estudiantil que tenía su descanso o que tenía hora libre observó el problema e hicieron varios comentarios con el investigador.

En la T.V. Secundaria (turno matutino) el investigador se pudo percatar que en esta población varios alumnos tienen como última oportunidad para concluir su educación media básica a esta institución, ya que varios de ellos han sido expulsados de otras secundarias oficiales y secundarias técnicas; por haber consumido P.V.C. dentro de la institución educativa. Por lo que se concluye que los instrumentos aplicados en esta población, el alumno no se sintió completamente libre para contestarlos.

En lo que se refiere a las Secundarias Oficiales y Técnicas (turno matutino y vespertino) el investigador pudo advertir que los mismos alumnos en el descanso o al cambio de taller comentan con otros compañeros su experiencia al responder los instrumentos de esta investigación. Se infiere que estas variables extrañas debieron ser controladas en esta investigación en los criterios inclusión. En suma la población seleccionada para el Grupo Control probablemente puede ser también usuaria de drogas.

SUGERENCIAS

Tomando en cuenta las limitaciones señaladas anteriormente se presentan algunas sugerencias, con la finalidad de abrir camino a nuevas investigaciones relacionadas con Locus de Control:

Trabajar con un instrumento que evalúe el uso de fármacos en adolescentes (Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers POSIT) con diferente estatus socioeconómico y con un sólo plan de estudio en el nivel medio básico.

Emplear muestras con diferente creencia religiosa; además tomando en cuenta los niveles de escolaridad del padre y de la madre que van desde analfabeto, instrucción primaria; pasando por los niveles de secundaria o equivalente, preparatoria o equivalente y por último grado universitario (incompleto a completa).

Formular nuevas hipótesis con base a la mayor o menor escolaridad de los padres; y que ésta diferencia determine la existencia del Locus de Control en el período de adolescencia de sus hijos.

Aplicar el instrumento utilizando una muestra con igual número de sujetos que consuman el mismo tipo de droga a partir de las variables demográficas (sexo, carrera, edad, trabajo / no trabajo, y orden de nacimiento primogénito / no primogénito, escolaridad de los padres y turno matutino / vespertino a escuelas secundarias en diferentes delegaciones del D.F. y en el interior de la República Mexicana.

Trabajar diferencias de género con poblaciones recluidas en instituciones gubernamentales (anexo 3).

Se sugiere la aplicación del instrumento en escuelas secundarias privadas y oficiales con igual número de factores demográficos para encontrar otras diferencias; y además con la ayuda de otros investigadores aplicar el instrumento a la misma hora a toda la población.

Al variar el tamaño de la muestra en esta investigación, y tomando en cuenta otras variables tal vez se pueda encontrar diferencias entre Locus de Control, Farmacodependencia y género en una muestra mayor de adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Alfaro, L.B., Díaz, R., Soto, C.A., Torres, K.B.;(1998). Factores Sociodemográficos relacionados con el Locus de Control ante el VIH/ SIDA en Adolescentes. La Psicología Social en México. Vol. VII.
- 2) Alfaro, L.B., Díaz, R.(1998). Percepción sobre el Control de la Salud, obtención de Servicios Médicos y Medicamentos en Adolescentes. La Psicología Social en México, Vol. VII, 272 - 276.
- 3) Barroso Moguel, R.(1975). Alteraciones Morfológicas Producidas por Inhalantes. Cuadernos Científicos CEMEF 2. Centro de Estudios de Farmacodependencia.
- 4) Berenzon G. Shoshana, Juárez G. Francisco, López L. Elsa, Medina M. María E., Villatoro Velázquez Jorge.(1996). Factores relacionados al Consumo de Drogas y al Rendimiento Académico en Adolescentes. La Psicología Social en México.
- 5) Berryman, C.(1994). Psicología del Desarrollo. México: Manual Moderno.
- 6) Blos, P.(1970). Los Comienzos de la Adolescencia. Argentina: Amorrortu.
- 7) Bonilla Muñoz Martha Patricia, ET.AL., (1994). Locus de Control en Hombres y Mujeres Adolescentes. Revista Intercontinental de Psicología y Educación. Vol. VII, Nº 2, 105 - 110.
- 8) Buendía, J.(1996). Psicopatología en Niños y Adolescentes. Murcia España: Pirámide.

