

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA



**“EVALUACIÓN EN EL CONSUMO DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS EN LOS
ALUMNOS DE CAMPUS II DE LA FES ZARAGOZA, UNAM. PERIODO 2003-2”**

**Tesis para obtener el Título de Químico Farmacéutico Biólogo presenta
Claudio Nochebuena Alarcón**

**Área específica del proyecto
Investigación educativa**

**Director de tesis
Mtro: José Luis Alfredo Mora Guevara**

**Asesor de tesis
Guadalupe Sánchez Villers**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES "ZARAGOZA"

JEFATURA DE LA CARRERA DE QUÍMICO
FARMACÉUTICO BIÓLOGO

ASUNTO: ASIGNACIÓN DE SINODALES

ESTIMADOS MAESTROS:

La Dirección de la Facultad de Estudios Superiores "Zaragoza", ha nombrado a ustedes como Sinodales del Examen Profesional del (la) señor (ita):

NOCHEBUENA ALARCÓN CLAUDIO

para obtener el Título de Químico Farmacéutico Biólogo.

Les agradeceré se sirvan revisar el trabajo escrito intitulado: "Evaluación en el consumo de drogas lícitas e ilícitas en los alumnos de Campus II de la FES Zaragoza, UNAM. Periodo 2003-2".

Y asistir en la fecha que después se les hará saber al Examen de Recepción Profesional.

PRESIDENTE	DR. RUBÉN MARROQUÍN SEGURA
VOCAL	MTRO. JOSÉ LUIS A. MORA GUEVARA
SECRETARIO	DRA. MARÍA GUADALUPE SÁNCHEZ VILLERS
SUPLENTE	MTRO. VALENTIN ISLAS PÉREZ
SUPLENTE	Q.F.B. MA. LOURDES VEGA NAVARRETE

ATENTAMENTE.
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México, D.F. a, 27 de Noviembre de 2003.

Q.F.B. ROBERTO CRUZ GONZALEZ MELÉNDEZ
JEFE DE LA CARRERA

AGRADECIMIENTOS

A DIOS por haberme permitido ver cumplido con una de mis metas y poner en mi camino a las personas que me orientaron para que se hiciera realidad este logro.

Dedico esta tesis a mis padres Reynalda Alarcón Miranda y Patricio Nochebuena Chávez por el apoyo incondicional que me han brindado a lo largo de toda mi vida tanto personal como profesional...Gracias

A mis hermanos Celino, Porfirio, Marina, Martha y a mi sobrino Isaac por todo el apoyo incondicional que me han brindado y por ser un motivo más de felicidad.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por permitirme formar parte de la comunidad universitaria. A la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza por formarme profesionalmente y permitirme vivir momentos inolvidables a lo largo de la carrera.. Gracias

Al Mtro. José Luis Alfredo Mora Guevara por la confianza brindada para el desarrollo de este trabajo y compartir su tiempo y conocimientos.

A Dra. María Guadalupe Sánchez Villers, Q.F.B. Ma. Lourdes Vega Navarrete, Dr. Rubén Marroquín Segura y Mtro. Valentín Islas Pérez por su tiempo, apoyo y asesoría.

A MIS FAMILIARES que nunca dudaron de mi capacidad para lograrlo, los quiero

A mis amigos y compañeros por compartir momentos inolvidables.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	5
CAPÍTULO 1 MARCO CONTEXTUAL.....	6
1.1 Desarrollo histórico de la UNAM.	6
1.2 Aportaciones a la sociedad y metas de la UNAM.....	8
1.3 Origen de la FES Zaragoza UNAM	9
1.4 Contexto social	10
1.5 Población	11
CAPÍTULO II DROGAS	13
2.1 ¿Qué son las drogas?	14
2.2 Formas de consumo de drogas	16
2.3 Vías de administración de drogas.....	17
2.4 Clasificación de las drogas.	18
2.5 Tipos de drogas.....	21
2.5.1 Alucinógenos	21
2.5.1.1 LSD.....	22
2.5.1.2 Fenciclidina.	23
2.5.1.3 Cannabis (hachís y marihuana).....	23
2.5.2 Estimulantes	24
2.5.2.1 Anfetaminas.....	24
2.5.2.3 Cocaína	26
2.5.3 Depresores	27
2.5.3.1 Inhalantes.....	27

2.5.3.2 Opioides.....	28
2.5.3.3 Alcohol	30
2.5.4 Sedantes Hipnóticos.	30
2.5.5 Tabaco	33
CAPÍTULO III ADICCIONES	35
3.1 Factores de riesgo a las adicciones.....	35
3.2 Problemáticas que causan las adicciones.....	39
3.3 La adolescencia.....	39
3.3.1 Indicadores de riesgo a las drogas	46
3.3.2 Características en el crecimiento y desarrollo del adolescente.....	53
3.4 Uso de sustancias tóxicas y sus consecuencias	55
3.5 Consecuencias Generales de las Drogodependencias	56
3.7 El consumo de drogas en México.....	64
CAPÍTULO IV PREVENCIÓN EN EL CONSUMO DE DROGAS	68
4.1 Medidas preventivas contra las adicciones.....	70
4.2 Prevención de la drogadicción.....	70
4.2.1 Tratamiento de la drogadicción	71
4.3 Educación contra el uso de drogas.	74
4.4 La escuela y sus docentes en la prevención del consumo de drogas.....	75
4.5 Programas para prevenir el consumo de drogas.....	77
4.6 ¿Qué actitud asumir frente al alumno consumidor o fármacodependiente?.....	81
4.7 Formas de medir las adicciones.....	84
4.8 Métodos para la evaluación del uso de drogas	85

CAPÍTULO V PROCEDIMIENTO.....	86
5.1 Planteamiento del problema.....	86
5.2 Objetivos.....	86
5.3 Método en la aplicación del instrumento.....	87
Capitulo VI Análisis estadístico.....	89
6.1 Resultados.....	89
6.2 Análisis de resultados.....	104
6.2.1 Validez y fiabilidad de ítems del instrumento.....	104
6.2.2. Análisis de Xi cuadrada.....	106
6.2.3 Prueba <i>t</i> de <i>Student</i>	107
6.2.4 Prueba ANOVA simple.....	108
Capitulo VII Conclusiones.....	109
Referencias.....	110
Anexo I.....	112
Anexo II.....	124
Tablas de validez y fiabilidad de los componentes del instrumento.....	124
Tablas de frecuencia.....	129
Tabla de grupos estadísticos en la prueba <i>t</i> student.....	135
Tabla de datos descriptivos para la prueba de ANOVA.....	136
Tabla para la prueba de Post Hoc (Bonferroni y Tamhane).....	138
Anexo III.....	139

INTRODUCCIÓN

En nuestros días, el consumo de drogas (incluye tabaco y alcohol) ha aumentado considerablemente, constituyéndose como un grave problema de salud pública. Esta situación está afectando a las familias, por lo que no debe ser ajena a los padres, ya que su interés y acciones pueden ser muy efectivas para prevenir el uso y abuso de sustancias. Las drogas y su efecto, la drogadicción, son males que aquejan a nuestra sociedad y al mundo entero, de ahí la trascendencia del tema de este trabajo que es tratar de conocer los hábitos en el consumo de drogas lícitas e ilícitas.

Como se dijo, este fenómeno social representa una importante amenaza para la salud y el bienestar de los seres humanos, al menoscabar las bases socioeconómicas, culturales y políticas de la sociedad. La trascendencia actual y las lamentables perspectivas del uso indebido de drogas sobrepasan los límites convencionales de la salud humana y tienen además nefastas consecuencias sociales, pues no sólo traen el deterioro personal, familiar y de comunidades completas, sino que se hallan relacionadas con todos los factores asociados a múltiples figuras delictivas, de forma que contribuyen a distorsionar la economía y a frenar el desarrollo armónico de las relaciones humanas. Basta señalar que el consumo y tráfico de drogas afecta a más de 190 millones de personas en el mundo y es el causante de múltiples conductas punibles en la sociedad.

En la actualidad es de vital importancia por lo tanto, prevenir su inadecuada utilización se ha convertido en una de las prioridades en la lucha contra este flagelo. A través de planes y programas de prevención. Entre las actividades de prevención, la educación constituye uno de los caminos por los que deben transitar dichas acciones y en los que habrán de ser incluidos todos los miembros de la sociedad, sin excepciones, pues de su activa participación *a posteriori* dependerá el buen resultado en esta contienda.

Por tal motivo es indispensable tener un diagnóstico certero del consumo de drogas lícitas e ilícitas en los estudiantes de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza UNAM, toda vez que es una población con un alto riesgo de consumo, debido a la edad, entorno socioeconómico del propio alumno y de la ubicación geográfica de la Facultad.

CAPÍTULO 1 MARCO CONTEXTUAL

1.1 Desarrollo histórico de la UNAM.

La Universidad fue creada por el poder civil, mediante la Real Cédula de 1551, apadrinada por el poder religioso y la cual se convirtió en Real y Pontificia Universidad de México desde finales del siglo XVI, constituyéndose en una de las más importantes instituciones en el proyecto de construcción del Nuevo Mundo. Al lograrse la independencia, la ya secular institución iniciaría, como corresponde a tan agitados tiempos, un periodo de cierres y aperturas al compás de los vaivenes del México Post independiente. El cierre definitivo, por lo que se refiere al convulsionado siglo pasado, fue decretado por Maximiliano en 1865. Fue necesario un compás de espera de 45 años para que las escuelas de enseñanza superior volvieran a agruparse nuevamente en la que hoy es su Alma Mater, gracias a la visión de Don Justo Sierra, apasionado creyente de lo que la institución representaría para la sociedad mexicana, quien, sin cejar en su lucha, fue capaz de aguardar más de un cuarto de siglo para ver cristalizado su proyecto, la creación-recreación, de hecho de la Universidad de México (UNAM, 2000).

En el mes de abril de 1910, Don Justo Sierra presentó, primero, la Ley Constitutiva de la Escuela Nacional de Altos Estudios, que formaría parte de la Universidad, después, el día 26 del mismo mes, el proyecto para la fundación de la Universidad Nacional. La nueva Institución estaría constituida por las escuelas Nacional Preparatoria, de Jurisprudencia, de Medicina, de Ingenieros, de Bellas Artes (en lo concerniente a la enseñanza de la Arquitectura) y de Altos Estudios. Por fin, después de aprobado el proyecto, el 22 de septiembre tuvo lugar la inauguración solemne de la Universidad Nacional de México. El primer rector de la institución fue Joaquín Eguía y Lis. A partir de esta fecha, se convirtieron en universitarios los profesores y estudiantes de las escuelas nacionales ya existentes. Con la promulgación de la constitución de 1917, se consagra a la educación como una responsabilidad del Estado, a fin de transformar al ser humano en un ser útil para la sociedad. (UNAM, 2000).

La primera gran crisis de la Universidad data de 1929, de donde se obtiene la autonomía, que por cierto se interpreta de muchas formas de acuerdo al cariz político que se quiera, pero el espíritu, es que la UNAM se pueda gobernar al margen de los caprichos políticos

(en ese tiempo por el maxmato del Gral. Plutarco Elías Calles), fueron años de ingobernabilidad y carencias presupuestal fuerte. En 1944 la Universidad se colapsa y Don Alfonso Caso aporta una solución genial al problema de gobernabilidad: distinguió las cuestiones políticas y subordinó las primeras a la decisión de cuerpos comunitarios representativos y las segundas a un consejo representativo del mérito académico y de la voluntad del Consejo Universitario: la *Junta de Gobierno*. Sin embargo esta propuesta data de los años cuarenta, por lo que este modelo se encuentra agotado y no aplica actualmente por los fuertes intereses gremiales, burocráticos y sindicales de la Universidad, además de ser botín de corrientes políticas de centro y de izquierda, ambiciones personales o de grupo sobre los fines de la UNAM (UNAM, 2000).

Durante la rectoría del Dr. Pablo González Casanova y ante la inminente masificación de la UNAM y para dar respuesta a los jóvenes en la zona metropolitana de la ciudad de México, se crea el proyecto para la creación de las Escuelas Nacionales de Estudios Profesionales (se plantean 16 y sólo se tienen cinco), por lo que se crea la ENEP Zaragoza, la que se inaugura el 19 de enero de 1976, en mayo de 1993 se convierte en Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, La FES Zaragoza es una unidad multiprofesional periférica de la UNAM (Sánchez, 2001).

Actualmente la UNAM está inmersa en un proceso de cambio a fin de dar respuesta al manejo de los recursos que el pueblo de México entrega a la Institución, además lograr reforzar las funciones sustantivas que son la docencia (programa de reforzamiento de las licenciaturas y el bachillerato), la investigación (al realizar el 50% de la investigación en México y se tiene el compromiso de seguir en esa línea) y la extensión (al tener bajo su responsabilidad el patrimonio de importantes inmuebles y de desarrollar en ellos proyectos que expandan la cultura a la mayoría de la población mexicana) (Barnés, 1997).

1.2 Aportaciones a la sociedad y metas de la UNAM

A lo largo de su historia, la UNAM ha marcado el rumbo y ha sido líder en el cultivo y desarrollo de prácticamente todas las disciplinas científicas, humanísticas y sociales, así como en la creación artística y difusión de la cultura. La permanente actualización de sus planes de estudio y de sus profesores e investigadores le ha permitido mantenerse a la vanguardia a lo largo de su historia, y estar preparada para afrontar exitosamente el futuro. En el país, nuestra institución es pionera en la investigación en campos científicos como la genómica o la ecología, y en disciplinas humanísticas y sociales como la filosofía de la ciencia y los estudios regionales. Es indudable que a lo largo de su historia, particularmente del siglo XX, ha sido la UNAM de donde han surgido los hombres y mujeres que han realizado aportaciones que constituyen buena parte de la ciencia y cultura nacionales, y ha contribuido, como ninguna otra institución, al desarrollo económico, político y social de nuestro país (Barnés, 1997).

La Universidad Nacional del siglo XX ha cumplido con creces el ideal de Justo Sierra. Indisolublemente ligada a la nación, no sólo ha contribuido a mexicanizar el saber, sino también a universalizar el saber mexicano. En ella se han formado muchos de los más ilustres personajes de la ciencia, las humanidades, la cultura y las artes de México y de América Latina. Basta mencionar que los tres mexicanos que han merecido el premio Nobel pasaron por las aulas: Alfonso García Robles, Nobel de la paz en 1982, Octavio Paz, Nobel de Literatura en 1990, y Mario Molina, Nobel de Química en 1995 (UNAM, 2000).