- 9) Cuevas Ramos, L. P.(1996). Actitud y Conocimiento del SIDA en Mujeres Adolescentes Marginadas. Tesis de Lic. en Psicología. Universidad Intercontinental.
- 10) Consejo Nacional de Población (CONAPO).(1982).La Educación de la Sexualidad Humana. Individuo y Sociedad. México.3.
- 11) Chavarria Olarte, M. ; Villalobos, M.(1998).Orientaciones para la Elaboración y Presentación de Tesis. México: Trillas.
- 12) De la Garza G. F., Mendiola H. I. , Rábago S., (1977).Farmacoterapia de los Síndromes de Intoxicación y Abstinencia por Psicotrópicos. Centros de Integración Juvenil A.C.
- 13) Directorio de Instituciones.(1995). Secretaria de Salud. Consejo Nacional Contra las Adicciones. México.
- 14) Derflinger, Colín, María de Lourdes,(1991).Autoconcepto en Adolescentes Farmacodependientes y Autoconcepto en Adolescentes no Farmacodependientes, Estudio Comparativo. Tesis de Lic. en Psicología. Instituto Universitario de Ciencias de la Educación, A.C. México.
- 15) Disolventes Inhalables. (1988). Serie Investigaciones. Vol. I Perfil Disolventes Inhalables, C.I.J.
- 16) Downie, N.M., Heath, R.W.(1986).Métodos Estadísticos Aplicados. México: Harla.

- 17) Dulanto Gutiérrez, E.(2000).El Adolescente. México: Mc Graw- Hill Interamericana.
- 18) Enciclopedia Ger. (1979). Madrid: Ediciones Rialp S.A. Vol. I 230 - 244.
- 19) Enseñanza e Investigación en Psicología.(1998).CNEIP Nueva Epoca, Vol. 3 No. 1
- 20) Estrada, Inda L. Salinas Fernández J. L. (1991). La Teoría Psicoanalítica de las Relaciones de Objeto: Del Individuo a la Familia. México: Ediciones y Distribuciones Hispánicas.
- 21)Falke O. G. (1998). Adolescencia, Familia y Drogadicción. Buenos Aires: Atlante Argentina.
- 22)Fuentes, G.B.(1989). Conocimiento y Formación del Adolescente. México: Continental.
- 23) García L. C. (1990).Qué son las Drogas Inhalables. México: Árbol.
- 24) Girardi, C., Díaz Loving, R.(1990). Escala de Atribución de Control para Adolescentes Mexicanos. Revista Sonorense de Psicología . Vol. IV, No. 1.
- 25) Gutiérrez González Ana María.(1989). Relación entre Locus de Control y Asertividad entre Hombres y Mujeres Adolescentes. Tesis en Licenciatura de la Facultad de Psicología: Universidad Intercontinental.
- 26) Heider, F.(1958). The Psychology Of Interpersonal Relation. New Jersey: L. Erlbaun.
- 27) Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C. ; Baptista Lucio, P.(1997). Metodología de la Investigación. México: Mc Graw Hill.

- 28) Horrocks, J.(1993). Psicología de la Adolescencia. México: Trillas.
- 29) Hurlock E.(1994). Psicología de la Adolescencia. México: Paidós.
- 30) Información Básica para la Educación y la Comunicación Social en el Campo de la Farmacodependencia.(1993) Glosario de Términos Relacionados con las Adicciones. Serie Técnica. México. Secretaría de Salud.
- 31) Instituto Mexicano de Psiquiatría División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales Centro de Información en Farmacodependencia.(1999). Grupo Interinstitucional para el Desarrollo del Sistema de Reporte de Información en Drogas. Informe Individual sobre Consumo de Drogas. Serie Estadística sobre Farmacodependencia. México.
- 32) Jiménez O, E.(1978). Neurocirugía, Neurología, Psiquiatría Psicofarmacología Indígena Precolombina. Vol. 19, No. 1, México.
- 33) Harold I. Kaplan, M.D. Sadock M.D. Benjamin J.(1996). Sinopsis de Psiquiatría. Madrid España: Medica Panamericana.
- 34) La Rosa, J. De. (1986). Escalas de Locus de Control y Autoconcepto. Tesis doctoral. México: UNAM.
- 35) Levin Jack.(1992). Fundamentos de estadística en Investigación Social. México: Harla.
- 36) Mc Guigan, F.J.(1983). Psicología Experimental. México: Trillas.
- 37) Méndez R. Ignacio; Namihira G. Delia; Moreno A. Laura; Sosa de M. Cristina.(1997). El Protocolo de Investigación. México: Trillas.