En el futuro previsible el mundo estará cada vez más interrelacionado con todos los ámbitos de la actividad humana. Como parte de este proceso de globalización, los países más desarrollados se agrupan en unidades políticas o comerciales que habrán de permitirles participar con mayores ventajas en la competencia internacional, arrastrando en esta estrategia a los países en desarrollo. Precisamente los países con menor grado de desarrollo que se mantengan al margen de esta tendencia se verán amenazados por la perspectiva de una situación cada vez más dependiente, con un rezago tecnológico más pronunciado y con una población creciente a la que dar empleo, lo que sin duda generará mayores flujos de migración del sur al norte, agudizando las tensiones políticas y sociales ya existentes (Barnés, 1997).

1.3 Origen de la FES Zaragoza UNAM

En 1976 se crea la Escuela Nacional de Estudios Superiores "Zaragoza" (ENEP). Posteriormente la ENEP Zaragoza se convirtió en Facultad el 19 de mayo de 1993, al instrumentarse los Estudios de Posgrado, la cual responde a las exigencias de los estudiantes y académicos. Actualmente es el polo académico más importante del oriente de la ciudad y atiende las aspiraciones de formación profesional.

En la Facultad se impulsa la interdisciplina, vinculando la investigación con la docencia e integrando la teoría con la práctica en los habitantes de los municipios: Nezahualcóyotl, Chalco, Chimalhuacán y Los Reyes La Paz. Las clínicas Multidisciplinarias: Aurora, Benito Juárez, Estado de México, Los Reyes, Reforma, Tamaulipas, Zaragoza y Nezahualcóyotl, las cuales cuentan con un sistema de atención que incluye a las carreras. En la actualidad la FES Zaragoza tiene una infraestructura física que está formada por los Campus I y II enclavadas en la zona oriente de la Ciudad de México en la Delegación Iztapalapa además de ocho clínicas multidisciplinarias, una en la delegación Iztapalapa de la Ciudad de México, otra en el municipio de Los Reyes La Paz y seis en el municipio de Nezahualcóyotl en el Estado de México llamadas actualmente Clínicas Multidisciplinarias. (Sánchez, 2000; Arce, 2001).

La Facultad imparte 7 carreras: Biología, Odontología, Enfermería, Medicina, Ingeniería Química, Químico Farmacéutico Biológico y Psicología. Se realizan 5 especialidades: Estomatología en Atención Primaria, Estomatología del Niño y el Adolescente, Salud en el Trabajo y su Impacto Ambiental, Desarrollo Farmacéutico y Procesos Farmacéuticos. En esta casa de estudios se llevan a cabo 3 maestrías: Biología de los Sistemas, Neuropsicología y Educación Especial, así como doctorado en Biología (Sánchez, 2000).

Los dos Campus de la FES Zaragoza se encuentran en la delegación Iztapalapa, con una enorme población; de dos millones de personas, con carencias de agua, drenaje, equipamiento urbano, de instalaciones de salud, con altos índices de pobreza y delincuencia, con gran cantidad de inmigrantes de otras regiones del país, lo que causa una falta de pertenencia y produce un desprecio y descuidos por su medio ambiente y un nulo sentido cívico y de solidaridad social, además junto con la crisis económica, la

desintegración familiar es frecuente. En el municipio de Nezahualcóyotl y de Los Reyes La Paz en el Estado de México son los lugares que albergan a las clínicas multidisciplinarias, cuyas características poblacionales y socio económicas son muy similares a los que se presentan en la delegación Iztapalapa.

La población estudiantil en su gran mayoría es gente trabajadora y con una elevada moral y ética, pero un pequeño segmento en especial de los alumnos de nuevo ingreso llegan a presentar problemas académicos, de salud y de comportamiento, que después de un buen diagnóstico se deben de resolver. Esta unidad multiprofesional da cabida a los jóvenes que habitan el oriente de la ciudad de México, en las delegaciones de Iztacalco, Venustiano Carranza e Iztapalapa y los municipios del oriente del Estado de México como Los Reyes La Paz, Nezahualcóyotl, Chimalhuacan, Chalco y Texcoco, son en la mayoría áreas, marginadas y con grandes carencias de servicios educativos y de salud (Sánchez, 2000; Arce, 2001).

1.4 Contexto social

La Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, como parte de la Universidad Nacional Autónoma de México, debe responder apropiadamente a los continuos y profundos cambios que se suceden en el contexto nacional e internacional. El avance de nuestro país requiere de actitudes positivas y ciudadanos con una excelente formación profesional, capacitados para enfrentar los retos sociales y que mantengan el compromiso generado al educarse en una de las más importantes universidades de habla hispana y la más vasta de América Latina. La agudización de los problemas económicos, sumada a la reorganización y automatización de los procesos productivos que han emprendido las grandes empresas, los cambios en las relaciones comerciales que incide en las formas de gobierno y culturales, ha producido un especial exigencia social para la aplicación de políticas sociales que conduzcan a las naciones a obtener mejores condiciones de vida para la población. Entre estas políticas las relacionadas con el ámbito educativo ocupan un lugar de primera importancia por su estrecha relación con el desarrollo general de los países (Sánchez, 2000).

Ante un panorama nacional de fuertes inequidades ancestrales atenuadas en parte por los avances en materia económica, política y social, logrados por el país en varias décadas de esfuerzo sostenido, para que nuestro país se encuentre en condiciones de ofrecer a sus habitantes una mejor calidad de vida, deben plantearse estrategias adecuadas para la formación de los recursos humanos que hagan posible este crecimiento, y apoyarlos de una manera decidida. Nuestro país debe enfrentar condiciones que se avizoran como adversas, en un entorno cada vez más competitivo, aportando la inteligencia y capacidad de sus ciudadanos formados para actuar, con una adecuada mezcla de humanismo y conocimientos científicos en la búsqueda del mejor futuro para todos, puesto que un desarrollo sostenido y sustentable sólo será posible mediante la inversión en capital humano formando profesionistas e investigadores que puedan incidir en el crecimiento económico, con una mayor productividad y, por resultado, mejorar significativamente la calidad de vida de todos (Sánchez, 2000).

1.5 Población

La población estudiantil de licenciatura en FES Zaragoza es de 7436 alumnos, la eficiencia terminal en promedio es del 34%, la mayoría de los alumnos (65%) requiere de año y medio a dos años más, del reglamentario para terminar su carrera, el 70% de la población estudiantil se encuentra en los cuatro primeros semestres o en los dos primeros años, lo que indica que un alto porcentaje de alumnos reprueban las materias o módulos básicos, en gran medida porque es inadecuado su perfil y son deficientes sus conocimientos (Sánchez, 2003).

El personal docente es la piedra angular para la consecución de buenos resultados en esta función sustantiva de nuestra institución. A pesar de los problemas que atraviesa nuestra sociedad su decidida participación y profesionalismo están dando resultados satisfactorios. En la medida que se apoyen los esfuerzos en torno a la superación profesional, y se generen programas de estabilización laboral, se fortalece la actividad académica de la facultad, lo que a su vez permite formar profesionales de alta calidad

científica y humanística. La planta docente esta conformada de 1605 que están distribuidos de la siguiente manera:

Tabla 1. Distribución del personal académico por nombramiento

Nombramiento	Número de profesores
Profesores de carrera	268
Profesores de asignatura	1102
Ayudantes de profesor	202
Técnicos Académicos	33

La edad promedio del personal académico es de 43 años en las mujeres y de 45 años en los hombres y con una antigüedad laboral de 14.3 años en los hombres y de 14.7 años en las mujeres (Sánchez, 2002)

Con enorme potencial humano y de infraestructura (con falta de un adecuado programa de mantenimiento preventivo y correctivo), con muchas carencias de equipamiento urbano y problemática poblacional y socioeconómica, lo cual se traduce en problemas, pero que también son interesantes retos a enfrentar (Sánchez, 2001).

En el Campus II se imparten las carreras de Biología, Ingeniería Química y Químico Farmacéutico Biólogo con una población estudiantil de 2226 alumnos y se cuenta con la siguiente distribución de docentes.

Tabla 1 Distribución de la planta docente en el Campus II de la FES Zaragoza.

Carrera	Docentes
Biología	114
Ingeniería química	108
Q.F.B.	184

CAPÍTULO II DROGAS

El consumo de diversos tipos de drogas ha sido una constante observada desde la antigüedad en numerosos pueblos y culturas. Pero el fenómeno de la drogadicción sólo ha alcanzado una extraordinaria importancia, por su difusión, consecuencias sociales y sanitarias en las últimas décadas. Este hecho se enmarca en las propias características de la sociedad industrial y de consumo. De manera que en los últimos dos siglos el hombre ha pasado de recolectar las plantas silvestres cuyo consumo tenía consecuencias psicotrópicas a obtener y estudiar sus principios activos, purificarlos y modificar sus estructuras químicas para aumentar sus efectos, a cultivar estas plantas para lograr una gran producción, y finalmente a la síntesis en el laboratorio de moléculas afines con el propósito de crear compuestos de mayor efecto y abaratar los costos de elaboración. A todo lo cuales se ha sumado recientemente la imagen propagandística de que el "último producto creado" no produce daño ni adicción, a diferencia de las "viejas" y conocidas drogas. Esta progresiva manipulación galénica ha supuesto la masificación del consumo de estas sustancias, perdiéndose todo el halo mágico-religioso que durante decenas de siglos las acompañó y mantenía su ingesta restringida a ciertas personas (por rango, posición religiosa, actividad laboral, etc.) y a ciertos momentos (en la guerra, en las ofrendas divinas, en ciertos actos médicos, etc.) (Lorenzo, 1998).

El fenómeno de la drogodependencia es muy complejo; en él se implican dimensiones puramente médicas (somáticas y psíquicas) junto con otras de tipo sociológico, cultural, antropológico, ideológico, de política mundial. Resulta difícil estudiar uno de sus aspectos sin tener en cuenta las implicaciones derivadas de los demás. En la mayoría de los países conviven drogas aceptadas en el ámbito social, y legalmente permitida su producción, venta y consumo, junto a otras que están sancionada. En los países desarrollados, un elevado número de personas es adicto a drogas ilícitas, pero un número mayor aún lo son a drogas lícitas: tabaco y alcohol. El consumo de está último no sólo es permitido, sino propiciado por la publicidad consumista. La drogodependencia viene considerándose desde la década de los años setenta una auténtica epidemia y uno de los más graves problemas socio-sanitarios, debido al costo que representa en términos de vida, asociado con patologías somáticas y psíquicas, delitos contra la sociedad, descenso de la productividad laboral, conflictos familiares, etc. (Lorenzo, 1998)

2.1 ¿Qué son las drogas?

El término droga es amplio y antiguo, se utilizó en la farmacología clásica para designar a un medicamento en estado bruto, tal como aparece en la naturaleza. Manteniendo el criterio clínico, en 1969 la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo definió como "toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones". En 1982 la OMS intentó delimitar cuáles serían las sustancias que producían dependencias y declaró como droga de abuso "aquella de uso no médico con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento) y susceptible de ser autoadministrada". Una definición que me parece más precisa de droga se describe como "sustancia capaz de modificar la realidad favoreciendo la fantasía del hombre o evadiéndole de la dura existencia cotidiana para más tarde dominarle por entero hasta quebrantar sus fuerzas y su salud" (Lorenzo, 1998)

Actualmente, y desde la perspectiva médica y científica, se utiliza el vocablo droga para referirnos a un gran número de sustancias que cumplen las siguientes condiciones:

1. Ser sustancias que introducidas en un organismo vivo son capaces de alterar o modificar una o varias funciones psíquicas de éste (carácter psicotrópico o psicoactivo).
2. Inducen a las personas que las toman a repetir su auto administración, por el placer que generan (acción reforzadora positiva).
3. El cese en su consumo puede significar un gran malestar somático y/o psíquico(dependencia física y/o psíquica).
4. No tienen ninguna indicación médica, y si la tienen pueden utilizarse con fines no terapéuticos.

Por tanto, en el contexto que nos ocupa el término droga se aplica a "aquellas sustancias psicoactivas con acción reforzadora positiva, capaces de generar dependencia física, psíquica o ambas y que ocasionan en muchos casos un grave deterioro psicoorgánico y de conducta social" (Lorenzo, 1998).

La mayoría de las drogas tienen la particularidad de producir la adicción, ya que poseen efectos aparentemente placenteros que suelen llevar a quienes lo prueban, a buscarlas nueva y reiteradamente para experimentar dichos efectos. Aunque esto no ocurre en todos los casos, las personas psicológicamente más vulnerables tienden a recurrir a ellas con más frecuencia y en cantidades cada vez más frecuentes. Algunos autores estiman que el consumo de la sustancia debe estar asociado con la existencia de una nocividad social para poder considerar dicho agente una droga. La nocividad social puede establecerse a tres niveles: el familiar, el laboral y el personal. En el ámbito familiar produce disputas y graves conflictos de relación, abandono de responsabilidades, disgregación, etc. En el ámbito laboral se traduce en disminución de rendimientos, incremento de los accidentes, ausentismo, etc. En el ámbito personal hay un deterioro socioeconómico, conductas de vagabundeo, actos delictivos y proselitismo hacia el consumo (Lorenzo,1998).

La drogodependencia fue definida como tal por primera vez por la OMS en 1964 como "estado de intoxicación periódico o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética y caracterizado por:

- 1) Deseo dominante para continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio.
- 2) Tendencia a incrementar la dosis.
- 3) Dependencia física y generalmente psíquica, con síndrome de abstinencia por retirada de droga.
- 4) Efectos nocivos para el individuo y para la sociedad"

La "drogodependencia" es el consumo de sustancias psicoactivas que afectan las funciones cerebrales (tienen un efecto sobre el sistema nervioso central).

La drogadicción es la dependencia física y/o psicológica a una droga y pertenece a un grupo que llamamos "trastornos relacionados con sustancias" (de acuerdo la asociación psiquiátrica Americana), al que también pertenece el alcoholismo. Por lo tanto, la drogadicción y el alcoholismo son el mismo padecimiento pero con una sustancia diferente de uso.

2.2 Formas de consumo de drogas

La UNESCO distingue las siguientes formas de consumo de drogas:

1. *Experimental* : Es un consumo fortuito y durante un período de tiempo muy limitado. La droga se puede probar una vez o incluso varias veces, pero ya no se vuelve a consumir. La elección de la droga suele ser bastante indiscriminada y determinada por la oferta de los amigos y compañeros. Es un patrón inicial y común a todas las drogas. Los motivos de este consumo son variados, entre ellos tenemos: la curiosidad (conocer lo prohibido), el sentirse adulto (conducta iniciática), el sentirse parte de un grupo (conducta de integración) (Lorenzo. 1998).
2. *Ocasional*: es un consumo intermitente, cuya principal motivación es la integración grupal a través de mayores niveles de desinhibición personal. También pueden darse propósitos concretos, como la obtención de un mayor goce sexual. Este consumo se caracteriza porque la persona discrimina cuál es el tipo de droga que prefiere y dónde quiere usarla. Si estas circunstancias se dan con frecuencia aumenta el peligro de desarrollar una drogodependencia (Lorenzo. 1998).
3. *Habitual*: Es un consumo que tiene lugar a diario y presenta un doble propósito. Por un lado, aliviar el malestar psicoorgánico que la persona padece (dependencia física y/o psicológica) y, por otro mantener un rendimiento (caso de los consumidores diarios de cocaína). Existen alteraciones del comportamiento menores. No obstante, la persona dedica gran parte de su tiempo a pensar en la droga, buscarla y auto administrarla (Lorenzo. 1998).
4. *Compulsivo*: Es un consumo muy intenso, varias veces al día. Existe un trastorno muy importante del comportamiento que da lugar a un sinnúmero de consecuencias sociales (pérdida de trabajo, rupturas afectivas, vagabundeo, actos delictivos, etc.). El consumidor tiene una incapacidad de enfrentarse a los problemas básicos de la vida diaria por modelos normalizados. El consumo de la droga se hace aislado de los demás y su propósito es mantener "el funcionamiento

basal" y aliviar los síntomas claros de abstinencia que aparecen al dejar de consumir (Lorenzo, 1998).

Las dos primeras son formas episódicas de consumo y las dos últimas son formas crónicas, en las cuales existen características de dependencia claras. Los consumos habitual y compulsivo también reciben el nombre de consumos sistemáticos. El consumo ocasional puede ser de dos tipos: socio recreativo y circunstancial-situacional. El consumo socio recreativo está ligado a una "facilitación de comportamiento social", mientras que el *consumo circunstancial-situacional* es autolimitado y, generalmente, está unido a deseos de incrementar los rendimientos de tipo deportivo, laboral o sexual (Lorenzo, 1998).

2.3 Vías de administración de drogas

La vía de administración de la droga es un elemento muy importante, porque ésta tiene una consecuencia directa sobre mecanismos farmacocinéticas y farmacodinámicos de la sustancia y, por tanto, con relación a la mayor o menor rapidez con que se instaura la dependencia. Cuando las drogas se administran por vías que producen efectos placenteros inmediatos y su potencial de adicción es más alto. Hay cinco vías de administración, a saber:

1. *La oral*, en forma de ingestión, mascado o sublingual. Es la vía más utilizada para el consumo de anfetaminas, LSD, barbitúricos, y en la actualidad de las drogas de diseño. Es la única vía de consumo de alcohol (Lorenzo, 1998).
2. *La pulmonar*, la sustancia puede ser inhalada o fumada. Está vía es característica de la nicotina (tabaco), del *cannabis* y del *crack* (Lorenzo, 1998).
3. *La nasal* requiere que las sustancia sea aspirada (esnifada). Es la vía más utilizada para consumir cocaína. Aunque, prácticamente todas las drogas pueden esnificarse (Lorenzo, 1998).

4. *La rectal o genital*, aplicación de la sustancia sobre la mucosa anal o genital. Es una vía utilizada en el consumo de cocaína y también de heroína (Lorenzo, 1998).

5. *La parenteral* significa tener que utilizar una jeringa como utensilio imprescindible para la administración de la droga. Para muchos consumidores que usan esta vía existe toda una mística alrededor de la preparación de "la dosis": este ritual termina por enganchar a aquellos que una vez estuvieron convencidos de que jamás practicarían este tipo de consumo (condicionamiento clásico). Por otra parte, al administrarse de esta forma la droga se requiere menos cantidad para obtener igual gratificación; además, estos sentimientos placenteros se logran de manera casi instantánea cuando se usa la vía intravenosa (condicionamiento operante). La vía intravenosa junto con las vías intramuscular y subcutánea son las tres formas de administración parenteral. La vía subcutánea es conocida como la vía de los "novatos", paso intermedio entre aspirar o fumar y la vía venosa. La vía intramuscular es la vía de los "veteranos", utilizada como alternativa a la intravenosa cuando ésta resulta de difícil acceso debido al deterioro de las venas por las frecuentes inyecciones. La administración intravenosa se realiza usualmente a través de una de las venas del antebrazo. No obstante, todas las venas accesibles pueden ser utilizadas. Esta vía es la preferida por los consumidores de heroína y de los poli drogadictos (Lorenzo, 1998).

2.4 Clasificación de las drogas.

Las drogas con potencial de abuso pueden clasificarse desde diversos puntos de vista: según su estructura química, sus propiedades farmacológicas o su mecanismo de acción.

Los tres grupos principales de drogas psicotrópicas son los siguientes:

1. **DEPRESORES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Ó PSICOLÉPTICOS.** A este grupo pertenecen el alcohol, los sedantes (barbitúricos y tranquilizantes), los

narcóticos (opio, morfina, heroína, codeína) y las sustancias volátiles o inhalables (aunque éstas son igualmente alucinógenas) (Massün, 1991).

2. PSICOESTIMULANTES. Se entiende por psicoestimulante el fármaco capaz de estimular la conducta por un mecanismo que implica la reducción del umbral del sistema nervioso central. A este grupo al que pertenecen las anfetaminas, la cocaína, Metilenedioxianfetaminas, catinona y la cafeína (Flórez, 1992).
3. PSICOTOMEMÉTICOS. Se denominan psicotomeméticos, alucinógenos o psicodélicos a los fármacos capaces de producir alucinaciones, sentimientos ilusorios o ideas paranoides, es decir, efectos considerados como elementos integrantes de un cuadro psicótico. En este grupo se incluyen a los alucinógenos (LSD, mezcalina, psilocibina, fenciclidina) y la cannabis (hachís y marihuana). Esta última es una droga ambivalente, a la vez estimulante y tranquilizante, pero puede también provocar distorsión sensorial y en casos raros, alucinaciones. Puesto que tienen otras características aparte de las del grupo principal, se suele igualmente clasificar a la cannabis y a los inhalables como dos categorías independientes de drogas (Massün, 1991).

Algunas de estas drogas son *naturales*, como es el caso de la cannabis y sus preparados (marihuana, hachis); la coca y uno de sus componentes activos: la cocaína, el opio y sus componentes activos (morfina, codeína). Otras son *sintéticas* (es decir, se necesita algún tipo de elaboración química para su obtención), como la LSD, las anfetaminas (benzedrina, dexedrina), los barbitúricos (fenobarbital), los tranquilizantes (Librium, Valium). Otras más son productos químicos *industriales* como los llamados inhalables (gasolina, tolueno, Thinner, cemento plástico, pegamentos industriales, etc.). (Massün, 1999)

Una clasificación que sigue siendo útil es la sugerida por la OMS en 1975. A esta taxonomía le hemos añadido un importante grupo actual: las drogas de diseño.

Grupo 1º (opióceos): Opio y derivados naturales, semisintéticos o sintéticos: morfina, heroína, metadona, etc.

Grupo 2º (psicodepresores): Barbitúricos, benzodiazepinas y análogos.

Grupo 3º Alcohol etílico.

Grupo 4º (psicoestimulantes mayores): Cocaína y derivados (*crack*), anfetaminas y derivados, katina o norpseudoefedrina, etc.

Grupo 5º: Alucinógenos (LSD, mezcalina, psilocibina y otros).

Grupo 6º: Cannabis y sus derivados(marihuana, hachís)

Grupo 7º (sustancias volátiles): Solventes volátiles como tolueno, acetona, gasolinas, éter, óxido nitroso, etc.

Grupo 8º (psicoestimulantes menores): Tabaco, infusiones con cafeína, colas, etc.

Grupo 9º: Drogas de diseño(Lorenzo, 1998).

2.5 Tipos de drogas



2.5.1 Alucinógenos

Se puede encontrar en forma natural, como la psilocibina en algunas setas y hongos o como la mezcalina del cactus llamado Peyote. Otros son productos químicos producidos en laboratorios como el LSD (Dietilamida de ácido lisérgico) y el PCP (fenclidina), también llamado polvo de ángel. Los alucinógenos afectan fuertemente el sistema nervioso produciendo modificación de la percepción, distorsionando la manera como trabajan nuestros cinco sentidos. Las alucinógenas pueden ser excitadoras como el éxtasis o inhibitoras como el opio. Un prototipo de este grupo es el LSD y la Mezcalina (Cárdenas, 2003).

El primer problema al comer hongos alucinógenos es no equivocarse, ya que algunos hongos venenosos son muy parecidos. El tener un "mal viaje" es otro inconveniente, ya que la persona puede sentirse temerosa, ansiosa y fuera de control, con angustia y delirio. Esta sustancia se obtiene de un hongo parásito de la planta del centeno. Contiene principios activos usados en medicina y alcaloides específicos derivados del ácido

lisérgico. Sus principales efectos son alucinaciones visuales, auditivas y táctiles, variaciones extremas del estado de ánimo, aumento de la temperatura corporal y de la presión sanguínea. Se sufren distorsiones en la imagen del propio cuerpo, lo que puede provocar ataques de pánico. Las repercusiones mentales son graves, como trastornos del aprendizaje y del razonamiento abstracto, alteraciones de la memoria y la atención (Mossün, 1991)

2.5.1.1 LSD

La LSD o lisérgida es un derivado del ácido lisérgico, el núcleo característico de los alcaloides del cornezuelo de centeno. Su uso ha disminuido pero todavía permanece en determinados ambientes de consumo. Se absorbe bien por el tubo digestivo y sufre hidroxilación y conjugación hepática. Su semivida es de unas 3 horas, pero sus efectos psicotomiméticos son más prolongados; disminuye paulatinamente y durante las primeras 4-6 horas de la intoxicación y desaparecen al cabo de 12-18 horas. Aunque en sistemas periféricos la LSD se comporta como un antagonista serotoninérgico, en el SNC actúa como agonista parcial de los receptores 5-HT₂, tanto presinápticos como postsinápticos, pudiendo inducir efectos propios de los sistemas serotoninérgicos centrales, así como inhibir la activación de neuronas serotoninérgicas de los núcleos de rafe. En la intoxicación por LSD ("viaje") aparecen: a) cambios en la percepción o sinestias, sobre todo en la esfera visual y en la concepción subjetiva del tiempo, alteraciones de las imágenes y los colores (se oye el color y se ve el sonido), en general, ilusiones y pseudo alucinaciones, b) cambios en el umbral emocional con una mayor labilidad depresiva o maníaca, hipersugestionabilidad con incremento de la significación simbólica de objetos y acontecimientos ordinarios, y c) cambios en la organización del pensamiento, con profusión de ideas, descubrimiento de nuevas interrelaciones e interpretaciones, visión de lo absoluto o sensación de unidad cosmológica y trascendencia. Los cambios no son delirantes y los sujetos experimentados llegan a controlar en gran medida la intoxicación. Las sensaciones varían en función de la personalidad y predisposición del individuo y del entorno en el que realizó la experiencia (Flórez, 1992).

2.5.1.2 Fenciclidina.

El fármaco arilciclohexilamina tiene acciones psicotomiméticas, analgésicas, estimulantes y depresoras del SNC. Por sus propiedades similares a las de la ketamina se le utilizó como anestésico, pero se retiró al comprobarse su intensa actividad psicotomimética. Es fácil de sintetizar, lo que ha facilitado su considerable abuso (es conocida como PCP, "polvo de ángel" o "cristal"). Se administra por vía oral o intravenosa o se fuma. Se metaboliza en su mayor parte, siendo activos algunos de sus metabolitos. La fenciclidina se fija con afinidad variable a diversas localizaciones, principalmente en la corteza y en el sistema límbico, que presentan un estrecho parecido con el denominado receptor opioide, lugar al que también se fijan algunos opiodes con propiedades psicotomiméticas. Por otra parte, favorece la liberación de dopamina en el núcleo *accumbens* e inhibe la recaptación de catecolaminas, lo que podría explicar sus acciones reforzadoras y el que se comporte en parte como un estimulante de tipo anfetamínico. En relación con la LSD, la fenciclidina tiene menor actividad alucinógena y en ella predominan las reacciones psicóticas. A dosis bajas produce cierto grado de intoxicación con marcha titubeante, farfuleo, disestesias, nistagmo, sudoración y rigidez muscular catotónica. A dosis más elevadas provoca cambios en la percepción, desorganización del pensamiento y movimientos estereotipados (Flórez, 1992).

2.5.1.3 Cannabis (hachís y marihuana).

El consumo de las variedades de la planta del cáñamo (*Cannabis sativa*, en sus variedades india y americana) como sustancias embriagantes se remonta a la antigüedad, especialmente en culturas del oriente medio y del norte de África. La planta sintetiza al menos unos 400 productos químicos distintos, de los que más de 60 son cannabinoides. Desde un punto de vista psicoactivo, el cannabinoide más importante es el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC). La preparación de la *Cannabis* más popular en nuestro medio es el hachís, exudado resinoso de la planta presentado en pastillas de consistencia pétrea, que se consume deshecho al calor y mezclado con tabaco rubio. La marihuana es una preparación triturada y seca de las flores, hojas y pequeños tallos de la planta, que se fuma directamente en forma de cigarrillos. En general, el hachís es más concentrado que la marihuana. Tras inhalar el humo de un cigarrillo de marihuana de hachís los efectos son inmediatos, tienen su máximo a los 20-30 min. y pueden durar 2-3 horas. Tras la ingesta

oral, los efectos son más diferidos, más prolongados y de menor intensidad. Los cannabinoides desaparecen con rapidez del plasma y del cerebro pero, al ser muy liposolubles, tienden a acumularse en el tejido adiposo, eliminándose lentamente del organismo. De manera inmediata al consumirla se siente la boca y garganta secas, taquicardia, torpeza e incoordinación de movimientos, alteración del equilibrio y lentitud en los reflejos. Los vasos sanguíneos de los ojos se expanden por lo que siempre estos se ven enrojecidos. La distorsión que provoca la marihuana en la percepción del tiempo y la distancia hace que sean más probables los accidentes si manejan vehículos o se opera una máquina. Dependiendo de las características del usuario y del contenido de THC, así como la dosis y la frecuencia de consumo, pueden presentarse paranoia, alucinaciones intensas y psicosis tóxica aún en la primera experimentación. El THC se absorbe y se deposita en los tejidos grasos de diversos órganos permaneciendo en ellos por periodos prolongados, por eso puede detectarse hasta 4 semanas después de haber consumido marihuana. La marihuana limita la capacidad de incorporar, organizar y retener información, por lo que en los consumidores crónicos se evidencian problemas de memoria, falta de destreza verbal y dificultad en el aprendizaje de las matemáticas. Un cigarrillo de marihuana contiene la misma cantidad de ingredientes cancerígenos que 5 cigarrillos de tabaco, fumar marihuana también se ha asociado con rinitis, bronquitis, daño pulmonar y aumento de riesgo de cáncer. También hay evidencia de que se limita la capacidad del sistema inmunológico para combatir infecciones y enfermedades. Afecta el sistema humoral, en los hombres jóvenes el uso regular puede retrasar el inicio de la pubertad y reducir la producción de esperma. Para las mujeres el uso regular puede interrumpir el ciclo menstrual e inhiben la ovulación. Los bebés de consumidores de marihuana presentan bajo peso (Cárdenas, 2003).