- 38) Milton S. (1980). Estadística Simplificada para Psicólogos y Educadores. México: Manual Moderno.
- 39) Montalvo J. (1994). Sustancias Inhalables: La Guerra Nasal. Revista Liber Addictus, Año I, N°4.
- 40) Moreno Sara L. (1997). Orígenes y Efectos de las Adicciones. SEP. Antología de la Revista Liber Addictus.
- 41) Ortega Pacheco Lucía L.(1997). Análisis de la Ansiedad y Depresión Como Respuesta Ante la Cesárea y su Relación con el Locus de Control. Tesis en Grado de Doctora en Investigación Psicológica: Universidad Iberoamericana.
- 42) Papalia, E.D.; Olds W.S.(1997). Desarrollo Humano. México: Mc. Graw Hill.
- 43) Powell, M.(1985). La Psicología de la Adolescencia. México: Fondo de Cultura Económica.
- 44) Ramírez Mayagoitia María C.(1996). Actividades Placenteras y Locus de Control y Depresión en Escolares. Tesis en la Licenciatura de la Facultad de Psicología: Universidad Iberoamericana .
- 45)Revista Liber Addictus, año 1, No. 4, 1994.
- 46) Rodríguez San Miguel A. Rosa.(1996). Estrés Psicosocial y Locus de Control en Adolescentes Internos. Tesis en Licenciatura de la Facultad de Psicología: Universidad Intercontinental.
- 47) Rotter B. Julian.(1965). Psicología Clínica. México: Hispano Americana.

48) Ruiz. C.(199).Adopción: Autoconcepto y Locus de Control entre Padres Adoptivos y no Adoptivos. Tesis en Licenciatura de la Facultad de Psicología: Universidad Intercontinental.

49)Tamayo y Tamayo M.(1997). El Proceso de la Investigación Científica. México: Limusa.

50)Vallejo Ruiloba J.(1998). Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. España: Masson.

51) Vega, L. Gutiérrez.(1998). La Inhalación Deliberada de Hidrocarburos Aromáticos durante el Embarazo de Adolescentes Considerados como de la Calle. Salud Mental V.21 No.2.

52) Wallon, H.(1964). Los Orígenes del Carácter en el Niño. Argentina: Lautaro.

53) Yaria, J.A.(1999). Las Drogas y el Fenómeno de la Globalización. Revista Española de Drogodependencias, Vol. XXIV, No. 2.

54) Zeballos Z. J. L.(1997). Las Adicciones, un Reto para los Servicios de Salud. Sociedad Mexicana de Salud Pública A.C., Vol. V, No. 1 y 2.

REFERENCIAS DE INTERNET

- 1) Acerca de las Drogas.<http://vivesindrogas.org.mx/drogas/inhalables.htm>.
- 2) Estadística.<http://www.vivesindrogas.org.mx/drogas/estadistica.htm>.
- 3) Drogas/consumodedrogas.<http://members.tripod.com/~drogas>
- 4) Farmacodependencias<http://paginaseagrpa.com/tecnologíayciencia/adicciones/farmacodependenciashtm>.
- 5) Revista Liber Addictus <http://www.addictus.com>.
- 6) Sociallearning.[http://www.britannica.com./bcom/eb/article/2/0,571,1492 +490.00.htm](http://www.britannica.com./bcom/eb/article/2/0,571,1492+490.00.htm).
- 7) Sondean Adicciones.http://vivesindrogas.org.mx/19_06_0.htm.
- 8) Usuarios <http://usuarios.iponet.es/casinada/19dgileg.htm>.

(ANEXO 1)

Escala LC

A continuación hay una lista de afirmaciones. Usted debe indicar en que medida está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas. Hay cinco respuestas posibles: 1 = completamente desacuerdo; 2 = en desacuerdo; 3 = ni en acuerdo ni desacuerdo; 4 = de acuerdo; 5 = completamente de acuerdo. Especifique su respuesta haciendo un círculo alrededor del número que mejor exprese su opinión. No hay respuestas correctas o incorrectas; hay puntos de vista diferentes. CONTESTE TODAS LAS AFIRMACIONES. Gracias.

Completamente de acuerdo (5)

de acuerdo (4)

ni en acuerdo ni en desacuerdo (3)

en desacuerdo (2)

completamente en desacuerdo (1)

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. El problema del hambre está en manos de los poderosos y no
hay mucho que yo pueda hacer al respecto..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. El que yo llegue a tener éxito dependerá de la suerte que tenga..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. El caerle bien a la gente me ayuda a resolver muchos problemas..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Los precios, en general, dependen de los empresarios y no tengo
influencia al respecto..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. No puedo influir en la solución del problema de la vivienda ya que
depende del gobierno. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Que yo tenga un buen empleo es una cuestión de suerte..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Puedo mejorar mi vida si le caigo bien a la gente..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Lo que me pasa es consecuencia de mis acciones..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