2.5.2 Estimulantes

2.5.2.1 Anfetaminas

La anfetamina es una fenilisopropilamina de la familia de los fármacos adrenérgicos. Se absorbe bien en el tracto gastrointestinal y por vía oral sus efectos aparecen a los 30-60min. Atraviesa con rapidez la barrera hematoencefálica. Es hidrolizada y desmetilada en el hígado, eliminándose por la orina como p-hidroxiefedrina y

noradrenalina, y en parte sin metabolizar. Su excreción urinaria aumenta notablemente al acidificar la orina. Su semivida es de 10 horas. Entre los análogos de la anfetamina con potencial de abuso se encuentran: fenmetrazina, fendimetrazina, metilfenidato, pipradol, dietilpropión, pemolina y, sobre todo, metanfetamina, cuya semivida es de 5 horas. Una forma fumable de metanfetamina (el ice) presenta un potencial de abuso comparable a la cocaína base. El consumo de anfetaminas por vía oral se ha dado típicamente entre estudiantes, conductores de camiones y deportistas. La anfetamina y sus análogos presentan escasas indicaciones terapéuticas, se utilizan para combatir la narcolepsia (anfetamina) y en los síndromes de déficit de atención en la infancia (metilfenidato y pemolina). Las propiedades inhibitoras de las anfetaminas sobre el centro del apetito han promovido el desarrollo de análogos para el tratamiento de la obesidad: muchos de estos han sido descartados por sus efectos euforizantes y su riesgo de abuso. Las anfetaminas bloquean la recaptación de catecolaminas (dopamina y noradrenalina) y de serotonina. Además es capaz de penetrar en la terminación y provocar la liberación de dopamina y de noradrenalina. También puede activar directamente receptores adrenérgicos presinápticos y postsinápticos.

2.5.2.2 Éxtasis

Es una composición basada en las anfetaminas a la que se adicionan otras sustancias. Además de los efectos estimulantes y de acuerdo a la composición puede alcanzar propiedades alucinógenas, semejantes a las producidas por la mezcalina. Debido a que son producidos en laboratorios encubiertos, sin condiciones higiénicas, no existe control acerca de su composición y con frecuencia contiene impurezas y diferentes proporciones de sus compuestos, lo que facilita la intoxicación, ya que el consumidor no tiene control sobre la potencia de las sustancias que consume, son utilizadas con frecuencia en bebidas de bares y discotecas (Massün, 1991)

2.5.2.3 Cocaína

La cocaína es un alcaloide que se extrae de las hojas de la planta de coca (*Erythroxylon coca*), arbusto cultivado en las regiones tropicales de los andes y consumido por las civilizaciones inca. La cocaína se ha consumido habitualmente en forma de clorhidrato, inhalada por vía intranasal o fumada en cigarrillos con tabaco. Recientemente ha aparecido una nueva forma de consumo, consistente en la inhalación de cocaína base (Crack) mediante unos canutillos o en pipas de agua. Los efectos de la cocaína intranasal se empiezan a percibir al cabo de 3-5 min. Y alcanza su máximo a los 10-20 min. Por vía pulmonar (fumada) o intravenosa los efectos se producen a los 8-10 seg. Y desaparecen en unos minutos. La rapidez de inicio y término de los efectos dota a estas vías de administración una gran capacidad reforzadora. Químicamente, la cocaína es la benzoilmetilecgonina. La ecgonina es una base aminoalcohólica estrechamente relacionada con la tropina, el aminoalcohol de la atropina; es por tanto un éster del ácido benzoico y una base nitrogenada (Flórez, 1992)

Tiene aspectos de cristales blancos escamosos (uno de sus nombres en argot es nieve), y de manera característica posee un sabor amargo y provoca insensibilidad gustativa debido a su acción anestésica local. La cocaína o metiléster de benzoilecgonina se hidroliza en el plasma y también sufre transformaciones metabólicas en el hígado. Su semivida de eliminación es de 1 hora aproximadamente, aunque la duración de sus efectos guarda mejor relación con la semivida de distribución, que es mucho más corta. Es creciente el empleo por los policonsumidores, siendo relativamente frecuente la inyección simultánea de cocaína y heroína (combinación denominada *speedball*). La cocaína inhibe la recaptación de catecolaminas (dopamina y noradrenalina) y la serotonina. Es una de las sustancias más adictivas que se conocen. Hacen que el individuo se sienta con mucha energía, alerta y poderoso. Produce aumento del ritmo cardíaco y respiratorio, eleva la presión sanguínea, dilata las pupilas y disminuye el apetito; produce también; euforia, agresividad, psicosis y paranoia. También los consumidores experimentan sudor, cefalea, insomnio, visión borrosa, adormecimiento y ansiedad. Dosis altas intensifican los efectos ocasionando taquicardia grave, arritmias, temblor, pérdida de la coordinación, pérdida del conocimiento, isquemia cerebral, infarto. Puede ser administrada por vía nasal inhalando, en forma de "roca" para fumar y con base llamada crack para ser inyectada intravenosa (Lorenzo, 1998).

2.5.2.4 Crack

Derivado de la base con la que se produce la cocaína, se utiliza generalmente fumada. Tiene la apariencia de pequeñas astillas o piedritas blancas y su pureza es menor, por lo que es más barata y más accesible que la cocaína, sin embargo sus efectos nocivos son mayores y dependerán de los ingredientes que se agreguen a la base. Los efectos son semejantes a los de la cocaína como euforia seguido de una profunda depresión, se asocia a actos de violencia y puede provocar intensas psicosis. Si se consume durante el embarazo provoca productos de bajo peso, desprendimiento prematuro de placenta, aborto espontáneo, afecciones visuales, retraso mental y malformaciones. Los consumidores de esta droga sufren mayor riesgo de accidentes y de violencia, embarazos no deseados y enfermedades sexualmente transmisibles que los afectan a ellos y a la comunidad, además de la formación de redes de tráfico ilegal que desencadenan delincuencia (Cárdenas, 2003).

2.5.3 Depresores

2.5.3.1 Inhalantes.

El abuso de inhalables consiste en la aspiración de disolventes orgánicos volátiles o de gases anestésicos con fines intoxicantes. Entre los compuestos objeto de abuso destacan los procedentes de colas y adhesivos industriales (tolueno, xilenos), pinturas, barnices y lacas (hidrocarburos clorados como el tricloro y el tetracloretileno), y aerosoles (fluorocarbonos), así como la acetona y la gasolina, entre muchos otros. El abuso de colas constituye un problema especialmente grave cuando afecta a niños o adolescentes. Aunque sea un problema con dimensiones epidemiológicas reducidas, su gravedad reside en la toxicidad que ocasiona y en la dificultad que existe para tratar a las personas que se han hecho dependientes de estos productos. La mayoría de los niños inhaladores se encuentran en las etapas de la preadolescencia y/o adolescencia, son del sexo masculino en su mayoría y se inician en el consumo por una gran presión del grupo. Proviene de grupos o etnias socioeconómicamente bajos, sus familias están muy desestructuradas y viven hacinados en barrios con carencias sustanciales en estructura urbanística. Todos tienen un bajo rendimiento académico, grandes dificultades de aprendizaje y un gran absentismo escolar. Su fácil accesibilidad, bajo costo y fácil administración determinan

que sean unas de las drogas de la pobreza. El principal efecto de los inhalables es la depresión del SNC. Producen un estado de embriaguez con euforia, a la que siguen confusión, distorsión visual, delirio e incluso alucinaciones..A veces, la inhalación origina conductas agresivas. Dosis mayores pueden causar ataxia, nistagmo, disartria, somnolencia, coma y, en ocasiones, convulsiones. En cualquiera de las etapas pueden aparecer vómitos, tos estornudos e hipersalivación. Se han descrito casos de muerte súbita tras el consumo de inhalables por anoxia, aspiración del vómito, síncope vagal, arritmias cardíacas o traumatismos.

2.5.3.2 Opioides

Son el fruto de la planta amapola o adormidera (*Papaver somniferum*) cápsula globosa y achatada de la que se extrae un látex blanquecino que procesan hasta obtener el opio. Los opiáceos son las drogas derivadas del opio: la morfina, la heroína y la codeína. También se les llama narcóticos o estupefacientes La mayoría de los heroinómanos utilizan la vía intravenosa y son politoxicómanos: consumen benzodiazepinas y cannabis de forma más o menos regular, habiéndose incorporado recientemente la cocaína a su arsenal de policonsumo. Todos los agonistas opioides μ tienen propiedades reforzadoras. Por su gran liposolubilidad, éstas son mucho más notables en el caso de la heroína. En el organismo la heroína se desacetila en morfina que es la forma activa(Flórez, 1992).

La morfina tiene uso médico más frecuente como analgésico, pero esta droga rápidamente crea tolerancia, por lo que la somnolencia, el alivio de dolor y la disminución de la ansiedad decrecen progresivamente, hasta el grado que el adicto se ve obligado a inyectarse dosis muy elevadas para obtener los mismos resultados. La heroína no tiene usos en medicina, en su forma pura puede ser inhalada o fumada; provoca efectos sedantes muy parecidos a la morfina, somnolencia, depresión respiratoria, miosis, estreñimiento y espasmo bronquial, sin embargo fue todo lo contrario ya que es más tóxica y se genera rápidamente tolerancia, se presenta un importante síndrome de abstinencia presentando datos de diarrea, náusea, insomnio, dolor muscular e irritabilidad. Proviene también de la morfina y se utiliza para jarabes antitusígenos. Los efectos y las consecuencias de estas tres drogas son semejantes, mitigan el dolor, su consumo provoca euforia, despreocupación, relajación y bienestar. Más tarde el usuario se vuelve

introvertido y solitario. Paralelamente se pueden presentar náuseas y vómito, sensación de calor y depresión (Cárdenas, 2003).

Mecanismo de acción:

1. **Receptores:** Los efectos de los analgésicos opioides se explican por lo común, en términos de sus interacciones con **receptores para opiáceos y opioides** específicos en el SNC y tejidos periféricos. Varios subtipos de receptores intervienen en forma selectiva en estas acciones.
 - a. Los receptores mu (μ) ocasionan analgesia suprarraquídea, euforia y efectos respiratorios y de dependencia física.
 - b. Al parecer, los receptores kappa (κ) median la analgesia raquídea y los efectos sedantes y mióticos.

2. **Péptidos:** Se piensa que los receptores de opioides son activados por compuestos químicos endógenos bajo condiciones fisiológicas. Se han identificado varios péptidos naturales (**opiopeptinas**) que producen efectos morfínicos: incluyen dos pentapéptidos (leu-encefalina y met-enkefalina), un péptido de 17 aminoácidos (dinorfina) y un péptido de 31 aminoácidos (endorfina-beta). Estos péptidos se unen a los receptores de opioides y pueden ser desplazados de sus sitios de enlace por antagonistas opioides. Aunque aún no se sabe con exactitud si los péptidos actúan como neurotransmisores clásicos, al parecer modula la transmisión sináptica en varios sitios del encéfalo.

3. **Segundos mensajeros:** Los mecanismos que intervienen en la expresión de las acciones opioides después de la activación de los receptores, no se conocen con claridad. Ciertos receptores de opioides se acoplan a la adenilato ciclasa y pueden modular las funciones del AMP cíclico. Las acciones inmediatas de los opioides incluyen también inhibición de la entrada de calcio a las neuronas e incremento de la conductancia del potasio. Estas actividades pueden ser causa de los efectos inhibitorios observado por opioides exógenos y opiopeptinas sobre la actividad eléctrica de las neuronas en muchas regiones del SNC (Katzung, 1991)

2.5.3.3 Alcohol

En *corto plazo*, el consumo del alcohol produce generalmente estados eufóricos, junto con la supresión de las tensiones internas y de las inhibiciones. Con *dosis mayores* se produce la ebriedad: dificultades en la elocución y en la motricidad; doble visión (diplopía); problemas de concentración y fallas en la memoria, somnolencia y malestar general. En muchas personas, la pérdida del autocontrol suscita agresividad y violencia. El *uso excesivo y prolongado* causa graves daños a la salud, como inflamación del páncreas, úlcera, deficiencia nutricional (el alcohol impide la absorción de sustancias nutritivas tales como las vitaminas del complejo B); lesiones hepáticas o cerebrales e impotencia sexual, entre otros trastornos. La ingesta crónica de bebidas alcohólicas desarrolla un tipo de dependencia física muy fuerte, que provoca el síndrome de abstinencia, una de cuyas consecuencias es el conocido *delirium tremens* (Massün, 1999).

2.5.4 Sedantes Hipnóticos.

Los sedantes hipnóticos se administran por vía oral o intravenosa. Deprimen el SNC de manera no selectiva (a excepción de las benzodiazepinas que deprimen básicamente el sistema límbico) y dependiendo de la dosis, producen diferentes efectos. Dosis bajas disminuyen la intranquilidad, la tensión emocional y la ansiedad sin mermar ostensiblemente la percepción sensorial y el estado de alerta; dosis medias provocan calma o somnolencia (sedación); dosis altas, sueño (hipnosis farmacológica); y dosis mayores, inconsciencia, anestesia quirúrgica, coma y depresión fatal en las funciones respiratoria y Cardíaca. Los sedantes hipnóticos constituyen un grupo heterogéneo de fármacos que difieren en su estructura y sin embargo, tienen efectos similares.

Entre ellos se encuentran la glutetimida (Doriden®), la metacualona (Qualude®, Mandrax®, Revonal®), el hidrato de cloral (Noctec®), el meprobamato (Apascil®, Perquietil®), y los grandes grupos de benzodiazepinas y barbitúricos que difieren por el tiempo que tardan en comenzar sus efectos y por su duración. En el caso de las benzodiazepinas, hay de acción corta (menos de 5 hrs.) como el triazolam (Halcion®) y de acción prolongada (5 a 24 hrs.) como el bromacepam (Lexotán®), alprazolam (Tafil®), flunitracepam (Rohypnol®), el clorodiazepóxido (Librax®, Librium®, Decacil®), loracepam

(Ativán®), y diacepam (Alboral®, Valium®, Relazepam®, Ortopsique®). Entre los barbitúricos también hay de acción corta como el secobarbital (Seconal®); de acción media como el amobarbital (Tuinal®, Amital®); y de acción larga como el fenobarbital (Franol®, Nablan®, Comital®, Bellergal®). (Goodman, 1991)

Usos terapéuticos

La metacualona y las benzodiacepinas se emplean en el tratamiento de neurosis, sobre todo en casos de ansiedad, tensión emocional, histeria, reacciones obsesivas, estados depresivos con tensión, trastornos emocionales, síndromes de abstinencia producidos por alcohol y barbitúricos y en el control de algunas formas de epilepsia. Los barbitúricos de acción ultracorta se utilizan en anestesia, los de acción corta y media se usan como somníferos, mientras que los de acción larga se utilizan en tratamientos contra la epilepsia. Otras drogas empleadas para producir sueño que suelen administrarse a pacientes que no toleran las benzodiacepinas o los barbitúricos son el hidrato de cloral y el meprobamato.

Efectos psicológicos y fisiológicos

Los efectos sedantes de estos psicofármacos inician con un ligero trastorno de la atención y la capacidad de concentración. Disminuyen la ansiedad y la depresión al tiempo que desinhiben. Conforme avanza el estado sedante, el individuo se vuelve menos capaz de realizar actividades mentales o motoras; los movimientos se hacen cada vez más torpes y se vuelve difícil caminar o mantenerse en pie ya que la velocidad de reacción y la coordinación muscular se afectan de modo progresivo debido al deterioro de la conciencia de vigilia. Pueden producir distintos grados de amnesia al bloquear la transferencia de información desde la memoria inmediata a la de largo plazo. Según Escotado, los sedantes hipnóticos amortiguan la actividad psíquica, creando una analgesia de tipo intelectual llamada ataraxia o «tranquilidad moral», al disminuir el ritmo de reacción e ideación. Las benzodiacepinas, aunque son menos tóxicas que los barbitúricos, provocan desinhibición, ataraxia, disartria y errores en el rendimiento. Todos los sedantes hipnóticos producen efectos clínicos acumulativos (con la repetición de la dosis), sinergismo aditivo o supraditivo (cuando se administran con otra clase de sedantes o alcohol) y residuales

(después de la terminación del tratamiento). A largo plazo lesionan las funciones sexuales. Además, los barbitúricos son fármacos muy duros para el hígado y el riñón, lesionan el cerebelo, producen erupciones cutáneas, dolores articulares, neuralgias, caídas de tensión, estreñimiento y tendencia al colapso cardiaco. Es importante destacar que no se debe conducir o manejar maquinaria bajo los efectos de este tipo de fármacos.

Potencial de dependencia.

Los sedantes hipnóticos tienen un alto potencial de tolerancia y adictividad tanto física como psíquica. A los pocos meses de administraciones altas de benzodiazepinas, el síndrome de abstinencia se manifiesta en deformaciones perceptuales, desmayos e hiperreactividad a estímulos externos con convulsiones hasta el décimo segundo día de la supresión. En el caso de los barbitúricos, los síndromes de abstinencia son más graves, de hecho son semejantes en morbilidad y mortalidad a la abstinencia de alcohol en dipsómanos. La suspensión súbita de barbitúricos puede producir ataques epilépticos graves e incluso mortales, aunque como se desasimilan de modo lento, la reacción de retirada puede producirse una o dos semanas después de la interrupción. La aparición de la tolerancia no hace retroceder los límites de las dosis letales y al ir en aumento las tomas va reduciéndose el margen de seguridad para el usuario. Para que se desencadene el síndrome abstinencial bastan cuatro semanas de usar a diario dosis altas y seis con dosis medias. Entre sus síntomas se encuentran: inquietud, nerviosismo constante, temblores, debilidad, náuseas y vómito. Estos síntomas son progresivos y llegan a ser más graves que los producidos por opiáceos, suscitando un cuadro de *delirium tremens* con crisis epilépticas cuyo desenlace es muchas veces mortal (Goodman, 1991).

2.5.5 Tabaco en la familia Solanaceae

El tabaco (*Nicotina tabacum*) es una planta originaria de América, de uso mundial. Su principio activo es la nicotina un alcaloide líquido y oleaginoso, que estimula y seda al sistema nervioso central y periférico, es la responsable de la dependencia y de los fenómenos asociados de tolerancia y habituación. La cantidad de nicotina de cada cigarrillo oscila entre 0.6 y 10 mg, dos tercios se esparcen en la atmósfera y un tercio es absorbido por el fumador. Además de la nicotina el humo del tabaco contiene sobre 4,000 diferentes productos químicos ya identificados. Tienen efecto nocivo sobre las células y los tejidos, destacan: los alquitranes, en los que se han encontrado 47 sustancias carcinogénicas y promotores tumorales, los más comunes son benzopireno, aldeos, fenoles, elementos radiactivos y metales, entre otros. En la fase gaseosa se produce de manera importante monóxido de carbono, que compite con la capacidad de oxígeno (Betancourt, 2001).

Recompensa y mecanismos de las drogas de abuso

Clase de droga	Droga	Recompensa	Mecanismo de acción	Transmisor
Estimulante	Cocaína	Euforia, excitación	Inhibición de la recaptación de serotonina	Dopamina, noradrenalina
	Anfetaminas (éxtasis)	Euforia, excitación, Alteraciones de la Percepción	Liberación de monoaminas e inhibición de la recaptación	Dopamina, noradrenalina, Serotonina.
	Nicotina	Euforia, concentración, relajación.	Activación de NicAChR produciendo liberación de NT, desensibilización de NicAChR	Dopamina, noradrenalina, Acetilcolina
	Cafeína	Anti-fatiga, concentración	Antagonismo del receptor de adenosina intensificando la liberación de NT	Noradrenalina
Depresores	Alcohol	Euforia, relajación, amnesia	Aumento de la liberación de DA, Potenciación en los GABA _A R, inhibición en los NMDA R	Dopamina, GABA, glutamato
	Benzodiazepinas	Ansiólisis	Potenciación en los GABA _A R	GABA
	Barbitúricos	Sedación	Potenciación en los GABA _A R	GABA
Anestésicos disociativas	Fenciclidina, ketamina	Relajación, amnesia, alteraciones de la percepción	Bloqueo de los canales de los NMDA R	Glutamato
Analgésico	Morfina, heroína, metadona	Euforia, relajación, analgesia	Agonista en los receptores opioides	Endorfinas
Cannabinoides	Cannabis, Tetrahidrocannabinol	Euforia, relajación, alteraciones de la percepción	Agonistas para los receptores específicos ligados a proteínas G	¿Anandamina?
Alucinógenos	Dietilamida de ácido lisérgico, mescaliba	Alteraciones de la percepción	Agonistas (y antagonistas) en los receptores específicos de serotonina	Serotonina, dopamina

Recompensa y mecanismos de las drogas de abuso. (DA, dopamina; GABA, ácido γ -aminobutírico; GABA_A R, receptor GABA_A; NicAChR, receptor nicotínico de acetilcolina; NMDA R, receptor de N-metil D-aspartato; NT, neurotransmisor)

CAPÍTULO III ADICCIONES

Se ha definido *adicción* como una conducta motivada por un impulso irresistible a ejecutar algo irracional o contrario a la voluntad del que lo ejecuta (Cárdenas, 2003).

Es un síndrome constituido de diversos síntomas y signos dependiendo la droga o situación debido a que no solo es aplicable al uso de drogas sino también a actividades tales como el uso continuo, que se intensifica, efectos colaterales al suspender su utilización (síndrome de abstinencia), el tiempo prolongado y constante de empleo así como la gran problemática personal y social que acarrea al usuario. Un Adicto ó también llamado toxicómano persona acostumbrada al uso habitual y excesivo de una sustancia química, autoadministrada indiscriminadamente, siendo incapaz de liberarse por sí misma de dicha dependencia perjudicial para su salud.

La adicción tiene consecuencias psicológicas, neurológicas, sociales y biológicas. Cualquier persona puede padecer un trastorno relacionado con sustancias, no es exclusiva de ninguna condición social, económica ni cultural. La persona que abusa de sustancias usualmente no es consciente de que se trata de un padecimiento y esto influye en el hecho de que solo un grupo pequeño acude a tratamiento por abuso de sustancia. Con la palabra "sustancias" se hace referencia a drogas de abuso o a medicamentos: alucinógenos, anfetaminas, cannabis, cocaína, fenciclidina, inhalantes, nicotina, opiáceos, sedantes, hipnóticos, ansiolíticos (Cárdenas, 2003).

3.1 Factores de riesgo a las adicciones.

Los elementos de riesgo que hay que identificar en los jóvenes proclives al uso de sustancias nocivas entre otras son:

- Historia familiar de abuso
- Depresión
- Baja autoestima
- Falta de pertenencia
- Problemas escolares

- Uso de drogas en padres o amigos
- Conductas de riesgo psicosocial

Existen señales que pueden orientar a médicos, maestros y familiares, y son:

- Físicas: fatiga, quejas continuas acerca de su salud, ojos rojos y sin brillo, tos persistente
- Emocionales: Cambios de conducta, cambios rápidos de estado de ánimo, irritabilidad, comportamiento irresponsable, baja autoestima, depresión y en general falta de interés.
- Familia: Desobedecer las reglas, siempre tener excusas y retraerse o dejar de comunicarse con la familia. Escuela: interés decreciente, actitud negativa, falta al deber, calificaciones bajas, ausencias frecuentes y problemas de disciplina.
- Problemas sociales: Amigos nuevos a quienes no les interesan las actividades normales de la casa y la escuela, problemas con la ley y el cambio hacia estilos poco convencionales en el vestir y en la música.

Algunos de los síntomas más típicos de la adicción son:

- Daño o deterioro progresivo de la calidad de vida de la persona, debido a las consecuencias negativas de la conducta adictiva.
- Pérdida de control caracterizado por una práctica compulsiva de la conducta adictiva.
- Negación o autoengaño que se presenta como una dificultad para percibir la relación entre la conducta adictiva y el deterioro personal.
- La continuidad de la práctica, a pesar del daño personal y familiar involucrado como consecuencia.

Lo habitual es que el paciente no se de cuenta de su problema y sea alguien externo quien reconoce una conducta compulsiva.

En México, otro grupo vulnerable son los llamados niños de la calle, quienes en su mayoría consumen solventes inhalables. En ellos se señalan como factores relacionados al consumo de drogas el abuso sexual y la prostitución, la escolaridad baja, el abandono de la escuela, el empezar a trabajar a edad temprana, el poco o nulo contacto familiar, el haber emigrado de zonas rurales y si la madre, hermanos y amigos consumen drogas (Cárdenas, 2003)

Los poderes atribuidos a las drogas poseen connotaciones simbólicas que las transforman en objetos de deseo con sentido y significado para los consumidores. La gran tentación sobre su consumo representa la posibilidad de exteriorizar conductas de desafío, transgresión, autoafirmación, fuerza, poder, seguridad, identidad, conquista, etc., ofrece transfigurar la realidad instantáneamente, sin esfuerzo y sin compromiso. La adicción es un problema de decisiones y de tránsitos para el individuo que se enfrenta al consumo de las drogas bajo tres posibilidades: la conducta de dependencia, de hábito o de circunstancia. Es pauta de conducta de dependencia o adicción, cuando el apego o la compulsión por el consumo de alguna droga significa un compromiso psicológico que involucra por completo la vida del adicto (Rodríguez, 2000).

Es pauta de hábito cuando el ejercicio de la repetición de una acción que conduce al consumo de alguna droga se relaciona con momentos particulares que generalmente son compensatorios a un deseo o gratificantes, pero que no involucra necesariamente la sumisión al consumo. Es pauta de circunstancia, cuando cumpliendo rituales de relación social y a pesar de tener plena conciencia del peligro a la adicción, el individuo se involucra en el consumo de drogas durante eventos sociales, ocasionales. De ahí que las adicciones se instalen en la coyuntura de momentos y circunstancias donde el individuo tiene posibilidades de reivindicar su autonomía sobre la decisión del consumo, aunque sepa de antemano que siempre corre el riesgo de ser él quien se instale en la adicción (Rodríguez,2000).

Es importante decir que el adicto casi siempre experimenta culpa y por lo tanto las adicciones no siempre se acompañan de placer. Por otra parte, las adicciones no sólo son las que se derivan del consumo de sustancias que modifican químicamente la conciencia; las adicciones también ocurren frente al televisor, el juego de azar, la computadora, el trabajo, situaciones de alto riesgo, etc. Es decir, adicción es fundamentalmente alineación, pero no sólo eso, pertenecer al mundo de las drogas es también posibilidad de pertenecer a un grupo social, que en el caso de los adolescentes y jóvenes, constituye un punto de partida en la construcción de su identidad. Razón por la que es realmente difícil pensar en el inicio solitario de las drogas, y en su inicio tardío (Rodríguez,2000).

La familia del adicto se caracteriza por una falta de límites claros, ausencia de normas sociales, incongruencia en las jerarquías, los padres suelen no tener una buena relación con sus hijos. El drogadicto, generalmente, carece de ocupación estable definida y manifiesta riesgo de caer en la delincuencia.

Signos de Adicción: Familiares o amigos pueden sospechar sobre que algo está ocurriendo. Ante esta sospecha sería importante comenzar a buscar información y orientarse con algún especialista en la materia. El síntoma primordial es el uso de una o más sustancias, independientemente de la cantidad o la frecuencia. Se observa que una o más de sus áreas personales (familiar, laboral, estudios, física, económica, legal) se verán afectadas. Generalmente el adicto aprende a ocultar y negar lo que le sucede y es difícil enfrentarlo. Se debe tener en cuenta que es un padecimiento crónico, es decir que se desarrolla a través de años y comienza siendo muy sutil. La persona se va debilitando por el consumo y empieza a tener fallas y conflictos en muchas de las áreas de su vida cotidiana, como pueden ser las relaciones sociales, familiares, académicas o laborales.

Causas: El origen de la drogadicción depende de muchos factores: existen factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales. Los estudios demuestran que pueden existir cambios neuroquímicos en estas personas, y que es posible que exista predisposición genética a desarrollar este trastorno, aunque este punto todavía está estudiándose. Incluso la sociedad puede contribuir en el desarrollo de patrones de abuso o dependencia de una sustancia.

Modelos conductistas se han centrado en la conducta de la búsqueda de sustancia. Consideran que habría 4 principios conductuales que rigen esta conducta: reforzamiento positivo, efectos adversos de las sustancias (algunas de estas sustancias están asociadas a experiencias agradables luego de la primera toma). La persona debe ser capaz de diferenciar la sustancia de la que se abusa de otras; la mayoría de las conductas de búsqueda se asocian a otras señales que se relacionarán con la experiencia del consumo. La naturaleza precisa de la adicción continúa siendo motivo de estudio.