-
9. La paz entre los pueblos depende de los gobiernos y mi contribución al respecto es insignificante..... 1 2 3 4 5
10. El que yo llegue a tener mejores puestos en mi trabajo dependerá mucho de la suerte..... 1 2 3 4 5
11. Para conseguir muchas cosas necesito ayuda de gente que tiene poder..... 1 2 3 4 5
12. El hecho de que yo tenga pocos o muchos amigos se debe al destino.. 1 2 3 4 5
13. Mi futuro depende de mis acciones..... 1 2 3 4 5
14. Puedo tener éxito en la vida si soy simpático..... 1 2 3 4 5
15. Que yo tenga mucho o poco dinero es cosa del destino..... 1 2 3 4 5
16. El problema de la contaminación está en manos del gobierno y lo que yo haga no cambia nada..... 1 2 3 4 5
17. El puesto que yo ocupe en una empresa dependerá de las personas que tienen el poder..... 1 2 3 4 5
18. Puedo mejorar mis condiciones de vida si tengo suerte..... 1 2 3 4 5
19. Que yo tenga éxito en mi empleo (ocupación) depende de mí..... 1 2 3 4 5
20. Los problemas mundiales están en las manos de los poderosos y lo que yo haga no cambia nada..... 1 2 3 4 5
21. Si le caigo bien a mi jefe puedo conseguir mejores puestos en mi trabajo..... 1 2 3 4 5
22. Normalmente soy capaz de defender mis intereses personales..... 1 2 3 4 5
23. Mi éxito dependerá de lo agradable que soy..... 1 2 3 4 5
24. Para subir en la vida necesito ayuda de gentes importantes..... 1 2 3 4 5

25. Casarme con la persona adecuada es cuestión de suerte.....	1	2	3	4	5
26. Me va bien en la vida por que soy simpático(a)	1	2	3	4	5
27. Mi vida está determinada por mis propias acciones.....	1	2	3	4	5
28. Para resolver la mayoría de los problemas necesito ayuda de gentes importantes.....	1	2	3	4	5
29. Siento que es difícil influir en lo que los políticos hacen.....	1	2	3	4	5
30. Como estudiante siento (sentí) que las calificaciones dependen mucho de la suerte.....	1	2	3	4	5
31. Mi éxito en el trabajo dependerá de que tan agradable sea yo.....	1	2	3	4	5
32. Puedo subir en la vida si tengo suerte.....	1	2	3	4	5
33. Yo siento que la gente que tiene poder sobre mi (padres, familiares, jefes, etc.) trata de decir lo que sucederá en mi vida.....	1	2	3	4	5
34. Mejorar mis condiciones de vida es una cuestión de esfuerzo personal.....	1	2	3	4	5
35. El éxito en el trabajo dependerá de las personas que están arriba de mi.	1	2	3	4	5
36.Si soy buena gente con mis profesores puedo mejorar mis calificaciones.....	1	2	3	4	5
37. Mi país esta dirigido por pocas personas en el poder y lo que yo haga no cambia nada.....	1	2	3	4	5
38. El que yo llegue a tener éxito depende de mi.....	1	2	3	4	5
39. La gente como yo tiene muy poca oportunidad de defender sus intereses personales cuando estos son opuestos a los de las personas que tienen poder.....	1	2	3	4	5
40. Cuando logro lo que quiero es porque he tenido suerte.....	1	2	3	4	5

-
41. El que mejore mis condiciones de vida depende principalmente de las personas que tienen poder..... 1 2 3 4 5
42. Puedo conseguir lo que quiera si agrado a los demás..... 1 2 3 4 5
43. No tengo influencia en las decisiones que se toman respecto al destino de mi país..... 1 2 3 4 5
44. Que yo tenga el dinero suficiente para vivir depende de mí..... 1 2 3 4 5
45. Yo siento que mi vida está controlada por gente que tiene el poder..... 1 2 3 4 5
46. Cuando lucho por conseguir algo, en general lo logro..... 1 2 3 4 5
47. No siempre es bueno para mí planear el futuro porque muchas cosas son cuestión de buena o mala suerte..... 1 2 3 4 5
48. El hecho de que conserve mi empleo depende principalmente de mis jefes..... 1 2 3 4 5
49. Mis calificaciones dependen de mis esfuerzo..... 1 2 3 4 5
50. Mi éxito dependerá de las personas que tienen el poder..... 1 2 3 4 5
51. Muchas puertas se me abren por que tengo suerte..... 1 2 3 4 5
52. La cantidad de amigos que tengo depende de lo agradable que soy..... 1 2 3 4 5
53. Que yo tenga un buen empleo depende de mis capacidades..... 1 2 3 4 5
54. Las guerras dependen de los gobiernos y no hay mucho que yo pueda hacer al respecto..... 1 2 3 4 5
55. En la vida puedo conseguir muchas cosas si soy buena gente..... 1 2 3 4 5
56. Si tengo un accidente automovilístico ello se debe a mi mala suerte.... 1 2 3 4 5
57. Muchas puertas se me abren porque soy simpático..... 1 2 3 4 5
58. Que yo obtenga las cosas que quiero depende de mí..... 1 2 3 4 5
59. Mi sueldo dependerá principalmente de las personas que tienen el

poder económico.....	1	2	3	4	5
60. Puedo llegar a ser alguien importante si tengo suerte.....	1	2	3	4	5
61. La mejoría de las condiciones de vida depende de los poderosos y no tengo influencia sobre esto.....	1	2	3	4	5

Por favor, verifique si contestó toda las afirmaciones. Muchas gracias.