3.2 Problemáticas que causan las adicciones.

El consumo de las drogas entre jóvenes produce ambientes psicológicos complejos, por un lado, constituyen la posibilidad de espacios para la comunicación, la formación de identidad y códigos para la cohesión de un grupo. Los grupos pueden favorecer conductas de contención, reflexión y vínculos afectivos que proveen aceptación y seguridad, pero por otro lado, el consumo de drogas entre jóvenes también puede derivar en la constitución de espacios para el despliegue de conductas violentas y de autodestrucción. La Organización Mundial de la Salud, define al fenómeno de la fármaco-dependencia como "un estado psíquico y a veces físico causado por la interacción de un organismo vivo y un fármaco (droga) caracterizado por modificaciones de comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar el fármaco en forma continua o periódica con el fin de experimentar sus efectos psíquicos y para evitar el malestar producido por el síndrome de privación". Se entiende que la adicción se instala cuando existen las siguientes cuatro características: dependencia psíquica, dependencia física, tolerancia a cada vez mayor cantidad de droga y síndrome de abstinencia (Rodríguez,2000).

3.3 La adolescencia

El término "adolescencia" proviene del latín *adolescere*, que quiere decir "crecer", "crecer aceleradamente". Debe distinguirse de la *pubertad*, que se refiere al crecimiento físico de maduración y que se encuentra muy ligado a los cambios hormonales que provocan la aparición de los caracteres sexuales secundarios y de otras transformaciones somáticas (corporales). La adolescencia designan a más bien los aspectos psicológicos y sociales, también de maduración, que se inician con y por la pubertad, es pues un proceso de hacerse adulto. La adolescencia representa una crisis, más no en el sentido que los adultos suelen darle (como problema), sino como una situación de la que el joven puede salir con una energía firmemente orientada hacia la maduración completa, o bien perder todo lo ganado y acuñar una personalidad inmadura, distanciada de la salud mental. La adolescencia representa una posibilidad enorme, es la última oportunidad de superar las actitudes infantiles, de adquirir conciencia de los verdaderos valores humanísticos y de conducirse, de manera ya definida, hacia la individuación total.

La trascendencia de este proceso, que se prolonga durante varios años (para algunos toda una década), se comprende mejor cuando nos representamos esquemáticamente las diferencias entre el niño y el adulto. El niño se rige por el principio del placer ("todo lo que me satisface es bueno"), carece de sentimiento de identidad, no es autónomo ni responsable y considera a los demás como sus satisfactores, permaneciendo pasivo, dependiente e irracional. Un adulto que ha alcanzado la madurez sabe quién es y lo que espera de la vida; ésta tiene para él un sentido, puesto que ya logró la autonomía emocional y es, consecuentemente, responsable de su conducta; además, como lo expresó el doctor Fromm, es capaz de relacionarse con los demás mediante la razón y el afecto. Pues bien, la diferencia entre niñez y adultez es la adolescencia. (Velasco, 1997)

Los cambios psicológicos que podemos llamar universales, porque ocurren inevitablemente en todo adolescente, en cualquier ambiente social y momento histórico que viva su comunidad, son los siguientes: a) el aumento de la agresividad, b) el aumento de la capacidad para el pensamiento abstracto, c) la intensificación de la imaginación y la fantasía, y d) la intensificación del impulso erótico. El niño iniciará el camino de la adolescencia viviendo en su intimidad estos cambios forzados u actuando en un escenario como el descrito. Pero también se afianzarán sus rasgos de carácter, aquellos que ya apuntaban desde temprano en su vida y que ahora tipificarán su personalidad. Algunos autores han preferido hablar de "tareas" cuando se refieren a los cambios que se van produciendo en el camino del niño hacia la adultez. Puede decirse que son transformaciones psicosociales universales, aunque con las variantes que cada cultura implica. Pueden mencionarse las siguientes: a) la adquisición de un sentimiento de identidad, b) la consolidación de la auténtica vocación personal, c) la individuación mediante la emancipación de los padres, d) la integración de un completo y armónico desarrollo de la sexualidad, y e) el encontrar un sentido a la existencia.

Son muchos los autores que desde ángulos diferentes y con nombres distintos han abordado el tema de la identidad (autognosis, autodescubrimiento, autodefinición, segundo nacimiento). Podemos entender el sentimiento de identidad como la posesión de una imagen y una visión de nosotros mismos, que depende de nuestras propias experiencias y de la valoración que los demás hacen de nosotros. En él está implícito el sentimiento de continuidad vital: la conciencia de que somos los mismos, pese a los cambios y a la ruptura del encantamiento infantil. Eduardo Spranger, filósofo alemán que

escribió un célebre libro sobre la edad juvenil, llama a este proceso el descubrimiento del yo, dice que el niño, el yo y el mundo parecen unidos (los estudios de Piaget parecen darle la razón), pero en la pubertad se separan y el joven comienza a reflexionar sobre sí mismo ejerciendo una introversión autoanalítica. El descubrimiento del yo interno despierta sentimientos de soledad y la necesidad de hacer experimentos de conducta para llegar a establecer la unidad deseada. (Velasco, 1997).

La consecuencia es que el adolescente revisa entonces todas las ideas que hasta ese momento había aceptado como incuestionable, y aparece así como un rebelde que cuestiona las costumbres, las tradiciones, la familia y las instituciones sociales. Por eso es que la pregunta ¿Quién soy yo? acosa al joven, quien con frecuencia desea ser actor, y ama e idealiza a los actores. Spranger considera como un índice de madurez el hecho de que el adolescente logre la unificación de los diversos egos en pugna, lo que le permite alcanzar un grado relativo de estabilidad, de armonía y de aceptación de sí mismo. Estas ideas se complementan bien con lo expresado por Eric Erikson, uno de los autores más reconocidos en el tema de la identidad. Según él, el joven se enfrenta a una revolución fisiológica dentro de sí mismo, que amenaza a su imagen corporal y a su autoconocimiento. Empieza a preocuparse por lo que aparenta ser ante los ojos de los demás en comparación con el sentimiento que tiene de sí mismo. La identidad implica la integración de las experiencias previas, así como la tentativa consciente de hacer que el futuro forme parte de su plan de vida personal. Si esta integración no se logra, existe el riesgo de que el papel que el joven ha de desempeñar como individuo aparezca difuso a sus ojos. Puede ocurrir entonces incidentes indeseables, como el probar drogas ilegales, ya que ante esas indefiniciones el joven no cuenta con un marco de orientación seguro. Durante las tentativas iniciales para establecer la identidad del yo, existe cierta imprecisión acerca del papel que se ha de desempeñar.

En este punto Erikson, aunque por caminos distintos, coincide con Spranger al decir que el adolescente puede llegar a extremos graves de sobreidentificación, lo que a su vez conduce a una rebelión contra el dominio y la intrusión de los padres en su vida privada, precisamente porque necesita separar su identidad de la de sus progenitores. Pese a todo, el joven experimenta una necesidad desesperada de pertenecer socialmente a un grupo. Esta es, probablemente, la mejor explicación de por qué al muchacho le cuesta tanto trabajo rechazar las invitaciones de sus amigos a probar sustancias prohibidas. Si se

tiene en cuenta esta búsqueda de la identidad a través de estereotipar de sí mismo, la fidelidad como valor supremo de la adolescencia y el idealismo por el que casi forzosamente se atraviesa, entonces, se tiene la explicación del éxito de ciertas ideologías entre los jóvenes. El ejemplo más claro de esto lo ha dado el totalitarismo hitleriano, que ofrecía identidades convincentes. Al dedicarse vehementemente a una causa, el joven llena el vacío que en él va dejando la separación progresiva de sus padres, algunos otros jóvenes se unen a ellos en la búsqueda de un ideal "puro", subordinando el amor por otros al amor por una causa. Es posible que eso sea el inicio de un dogmatismo, es decir, de una explicación única y pretendidamente infalible del mundo, de la política y de los valores universales. ¿ Entonces la adolescencia implica graves riesgos? Sí , y muchos, pero no olvidemos que es, al mismo tiempo, la posibilidad de fraguar una personalidad sana, ajena a las actitudes y a las acciones antisociales. (Velasco, 1997)

El proceso de adquirir una identidad está muy relacionado con el hecho de que la fidelidad es la virtud central durante la adolescencia. La fidelidad y la fe son virtudes sin las cuales no se puede alcanzar una personalidad sana, sólida. Esas cualidades son tan necesarias para la adaptación del hombre a su medio como lo son los instintos para los animales, de tal modo que su ausencia puede favorecer que el individuo se ligue a los grupos de conducta desviada. El grupo, en efecto, ofrece la oportunidad de asirse a algo, de tener fe en lo que parece importante. El adulto (y si es maestro con mayor razón) debe tener esto en cuenta al tratar de educar al hijo o al alumno, porque ello le da una visión más objetiva de lo que está ocurriendo en el interior del joven. Algunos de los psicoterapeutas que atienden a los jóvenes con problemas de conducta tienden a darle demasiada importancia a los sucesos ocurridos en la infancia, sobre todo a los que están relacionados con la educación recibida en el hogar. Ciertamente estos son hechos influyentes, pero enfatizarlos de manera excesiva puede llevar al adolescente a encontrar culpables que lo relevan de su propia responsabilidad: "si todo proviene de la niñez, entonces alguien tiene la responsabilidad de mi presente". Los maestros deben estar alerta ante estos errores, pues con frecuencia nuestros muchachos no tienen más psicoterapeuta que el profesor. No debemos minar la capacidad de los jóvenes para responsabilizarse de sus actos recurriendo a una salida fácil. La identidad se forma con elementos positivos (lo que creemos que debemos ser y esperamos llegar a ser) y negativos (lo que no deseamos ni esperamos ser).

El adolescente es vulnerable debido a esa dualidad, ya que puede llegar a identificarse con los elementos negativos cuando su situación vital obstaculiza la formación de una identidad positiva. Dado que el sentido de la identidad empieza a formarse desde que el niño reconoce a su madre y es reconocido por ella como un individuo aparte, nada tiene de raro que al llegar a la adolescencia, después de atravesar por varios estudios, se haya acumulado un caudal negativo de "identidades" parciales, integrado por lo que ha sido vergonzoso y castigado, o por lo que ha engendrado culpa, como haber fallado en la competencia y haber caído en la maldad. A la luz de un futuro anticipado, la identidad es la reestructuración de todas las identificaciones previas.(Velasco, 1997)

De la identidad meramente personal se trasciende a una de carácter psicosocial, es decir, al sentimiento de que uno pertenece a un grupo particular, con un sistema de vida también particular. Los ritos de la pubertad que se dan en los pueblos primitivos son el precio que se ha de pagar por ganar el sentimiento de solidaridad social. En este sentido, es posible que a mayor tecnificación y diversificación de la sociedad mayores sean las dificultades para alcanzar una identidad sana. La siguiente tarea de la adolescencia es la individuación, si pasamos por alto la de la realización vocacional, que puede quedar asimilada a la del sentimiento de identidad. En el sentido que aquí le damos, la individuación debe entenderse como la emancipación de los padres. Este es un proceso que no puede considerarse unilateralmente, ya que aquí la reacción de los adultos entra en juego como elemento determinante. En virtud de que los conceptos de sí mismo y del mundo han sido determinados por la estabilidad de la relación con sus padres, al avanzar hacia la independencia el adolescente se siente confuso y amenazado. Cuando niño, creía "a pie juntillas" en los juicios de sus padres sobre lo que está bien o mal, o acerca de quién es bueno o malo, etc. Pero en la pubertad se pone todo esto en duda, e incluso se cae en el extremo del oposicionismo total (se prefieren las amistades prohibidas, por ejemplo). Puede suceder que esta actitud oposicionista se prolongue por algún tiempo, hasta que el joven descubra que "en realidad, no es eso lo que deseaba", y por primera vez su decisión estará basada en su propia experiencia. Es necesario comprender la actitud ambivalente del adolescente. Éste, en su interior, necesita desesperadamente a sus padres y no desea renunciar a su amor y a su cuidado, pero al mismo tiempo siente la necesidad de hacerse autónomo, de reconsiderarlo todo y de ser responsable. En lo exterior, es decir, en cuanto a la conducta que exhibe, es rebelde o negativista por periodos recurrentes, seguidos de otros de sumisión y aceptación que desconciertan a

sus padres. Así, se da el caso de un niño que aún necesita guías pero no las acepta, que carece de protección y sin embargo la rechaza, porque se encuentra en la tarea de desencantar al mundo, de despojarlo de la ingenuidad y de lo mágico.(Velasco).

Puede decirse que el proceso de la individuación son inevitables los sentimientos de soledad, de vergüenza y culpa, matizados por la angustia, que es, en buena medida, angustia existencial. Otra consecuencia es el confrontación entre generaciones, aunque en este asunto intervienen otros elementos igualmente importantes. El choque generacional es un fenómeno complejo, en el que el adulto parece haber reprimido sus sentimientos y conflictos adolescentes, lo que le impide identificarlos en su propio hijo para comprenderlo y ayudarlo. Para seguir |con nuestro esquema, veremos ahora cómo se enfrenta el adolescente a los cambios relacionados con la sexualidad Hemos dicho que ha de integrarla armónicamente, pero ello implica llevar a cabo otras tareas, las cuales pueden enunciarse así: a)la orientación hacia la genitalidad a partir de la intensificación del erotismo; b)la incorporación de la sexualidad al esquema de la personalidad, c) el logro de una identidad sexual, y d) la aceptación de la identidad lograda. La intensificación del erotismo tiene bases orgánicas y es inevitable ("el despertar del sexo", como se dice equivocadamente). Dicha intensificación conduce, casi necesariamente, a la curiosidad sexual, a la heterosexualidad y a la masturbación. Debería ser una adquisición sin tropiezos, como la de caminar o la de hablar, pero los prejuicios que aún existen en las sociedades modernas impregnan de culpa y vergüenza este proceso. Si la sexualidad intensificada resulta un fardo de difícil manejo, entonces se puede llegar a la negación total de su existencia (ascetismo).

La identidad sexual es un paso obligado y constituye una parte importante de la identidad total del ego. Se ve precedida de titubeos, dudas, inseguridad y angustia. Muchos adolescentes atraviesan por una homosexualidad ideatoria (que incluso puede concretarse en experiencias placenteras), que no es verdadera homosexualidad. Pero en este punto hay que tener en cuenta ciertas diferencias entre los sexos. El varón no puede negar la existencia de los impulsos sexuales, que son imperiosos y biológicamente específicos. En la mujer esos impulsos son más difusos y ambiguos, y según algunos estudios de cierta confianza, menos imperiosos, más controlables. La indefinición sexual por la que atraviesa el adolescente puede ser fuente de angustia, dependiendo en buena medida de la actitud de los adultos y, sobre todo, de sus compañeros.(Velasco).