(ANEXO 2)

ENCUESTA

Favor de llenar esta forma lo mejor que le sea posible. Todas sus respuestas son confidenciales. Muchas Gracias.

Fecha:.....

Edad:

Sexo:

Fecha y lugar de nacimiento:.....

Nombre de la escuela:

Grado escolar.....

Tiene usted hermanos? Sí..... No.....

Medios hermanos Sí..... No.....

Número de hijo.....

Con quién vive en la actualidad?.....

Haz usado algún tipo de droga? Sí..... No.....

Cual?.....

Con que frecuencia?.....

Sí usaste y ya no desde cuando?.....

Gracias por su colaboración.

(A N E X O 3)

**DIRECTORIO DE INSTITUCIONES MEXICANAS QUE
ATIENDEN PROBLEMAS DE ADICCIONES**

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA DR. MANUEL
VELASCO SUAREZ.

AV. Insurgentes Sur No. 3877, Col. La Fama, Deleg. Tlalpan,

C.P. 14269 ; Tel.(01 5) 606 38 22, 606 47 62.

INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRÍA (IMP).

Calz. San Lorenzo Huipulco, Deleg. Tlalpan, C.P. 14370

Tel. (01 5) 655 28 11 , 655 01 85.

CENTROS DE INFORMACIÓN Y FARMACODEPENDENCIA.

Calz. México Xochimilco No. 101, Col San Lorenzo Huipulco, Deleg.

Tlalpan, C.P. 14370 ; Tel. (01 5) 655 28 11, 655 79 99.

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS (INER).

Calz. De Tlalpan No. 4502, Col. Secc. XVI, Deleg. Tlalpan,

C.P. 14080; Tel. (01 5) 665 49 58, 605 25 86.

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA.

Av. San Fernando No. 22, Col Tlalpan, C.P. 14000

Tel. (01 5) 628 04 03, 655 13 62.

INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICIÓN DR. SALVADOR ZUBIRAN.

Vasco de Quiroga No. 15 Col. Secc. XVI , Deleg. Tlalpan, C.P.14000

Tel. (01 5) 573 12 11, 573 11 27.

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA.

Montes Urales No. 800, Col. Lomas Virreyes, Deleg. Miguel Hidalgo

C.P. 11000, Tel. (01 5) 520 85 65.

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO.

CLÍNICA PARA ATENCIÓN DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL

ALCOHOL (CAPRA).

Av. Cuauhtémoc y Dr. Balmis , Consultorio No. 32 Pabellón 108

Col. Doctores, Deleg. Cuauhtémoc, C.P. 06726,

Tel. (01 5) 588 01 00.

HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZALEZ.

Calz. De Tlalpan No. 4800, Col. Toriello Guerra , Deleg. Tlalpan

Tel. (01 5) 665 35 11.

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ.

Calz. San Buenaventura s/n, esq. Niño Jesús, Deleg. Tlalpan,

C.P. 14000, Tel. (01 5) 573 15 00, 573 03 88.

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL DR. JUAN N. NAVARRO

UNIDAD PAIDEIA.

Av. San Buenaventura No. 86, Col. Belisario Domínguez, Deleg.

Tlalpan, C.P.14080; Tel. (01 5) 573 01 61, 573 49 55.

CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA HOSPITAL GENERAL.

Calz. Vallejo y Jacarandas, Col. La Raza, Deleg. Azcapotzalco

C.P. 01650, Tel. (01 5) 583 64 19 , (01 5) 724 59 00 ext.1300.

CENTRO MEDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE.

Felix Cuevas y AV. Coyoacán, Col del Valle , Deleg. Benito Juárez,

C.P. 03100, Tel. (01 5) 559 38 12.

CLINICA DE NEUROPSIQUIATRIA TLATELOLCO.

Prolongación Guerrero No, 346, Col. Guerrero, Unidad Nonoalco T.

Deleg. Cuauhtémoc, C.P. 06300; Tel. (01 5) 583 20 74, 583 78 95.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL (INSAME).

Anillo Periférico Sur No. 2905, Col San Jerónimo Lídice, Deleg.

Magdalena Contreras, C.P. 10200; Tel. (01 5) 595 81 15.

595 81 39, 595 86 61, 595 57 62.

(ANEXO 4)

GLOSARIO DE TÉRMINOS RELACIONADOS CON LAS ADICCIONES

A continuación se definen algunos términos relacionados con las adicciones:

ABUSO O USO INDEBIDO (DE DROGAS).- Estos dos términos son prácticamente sinónimos. Se emplean para designar el consumo de una sustancia no permitida por la ley, la administración de un fármaco lícito empleado con propósitos diferentes de los propiamente médicos, el consumo excesivo de una droga prescrita lícitamente o de manera diferentes a las indicaciones médicas, y la prescripción inapropiada de una droga.

ALCOHÓLICO.- Persona que sufre de alcoholismo o síndrome de dependencia del alcohol.

ALCOHOLISMO.- Síndrome de Dependencia al Alcohol. Enfermedad crónica, desorden de la conducta caracterizado por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas hasta el punto de que excede a lo que está socialmente

aceptado y que interfiere con la salud del bebedor, así como con sus relaciones interpersonales o con su capacidad para el trabajo.

ALUCINACIÓN.- Percepción sin estímulo externo que puede ocurrir en todos los campos sensoriales: auditivo, visual, olfatorio, gustativo y táctil.

ANALGESIA.- Insensibilidad al dolor sin pérdida de la conciencia.

ANFETAMINA.- Estimulante del Sistema Nervioso Central. Las sales más comunes derivadas de esta sustancia son: el sulfato de anfetamina, el sulfato de dextroanfetamina y el hidrocloreuro de matanfetamina.

ANTIDEPRESIVO.- Droga usada para tratar la depresión.

BARBITÚRICO.- Término general utilizado para designar un derivado del ácido barbitúrico. En medicina, los barbitúricos se emplean como drogas hipnóticas y sedantes.

BENZODIACEPINAS.- Familia de psicofármacos llamados también tranquilizantes menores que se prescriben con frecuencia en casos de ansiedad e insomnio.

CAFEÍNA.- Sustancia estimulante que se encuentra en el café, el té y los refrescos de cola. Es probablemente la droga mas popular del mundo.

CANNABIS SATIVA.- Variedad de cáñamo de cuyas hojas se obtiene la marihuana. Su resina recibe el nombre de hashish.

CAS.- Acrónimo de Concentración de Alcohol en la Sangre. Medida que se utiliza para saber el grado de intoxicación de una persona que ha bebido

alcohol. La CAS puede expresarse en porcentaje (tanto por ciento de alcohol en sangre) o en miligramos de alcohol por cada 100 cc. de sangre.

COCAÍNA.- Droga estimulante que constituye el ingrediente psicoactivo de las hojas de coca.

CODEÍNA.- Droga obtenida del opio que se emplea para aliviar el dolor y la tos.

CRACK.- Droga estimulante derivada del clorhidrato de cocaína que habitualmente se fuma.

DEPENDENCIA FÍSICA.- Estado de adaptación fisiológica del organismo en el que necesita la presencia de una sustancia (droga), y que se manifiesta por la aparición de intenso malestar físico si se suspende su administración (síndrome de supresión o de abstinencia).

DEPENDENCIA PSICOLÓGICA .- Condición en la que una sustancia (droga) produce sentimientos de satisfacción y un impulso emocional que requiere su administración periódica o continua para producir placer o evitar malestar.

DROGA.- En el sentido más amplio, es cualquier sustancia química o mezcla de sustancias distintas de las necesarias en condiciones normales para la conservación de la salud, cuya administración modifica las funciones biológicas y, posiblemente también la estructura del organismo. De manera

resumida también se le define como cualquier sustancia que introducida en el organismo vivo puede modificar una o más de sus funciones.

DROGA ADICTIVA.- Sustancia capaz de interactuar con un organismo vivo de tal forma que produce un estado de dependencia psíquica, física o ambas.

DROGA PSICOACTIVA.- Sustancia que altera el funcionamiento mental (pensamiento, juicio, memoria, razonamiento etc.).

DROGAS PSICODISLÉPTICAS, PSICOTOMIMÉTICAS O PSICOTICOMIMÉTICAS.- (Psicodélicas o Alucinógenas).- Sustancias que producen alucinaciones y alteraciones mentales, emocionales y del comportamiento semejantes a las que caracterizan a las psicosis, con desorganización de la personalidad. Estas sustancias no producen dependencia física.

DROGA SINTÉTICA.- Droga que no tiene un origen vegetal.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD.- Procedimiento empleado para impartir conocimientos sobre la salud de manera que quien lo reciba, tenga medios para utilizarlos con el fin de proteger o mejorar la salud propia, la de su familia y la de su comunidad.

EFFECTO ADITIVO O SUMATIVO.- Resultado de la acción de dos o más drogas ingeridas al mismo tiempo. El total del efecto es como una simple suma : $2 + 2 = 4$.

EFFECTO ANTAGÓNICO.- Situación en la que el efecto de dos o más drogas juntas, es menor que la suma de sus efectos independientes, si fueran ingeridas por separado ($2 + 2 = 3$).

EFFECTO SINÉRGICO.- Situación en la que el efecto de dos o más drogas juntas, es mayor que la suma de sus efectos individuales si fueran ingeridas por separado ($2 + 2 = 5$).