En relación con la identificación sexual, recordemos la importancia de las figuras paterna y materna, con sus cualidades y defectos, sus intromisiones y temores. En las culturas primitivas suele darse una solución eficaz y cómoda al problema mediante ritos sencillos e incluso ingenuos. La influencia de la cultura y del momento histórico que vive la sociedad a la que se pertenece deben considerarse también, y así evitaremos las interpretaciones fáciles y demasiados simples, aunque éstas se expresen en un lenguaje aparentemente "profundo". La aceptación de la identidad sexual y la identidad propiamente dicha parecen una misma cosa, pero aquella implica responsabilizarse de la actividad sexual y de los papeles sociales señalados por la comunidad. Esta es una tarea del final de la adolescencia que puede malograrse, obstaculizándose así la madurez de la personalidad en la vida adulta. Desde el punto de vista psicosocial, el logro de un adecuado sentimiento de intimidad es fundamental en la segunda mitad de la adolescencia, pues a medida que el joven alcanza su identidad tiene la necesidad de orientarse hacia los demás en búsqueda de relaciones interpersonales maduras. La intimidad es la capacidad de fusionar la identidad propia con la de otras personas, sin experimentar la angustia de que al hacerlo así se pierde parte de sí mismo. Si esta capacidad no se ha desarrollado suficientemente, no se está preparando para el matrimonio, entendido éste como una institución social. Sucede que a veces un joven busca su propia identidad a través de otra persona, a quién ha elegido para resolver severos conflictos inconscientes, una situación semejante garantiza prácticamente la infelicidad de la unión. Muchos autores tienden a considerar que la adolescencia se divide en dos períodos, a cada uno de los cuales le corresponden ciertas tareas y actitudes. Por ejemplo, las características de la adolescencia *temprana*, serían: a) la rebelión contra los adultos y sus valores, b) la creación de una subcultura en la que el grupo de muchachos adquiere gran importancia, c) la intensificación y la expresión de las urgencias y los sentimientos sexuales, primero a través de fantasías, luego en la actividad masturbatoria, d) el incremento de la agresividad, apoyado en el crecimiento físico, e) el aumento de la capacidad de abstracción, y f) la aparición de actitudes y conductas caracterizadas por cambios impredecibles y numerosos intentos por experimentar situaciones nuevas.

La segunda etapa sería la de la *resolución* de la adolescencia algunos años después, lo que implica: a) el logro de la separación de los padres, la individuación, b) el establecimiento de la identidad sexual, c) la capacitación para el trabajo, d) el desarrollo

de un sistema personal de valores, e) la capacidad para experimentar el amor maduro y la relación sexual, y f) una vuelta a los padres en una nueva relación fundada en la igualdad. Está división de dos periodos del proceso que conduce a la adultez ayuda a comprender la secuencia que a veces con altos, retrocesos y saltos, se da generalmente en la vida del adolescente. Es fácil descubrir que en esta etapa del desarrollo son muy influyentes tanto los padres como la escuela y la comunidad. El maestro debe estar conscientes de que su figura puede ser considerada como un modelo por imitar, de que lo que diga o haga es trascendente en la vida de los jóvenes a quienes educa y orienta. Y, algo que es muy importante, el mejor conocimiento de los cambios que están ocurriendo en el niño-joven debe generar en el maestro una simpatía amistosa hacia él. (Velasco, 1997)

3.3.1 Indicadores de riesgo a las drogas.

Lo que hemos dicho en relación con la adolescencia en general es válido, por supuesto, para el escolar mexicano que vive esa etapa vital. Hay, sin embargo, características propias de nuestra cultura que matizan el proceso y que pueden influir en el desarrollo de conductas inadecuadas, entre las que figura el consumo de drogas. En muchos países se han realizado estudios para identificar lo que se ha llamado factores o indicadores de riesgo, que aun cuando resultan ser muy parecidos en las diferentes sociedades, muestran algunos rasgos mas o menos propios de cada cultura. En México, las diversas investigaciones al respecto nos aproximan a una visión confiable de esos indicadores que, en nuestro caso, orientan hacia la posibilidad del consumo de drogas, tanto de las socialmente aceptadas como de las prohibidas por la ley.

En 1990 se publicaron en la revista Salud pública de México los resultados de una interesante investigación que se basó en la siguiente hipótesis: la magnitud del riesgo de incidir en el consumo problemático de drogas, si se pertenece a la población que cursa la enseñanza básica y media superior de nuestro país, está en función del peso de los indicadores de riesgo, que provienen de tres fuentes: un medio facilitador, la forma del consumo de drogas y las características del adolescente (demográficas, raciales, psicológicas), así como el peso de la interacción de los elementos de las tres fuentes. Nos interesan especialmente los indicadores del medio y las características del estudiante, pero de éstos sólo mencionaremos los que nos parecen fundamentales.

En cuanto al medio, destacan los siguientes indicadores de riesgo:

1. El hecho de que el joven viva en la ciudad de México, o en los estados de Sonora, Baja California y Sinaloa.
2. La disponibilidad de la droga en lugares públicos, en la escuela, en la calle o en el propio hogar.
3. Pertenecer a una familia desordenada.
4. El consumo de alcohol u otras drogas por parte del padre o de los hermanos.
5. La falta de comunicación, apoyo y control de los padres.
6. La convivencia con grupos con amigos que consumen alcohol u otras drogas.
7. La tolerancia de la escuela hacia el consumo de drogas y otras actividades insanas, así como la ausencia de control por parte de la autoridad.

Por lo que toca a las características del estudiante, los indicadores de riesgo son:

1. Pertenecer al nivel medio superior (preparatoria).
2. Tener 18 años o más.
3. Ser varón
4. No dedicar tiempo completo a los estudios.
5. Participar con otros estudiantes en conductas indeseables.
6. Mostrar una actitud de aceptación hacia el consumo de drogas.
7. Tener dinero disponible para su uso personal.

Estos y otros indicadores se obtuvieron por encuesta teniendo en cuenta otras variables. Los indicadores que no hemos mencionado se refieren más bien a quienes ya consumen drogas y están en peligro de llegar a la farmacodependencia, pero a nosotros nos interesa resaltar aquello que en nuestro medio contribuye más al inicio en el uso de las sustancias adictivas. Las características de un medio facilitador y los aspectos de la vida personal de un adolescente con mayor probabilidad de empezar a consumir drogas son las que hemos en listado, pero su existencia no asegura que el joven caerá en la adicción, ni descarta que un adolescente con las características opuestas y que viva en un medio saludable no pueda, ocasionalmente, llegar a ser adicto. Junto a estos indicadores existen otros que conviene considerar, como los que señaló en 1995 la dirección de Servicios Médicos de la UNAM en una publicación reproducida por el Consejo Nacional contra las Adicciones. A

continuación se enumeran los indicadores de riesgo y, algo que es muy importante, también los indicadores de protección. El riesgo se caracteriza por estos elementos.

1. En mi familia hay muchos problemas y todos nos llevamos mal.
2. No tengo con quién hablar de mis problemas.
3. En mi hogar se consumen frecuentemente alcohol y a veces otras drogas.
4. "De plano no la hago en nada"
5. No sé por qué no he alcanzado mis metas en la vida.
6. En mis ratos libres no encuentro nada interesante que hacer.
7. Yo no consumo drogas ilegales, pero tengo amigos que sí lo hacen y llegan a ofrecérmelas.
8. Yo creo que las drogas no hacen daño.
9. En mi casa no se hable de temas como el sexo, las drogas y los problemas familiares.
10. Nunca estoy conforme con lo que hago o digo.
11. No practico ningún deporte.
12. Soy un arriesgado y "le entro a todo"

Los factores que protegen al joven contra el consumo de drogas son, como cabría de esperar, los opuestos a los anteriores:

1. Vivo en el seno de una familia bien integrada.
2. Mi familia me quiere y me apoya a todo lo que hago.
3. Mis padres beben, ocasionalmente, con responsabilidad, y no consumen otras drogas.
4. Me gusta mi forma de ser y sé que con esfuerzo consigo lo que me propongo.
5. Me enfrento a la vida con optimismo porque sé cómo superar mis problemas.
6. Cuando estoy nervioso o presionado busco opciones en pasatiempos sanos.
7. Ninguno de mis amigos bebe alcohol de manera irresponsable ni consume otras drogas.
8. Yo sé que el uso del alcohol y otras drogas no soluciona los problemas, sino que los empeora.
9. En mi familia se habla libremente acerca del sexo, de las drogas y de cualquier tipo de problemas que pudieran afectarnos.

10. Aprecio lo que soy y lo que hago.
11. Practico algún deporte con regularidad.
12. Pienso en mi salud antes de arriesgarme.

Las personas jóvenes que consumen drogas lo hacen por las siguientes razones:

1. Porque quieren experimentar, sienten curiosidad. Muchos jóvenes buscan nuevas emociones y están ávidos de probar lo que se siente con las drogas. Un dato interesante es que los experimentadores de este tipo suelen percatarse a tiempo del peligro y abandonan el consumo de sustancias adictivas antes de llegar a la dependencia.
2. Debido a la presión del grupo, porque los individuos desean ser aceptados, lo cual les dan confianza en sí mismos y les hacen sentirse parte de una comunidad.
3. Por el placer que la droga les produce. Muchos jóvenes dicen que la razón por la que consumen sustancias psicoactivas estriba básicamente en la búsqueda de sus efectos, los cuales les resultan placenteros y agradables.
4. Debido a otros efectos que ciertas drogas en particular producen en algunos individuos. El sentirse desinhibido, más alegre, simpático o inteligente, puede ser motivo para consumir una sustancia cuyos efectos ya han sido experimentados.
5. Porque, aunque no produzcan euforia u otros efectos placenteros, eliminan el sufrimiento moral o físico. Es el caso, por ejemplo, del joven deprimido que cambia la tristeza y el negativismo por la alegría y el interés en su medio al consumir cocaína u otro estimulante del SNC.
6. Como un escape a las situaciones problemáticas que producen angustia y sufrimiento moral. Bajo el efecto de la droga desaparece, por ejemplo el temor al fracaso o el enfrentamiento con los problemas de la vida.
7. Por oposicionismo y rebelión ante los adultos en general o ante los símbolos de la autoridad en particular (los padres, los maestros, la ley, etc.).
8. Debido a la creencia de que la droga aumenta su capacidad para el trabajo, el estudio o la actividad creativa. Si bien es verdad que los estimulantes, por ejemplo, disminuyen la fatiga y producen la sensación de una mayor fortaleza, de hecho interfieren con las defensas básicas del ser humano: el cansancio protege contra los excesos físicos, el dolor evita riesgos, etc. No son pocas las muertes por paro cardíaco que reportan debido al abuso del esfuerzo físico durante el baile o la práctica de algún deporte bajo el efecto de estimulantes. También hay que

combatir el mito de que bajo la intoxicación con la marihuana o con los alucinógenos se toca mejor un instrumento o se produce mejor música. Algunos estudios bien realizados demuestran que no es así, pese a que el consumidor cree, plenamente convencido, en la excelencia de su ejecución o de su creación artística.

9. Debido a la búsqueda de las experiencias mística, sobre todo con el consumo de alucinógenos. Pero las "nuevas" percepciones que se tienen con la LSD, la mezcalina y otras sustancias psicodélicas, son únicamente distorsiones de la realidad, aunque pueden ser placenteras e interesantes.

Hay otras explicaciones de por qué el hombre se inicia en el consumo de drogas y se arraiga en este hábito. En el campo de las motivaciones tendríamos que escuchar también a los psicoanalistas, quienes hablan de los conflictos inconscientes y de los rasgos del carácter como cuestiones básicas para comprender el significado de la droga y de su consumo. Algo que no debe olvidarse es que la adicción siempre tiene un fondo inevitable: *la reacción bioquímica de una sustancia con un organismo vivo*. La neuroadaptación es un hecho indudable, evidentemente modificable por una diversidad de elementos. Para algunos estudiosos del proceso de la adicción representa una tentación el poder encontrar una historia cuya secuencia esté integrada por etapas identificables. En realidad no existe nada que sea típico, e incluso hemos visto cómo, de hecho, en cualquier punto del camino que va del inicio al hábito hasta la adicción, puede hacerse una alto, echar marcha atrás y, más aún, suspender totalmente el consumo. En algunos adolescentes, sobre todo entre los estudiantes, se puede observar un patrón de conducta que permite hablar de grupos que equivalen también a etapas de desarrollo de la adicción. El siguiente intento de identificación de ciertas etapas responde a la experiencia del autor.

Etapa 1

Aquí se encuentran los *adictos potenciales* que nunca han probado la droga pero que, por sus características de personalidad, la probarían si pudieran o si tuvieran la oportunidad de vivir esa "aventura". Esta etapa también comprende a los probadores que han usado de una a cinco veces alguna droga, si bien nunca han experimentado con las llamadas "fuertes", aunque sí lo han hecho, fundamentalmente, con la marihuana o el hachís, o acaso con pastillas de barbitúricos y de tranquilizantes. Los jóvenes pertenecientes a los dos subgrupos (potenciales y probadores) tienen por lo general las características que hemos descrito como indicadores de riesgo.

Etapa 2

Se agrupan en esta etapa los muchachos a los que podemos llamar consumidores en comunidad. Son los jóvenes que usan las drogas aparentemente con fines sociales, del mismo modo que muchos adultos consumen bebidas alcohólicas cuando están en compañía. Las circunstancias, sin embargo, no son iguales: aquellos no se reúnen para conversar o para jugar, sino ante todo para experimentar los efectos de las drogas.

Etapa 3

El tercer grupo lo integran quienes avanzan hacia la dependencia física, cuyos indicios comienzan a ser evidentes. Principalmente consumen drogas que han sido seleccionadas de acuerdo con los riesgos de su personalidad: los deprimidos preferirán los estimulantes, los angustiados, los tranquilizantes y los depresores, los que sufren una patología mental más severa quizá cambien de una a otra droga, pero en general lo harán alternando con los alucinógenos. Llegados a este punto, ahora la compañía ha dejado de ser necesaria y el objetivo casi único es experimentar los efectos del psicofármaco diariamente y con intensidad. En general, los farmacodependientes de este grupo ya merecen este nombre, aunque la dependencia sea aún básicamente psicológica. Estos individuos sufren casi siempre problemas graves de relación interpersonal, tienden al aislamiento, son repudiados incluso por sus compañeros de la segunda etapa y pueden adoptar conductas antisociales. Sólo un porcentaje menor sabe detenerse e incluso es capaz de recuperar progresivamente la vía de una vida prácticamente normal. La mayoría, sin embargo,

pasará a la cuarta etapa, cuyos integrantes son sujetos deprimidos, otros muy angustiados, pacientes con neurosis graves de carácter, psicópatas e incluso enfermos psicóticos.