ESTADO PARANOIDE.- Trastorno psicótico en el cual un delirio, generalmente persecutorio o de grandeza, es la anormalidad esencial y explica los trastornos en el humor, conducta y pensamientos, incluyendo las alucinaciones que puedan estar presentes.

ESTIMULANTE.- Droga que produce sentimientos de euforia, aumento del estado de alerta, disminución del apetito y de la sensación de fatiga.

ESTUPEFACIENTE.- Droga psicoactiva narcótica y analgésica que provoca adicción.

ESTUPOR.- Condición en la que el sujeto está parcialmente consciente o sensible. Insensibilidad acompañada de una gran disminución de los movimientos espontáneos.

ETANOL (ALCOHOL ETILÍCO).- Nombre químico de la sustancia contenida en todas las bebidas alcohólicas que les da su característica de intoxicantes.

EUFORIA.- Sensación de bienestar.

ÉXTASIS.- Droga Sintética de efectos estimulante, de estructura química similar a la anfetamina.

FÁRMACO.- En sentido estricto, "droga medicinal" o "medicamento". Sin embargo, se acepta como sinónimo de "droga" en general. Así cuando se hable de "psicofármacos", se hace referencia a las "drogas psicoactivas".

FARMACODEPENDENCIA (Drogadicción, Adicción).- Es el estado psicofísico causado por la interacción de un organismo vivo con un fármaco, caracterizado por modificación del comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar el fármaco en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación.

FARMACODEPENDIENTE.- Persona adicta a / o dependiente de una o más sustancias.

FARMACOLOGÍA.- Rama de la medicina que estudia las drogas o fármacos en su totalidad (sus fuentes, apariencia, composición química, acciones y uso).

HASHISH.- Resina de la planta de la marihuana (vid. cannabis sativa).

HEROÍNA.- Droga opiácea semisintética derivada de la morfina. Es un potente analgésico narcótico que provoca también euforia y posee un potencial adictivo más alto que cualquier otro analgésico.

HIPNÓTICO.- Droga que produce sueño.

ICE.- Droga sintética de efecto estimulante de estructura química similar a la anfetamina.

IDEA DELIRANTE.- Idea firme y fija que no responde a las explicaciones racionales, mantenida en contra de los argumentos lógicos y a pesar de la evidencia contradictoria objetiva.

INHALABLE.- Droga psicoactiva que se administra a través de las vías respiratorias (Entre estas sustancias, se incluyen pegamentos, lacas, thinner, cementos, acetona etc.).

INTERACCIÓN FARMACOLÓGICA.- Fenómeno que ocurre cuando dos o más drogas combinan sus efectos sobre el organismo, alterando sus funciones de una manera particular.

INTOXICACIÓN.- Es el estado patológico de un organismo por alteraciones fisiológicas desencadenadas por efectos de una sustancia. La intoxicación depende de varios factores : a) dosis consumida, b) tipo de sustancia y c) factores individuales.

INTOXICACION AGUDA.- Es el estado patológico de un organismo por alteraciones fisiológicas desencadenadas por efectos de una sustancia empleada en una dosis superior a la capacidad del organismo para

metabolizarla y eliminarla, en un periodo dentro de las 48 horas después de su consumo.

INTOXICACIÓN CRÓNICA. Es el estado patológico de un organismo por alteraciones fisiológicas desencadenadas por efectos del uso prolongado de una sustancia que favorece el fenómeno acumulativo.

LSD.- Dietilamida del ácido lisérgico. Droga sintética psicodisléptica o alucinógena de producción y distribución ilegal.

MARIGUANA.- Droga que se obtiene a partir de las hojas de una variedad del cáñamo Cannabis Sativa. Usualmente se fuma, pero también puede masticarse, hervirse en infusiones o cocinarse en la masa de pasteles. Generalmente produce sensación de relajación, hilaridad, distorsiones perceptuales y sensoriales e inhabilidad motora. En grandes dosis puede provocar alucinaciones.

MESCALINA.- Sustancia psicodisléptica o alucinógena que se obtiene del peyote, de efectos similares a los del LSD.

METADONA.- Droga sintética que se utiliza en el tratamiento de la adicción a la heroína.

MORFINA.- Prototipo de las drogas opiáceas de efecto analgésico que produce, además, euforia con somnolencia placentera y que posee un alto potencial adictivo.

NARCÓTICOS O DROGAS NARCOTICAS.- Drogas psicoactivas que, en dosis terapéuticas, disminuyen la sensibilidad, alivian el dolor y producen sueño, pero que a grandes dosis, causan estupor, coma o convulsiones.

NEUROLÉPTICOS.- Antipsicóticos. Psicofármacos utilizados en psiquiatría principalmente, en el tratamiento de las psicosis. Son eficaces en los estados de excitación, agitación y ansiedad y reducen la impulsividad y la agresividad.

NICOTINA.- Alcaloide líquido incoloro de las hojas del tabaco. Sustancia tóxica responsable de muchos de los efectos del tabaco.

NOMBRE GENÉRICO (De una droga).- Denominación química de una droga, en lugar de su nombre comercial o marca. Por ejemplo: el nombre genérico del librium es "clordiazepóxico".

OPIO.- Líquido resinoso de la cápsula de la amapola o papaver somniferum. El opio, cuyo principal ingrediente activo es la morfina, contiene sustancias psicoactivas que pueden extraerse en forma pura, como la codeína. De la morfina se sintetiza la heroína.

OPIACEOS.- Drogas derivadas del opio que tienen la propiedad común de suprimir el dolor, producir una euforia con somnolencia placentera y causar dependencia . Son sustancias de un alto potencial adictivo.

PAPAVER SOMNIFERUM.- Planta del opio.

PATOLÓGICO.- Cualquier signo o síntoma que se aparta de lo normal o que forma parte de las manifestaciones clínicas de una enfermedad.

PCP.- Polvo de Angel.- Fenciclidina. Sustancia alucinógena originalmente utilizada como anestésico en veterinaria.

PEYOTE.- Cactus originario de determinadas áreas de México y América Central, del cual se obtiene la mezcalina.

PSILOCYBINA.- Ingrediente activo de la seta psilocybe mexicana. Sustancia psicodisléptica o alucinógena de efectos similares a los del LSD.

PREVENCION.- Conjunto de acciones que permiten evitar y detener la historia natural de cualquier enfermedad.

PREVENCION PRIMARIA.- Conjunto de actividades encaminadas a evitar que se presenten nuevos casos de una enfermedad.

PREVENCION SECUNDARIA.- Detección temprana de los casos iniciales de una enfermedad para su tratamiento oportuno.

PREVENCION TERCIARIA.- Conjunto de medidas de tratamiento y rehabilitación tendientes a reinsertar al paciente en la familia y en la sociedad, y a limitar el daño que produce una enfermedad determinada.

PSICOTROPICOS O DROGAS PSICOTROPICAS.- Se ha introducido el uso de este término para designar una serie de drogas psicoactivas de diferentes tipos farmacológicos que tienen, o alguna vez han tenido, aplicación legítima y autorizada en el campo de la medicina (especialmente en

psiquiatría). Por lo general, se utiliza para referirse a los antidepresivos y a los tranquilizantes mayores, aunque también se emplea al hacer mención de ciertos estimulantes (como las anfetaminas), de sedantes e hipnóticos (como los barbitúricos), así como de los tranquilizantes menores (como las benzodiazepinas). Todas estas sustancias son susceptibles de uso indebido y tienen potencial adictivo. Como en el caso del término "narcótico", la palabra "psicotrópico" se usa más por conveniencia administrativa que por su significado científico.

PSICOSIS.- Trastorno mental en el que la capacidad individual para pensar, responder emocionalmente, recordar, comunicarse, interpretar la realidad y conducirse de manera adecuada se encuentra deteriorada.

PSIQUISMO.- Este término se utiliza, por lo general, para referirse a las funciones mentales de una persona: pensamiento, juicio, razonamiento, etc.

SIGNO.- Manifestación objetiva de una enfermedad que es percibida por el médico mediante la exploración del paciente (un soplo cardíaco, anormalidades de la presión arterial, alteraciones del pulso, etc.).

SEDANTE.- Droga que disminuye la actividad del Sistema Nervioso Central (SNC), produciendo sueño, analgesia o ambos.

SÍNDROME.- Conjunto de síntomas y signos característicos de una enfermedad.

SINDROME DE ABSTINENCIA (O SINDROME DE SUPRESION).-

Conjunto de trastornos físicos y psicológicos que presenta el individuo que ha desarrollado dependencia de una droga cuando suspende su consumo bruscamente o cuando lo disminuye en forma significativa.

SÍNTOMA.- Manifestación subjetiva de una enfermedad que es percibida por el paciente y que puede comunicar (dolor, náusea, angustia, etc.).

THC (9 Delta-tetrahidrocannabinol).- Principal ingrediente activo de la cannabis sativa, a la que se atribuye la mayor parte de las acciones psicoactivas de los productos derivados de la planta.

TOLERANCIA.- Adaptación de un organismo a los efectos de una droga, que implica la necesidad de aumentar la dosis para obtener resultados semejantes a los iniciales.

TOLERANCIA CRUZADA.- Fenómeno que se presenta cuando organismo que ha desarrollado tolerancia con respecto a una sustancia, muestra tolerancia a otra sustancia.

TOXICO.- Perjudicial al organismo.

TRANQUILIZANTE (ANSIOLITICO).- Droga de efecto calmante sin inducir el sueño.

VOLATIL.- Sustancia que se evapora.