Etapa 4

Lo integran quienes indudablemente son adictos y sufren una dependencia física. Desde el punto de vista clínico, éstos son los casos más graves y su representante típico es el heroinómano. En estas personas resulta casi imposible reconocer los rasgos psicopatológicos por cuanto éstos se confunden con los efectos de la droga y de la vida que llevan. Por supuesto, los grandes peligros de esta etapa son la sobredosis y el síndrome de abstinencia.

Existe además un grupo inclasificable junto a los ya mencionados, debido que sus características no están en relación con la gravedad de la drogadicción. Se integra con los que pueden llamarse *poliusuarios indiscriminados*, quienes consumen estimulantes, sedantes y otras drogas alternativamente, según la ocasión y de acuerdo con su estado emocional. Su actitud ante la vida y ante las drogas se ilustra muy bien con el caso de una joven paciente atendida por el autor, que manifestó así su estado de ánimo: "A veces no sé si tomarme un *Ritalín* (estimulante) para irme a la fiesta o tomarme un *Rohypnol* (sedante) y ponerme a dormir." Como se ve, se trata de personas que necesitan psicofármacos para adaptarse (o creer que se adaptan) a las circunstancias de un vida sin rumbo.

Los padres de familia, los jóvenes y, desde luego, sus profesores, deben estar enterados de lo que dicen nuestras leyes sobre el consumo de drogas. Sin embargo, sería excesivo transcribir aquí las normas y los reglamentos relacionados con todos los delitos y las sanciones aplicables. (Velasco, 1997).

3.3.2 Características en el crecimiento y desarrollo del adolescente.

1. La adolescencia es una época en la que el individuo se hace cada vez más consciente de sí mismo, intenta poner a prueba sus conceptos ramificados de yo, en comparación con la realidad y trabaja gradualmente hacia el auto-estabilización que caracterizará su vida adulta. Durante este periodo, el joven aprende el rol personal y social que con más probabilidad se ajustará a su concepto de sí mismo, así como a 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 la adolescente queda subordinado debido a su inferioridad en edad, experiencia y habilidades. Es el período en que surgen y se desarrollan los intereses vocacionales y se lucha por la independencia económica.
3. La adolescencia es una etapa en la que las relaciones de grupo adquieren la mayor importancia. En general, el adolescente está más ansioso por lograr un estatus entre los de su edad y el reconocimiento de ellos, desea conformar sus acciones y estándares a las de sus iguales. También es la época en la 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 es idiosincrásica del individuo. En esta etapa se producen rápidos cambios corporales, se revisan los 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. Es una época en la que el individuo adquiere experiencia y conocimiento en muchas áreas, e interpreta su ambiente a la luz de esa experiencia.

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, va acompañada del desarrollo de los ideales propios y la aceptación de su persona en concordancia con dichos ideales. Es un tiempo de conflicto entre el idealismo juvenil y la realidad.

Ciertos aspectos de las experiencias y reacciones de un adolescente son comunes a la mayoría de los puntos de referencia antes citados. En primer lugar, existe una continua necesidad de ajuste a las situaciones en las que la persona no tiene experiencia. Asociada con esto, frecuentemente surge la demanda de adoptar patrones de conducta adulta antes de que el joven esté preparado emocional o socialmente. A menudo, el adolescente tiene que afrontar valores contradictorios debidos a dependencias creadas culturalmente. El adolescente también tiende a sentirse frustrado a menudo por la carencia de estatus, por demandas culturales y tabúes, así como por otras restricciones. Con frecuencia, los intentos de ajustarse a tales frustraciones conducen a agresiones o a alejamiento de los demás (Horrocks1990)

3.4 Uso de sustancias tóxicas y sus consecuencias

Anfetaminas: Aumento de la frecuencia cardíaca, de la respiración y presión arterial. Disminución del apetito, insomnio, sensación de energía y confianza, inquietud, excitación y puede presentarse accidentes vasculares cerebrales.

Cocaína: Hipertensión arterial, aumento de la temperatura corporal y de la frecuencia Cardíaca, disminución del apetito, insomnio, náuseas, pérdida de peso, psicosis y alucinaciones de tipo paranoide, "locura" con sensaciones de ser perseguido y visiones. A largo plazo provoca infartos cardíacos, accidentes vasculares cerebrales y enfermedades infecciosas.

Marihuana: Aumento de la frecuencia Cardíaca. Probable riesgo de alteraciones cardíacas. Resequedad de la mucosa oral (ulceraciones). Enfermedades respiratorias y pulmonares: cáncer y bronquitis crónica.

Tabaco: Alteraciones en la conciencia y en la capacidad para percibir, impotencia sexual, dolor abdominal, daños pulmonares: enfisema pulmonar y cáncer, Arritmia Cardíaca, aumento en la presión arterial, aumento o disminución en la frecuencia Cardíaca y úlceras y problemas digestivos.

Alcohol: Daños al hígado y el corazón, arritmia cardíaca, gastritis, pérdida de apetito, problemas cutáneos y daños cerebrales.

Solventes: Daño cerebral irreversible, dolores de cabeza, debilidad muscular, dolores abdominales, daños cancerígenos de los pulmones, daño agudo del hígado y los riñones, disminución paulatina del olfato, náusea y sangrados nasales.

LSD: Es un inductor de experiencias esquizofrénicas. Estas pueden repetirse tiempo después sin que se halla consumido la sustancia. En estructuras prepsicóticas es un desencadenante de psicosis.

Ansiolíticos: Trastornos de la memoria, modificación de la personalidad, pérdida de intereses, trastorno de la atención.

3.5 Consecuencias Generales de las Drogodependencias

- a) La drogodependencia es una situación patológica en sí misma, ya que el consumo de sustancias sin indicación médica, a dosis inadecuada y con capacidad de generar dependencia psicológica, física o ambas produce alteraciones de la homeostasis psicoorgánica no deseables. Además, el drogodependiente puede "enriquecer" su dependencia con las siguientes consecuencias relacionadas con ella (Lorenzo, 1998).
- b) Reacciones antisociales: El drogodependiente vive por y para la droga y hará todo lo posible por conseguirla, sin que existan para él barreras morales. Así son frecuentes los hurtos, incremento de la agresividad, tráfico ilegal, homicidios, prostitución y un estado de tensión social que genera accidentes, suicidios, conflictos familiares, laborales, etc. (Lorenzo, 1998).
- c) Síndrome de déficit de actividad: Con astenia, indiferencia, disminución interrupción de la actividad motora, disminución o pérdida de capacidades cognitivas (deterioro intelectual), pasividad, apatía, aislamiento, abulia, etc. (Lorenzo, 1998).
- d) Infecciones y disminución de las defensas: Debido a la falta de asepsia, la administración de drogas por vía inyectable puede dar lugar a cuadros infecciosos: hepatitis viral, paludismo, endocarditis bacterianas y micóticas, abscesos subcutáneos, tétanos, tromboflebitis, osteomielitis, infecciones oculares, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), etc. Incluso en condiciones de asepsia, la administración de determinadas drogas (opiáceos) llega a producir inmunodepresión, aumentando la vulnerabilidad del drogadicto a otra enfermedad (Lorenzo, 1998).
- e) Peligro de sobredosificación: Este peligro existe, especialmente en los drogodependientes a opiáceos (heroína) por vía endovenosa, cuando se inyectan la dosis máxima de una fase anterior, después de un período de abstinencia. La dosis elevada "normal" en el consumidor crónico (adaptación por tolerancia) resulta excesiva después de un período sin consumirla y puede ocasionar la

muerte por depresión respiratoria. A veces se denomina impropriamente muerte por sobredosis a la producida por intoxicación debida a las mezclas fraudulentas con los que se suele "cortar" la droga (Lorenzo, 1998).

- f) Riesgo de escalada: Cuando se empieza el consumo de las indebidamente denominadas drogas blandas (derivados del cáñamo y las sustancias alucinógenas) o de sustancias legales como el alcohol (consumos abusivos irregulares en fines de semanas) existe el riesgo comprobado de la escalada a drogas más activas y con mayor capacidad de producir dependencia: heroína, cocaína, etc. (Lorenzo, 1998).
- g) Efectos tóxicos específicos: Son las características de cada droga o grupo de drogas (Lorenzo, 1998).
- h) Trastornos mentales inducidos: El consumo de sustancias puede producir la aparición de síntomas característicos de distintos trastornos mentales, y cuando esto sucede, es decir, cuando se estima que la clínica es un efecto directo de la sustancia, se diagnostica *trastorno inducido por sustancia*. Por otro lado, debe tenerse presente que las personas con trastornos mentales también puede ser consumidoras de sustancias, y debido a este consumo, presentar un trastorno mental, todo lo cual viene a complicar el curso y el tratamiento de la patología psiquiátrica de base, es decir su trastorno mental primario. Normalmente los *trastornos inducidos por sustancias* tienen lugar en el contexto de un trastorno por consumo de sustancias concomitante, y entonces deben diagnosticarse ambos (por ejemplo, trastorno psicótico inducido por cocaína y su dependencia)

La drogadicción es un trastorno, aunque no siempre se entiende como tal. Posee su cuadro clínico y su tratamiento específico. Como cualquier otra enfermedad, no responde a gritos, amenazas ni súplicas, sólo a un tratamiento cuidadosamente reglado y dirigido por profesionales de la salud. El tema de la drogadicción esta plagado de mitos, falacias y distorsiones. Se habla de malo o bueno en lugar de sano o enfermo. La vergüenza y/o la culpa que conlleva es tal que autodefinirse como adicto o reconocer que se tiene un familiar o amigo con trastorno relacionado con sustancias es muy difícil. Normalmente se percibe a este trastorno como un vicio, un

mal hábito que se puede corregir con reglas, voluntad y disciplina. Al igual que cualquier otro trastorno, no es ni un vicio, ni falta de fuerza de voluntad. (Lorenzo, 1998).

De acuerdo con la Asociación Psiquiátrica Norteamericana el rasgo primordial de los trastornos relacionados con sustancias es un conjunto de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el individuo continúa utilizando sustancias psicoactivas a pesar de problemas significativos que éstas le causan, ya que se ven afectados en una ó más de sus áreas personales (área familiar, laboral o de estudios, social, física, económica o legal).

Para considerar a una persona adicta hay que tener en cuenta: la **frecuencia**, la **cronicidad** y la **vulnerabilidad** preexistente. Por ejemplo un individuo que consume desde hace muchos años todos los fines de semana y no durante la semana, se considera adicto. Dentro del abuso y dependencia de sustancias existen dos grandes grupos:

- Pacientes duales: Donde existe otra enfermedad emocional que puede aparecer como un padecimiento primario o secundario al uso, abuso o dependencia de sustancias. Por ejemplo un paciente con esquizofrenia o un trastorno de ansiedad o personalidad que abusa de alguna sustancia "psicoactiva". Es necesario en este caso tratar ambos padecimientos.
- Pacientes con trastorno relacionado con sustancias como diagnóstico único: Donde el uso de una o varias sustancias es el padecimiento primario. Por ejemplo abuso o dependencia de cocaína o heroína.

La Asociación Psiquiátrica Americana hace una distinción entre Farmacodependencia, dependencia, abuso, uso e intoxicación por sustancias:

Farmacodependencia: El uso repetido y compulsivo de una sustancia con objeto de obtener sus efectos recompensadores o para evitar los efectos del castigo del síndrome de abstinencia. El término compulsivo implica una carencia de control, donde el comportamiento no puede interrumpirse, aunque el propio consumidor de la sustancia lo desee.

- **Tolerancia:** Es la necesidad de consumir mayor cantidad de una sustancia para obtener el mismo efecto, debido a que el efecto de las sustancias en las mismas cantidades disminuye ante el consumo continuo.
- **Abstinencia:** Es la aparición de diferentes síntomas fisiológicos y cognitivos (de acuerdo a la sustancia y a la cantidad utilizada) ante el cese del consumo de la misma. Se utiliza la misma sustancia o similar para evitar estos síntomas.

La dependencia se presenta además cuando se toma mayores cantidades de sustancia o durante un período más largo de lo que se pretendía; cuando hay deseos o intentos recurrentes de cesar el consumo pero no se logra; cuando disminuye la actividad social, laboral o recreativa por el consumo.

Además se hace una diferenciación entre:

- **Dependencia psicológica:** Es la administración de una sustancia fundamentalmente para obtener sus efectos recompensadores.
- **Dependencia física:** Es la administración de una sustancia para evitar el síndrome de abstinencia. Su diagnóstico se basa en si los signos de tolerancia farmacológica o síndrome de abstinencia están presentes en un individuo como es la aparición de intensos trastornos físicos.

Características de la tendencia física a drogas.

- Una tendencia a consumir la droga para evitar los efectos de castigo de su retirada.
- Neuroadaptación que conduce a la reducción de los efectos de la droga en el cerebro.
- Neuroadaptación que conduce a un síndrome de abstinencia cuando la droga se elimina del cerebro.
- Un síndrome de abstinencia que incluye signos y síntomas opuestos a aquellos inducidos por la droga en forma aguda.

Motivos para la dependencia a drogas
<ul style="list-style-type: none">• Efectos recompensadores de las drogas debidos a la activación de sistemas dopaminérgicos en la zona límbica del cerebro anterior.• Efectos recompensadores de las drogas debidos a la activación de sistemas opioides.• Efectos de castigo en la eliminación de la droga en el cerebro.

- **Abuso:** Es el uso continuo de sustancias a pesar de las consecuencias que acarrea. No se hacen presentes los fenómenos anteriores. Aparecen síntomas determinados que indican una perturbación en la vida normal de la persona ligada al consumo de sustancia (no cumple con sus obligaciones laborales, escolares o de la casa; problemas legales repetidos; consumen en situaciones que lo exponen a un peligro físico, por ejemplo cuando deben manejar).
- **Uso:** Es el consumo *esporádico* de sustancias que no acarrea consecuencias negativas.
- **Intoxicación:** El sujeto presenta un síndrome específico ante la exposición o ingesta reciente, pero que se puede revertir. Se producen cambios psicológicos o comportamientos desadaptativos.

Tratamiento farmacológico de la dependencia

- Desintoxicación mediante la eliminación de la droga del organismo muy lentamente, de modo que es menos probable que se precipite un síndrome de abstinencia serio, o
- Sustitución por una droga más segura que puede provenir la privación y entonces se iría eliminando lentamente.
- Impedir la recaída en la droga administrando un antagonista o un agonista parcial.
- Intentos de reducir el "craving" (combinaciones con un tratamiento psicosocial)

Los síntomas están relacionados generalmente con diferencias individuales, la dosis ingerida, con la sustancia utilizada, la cronicidad del uso y la tolerancia a los efectos de la sustancia. Algunas sustancias pueden afectar tanto los estados mentales (por ejemplo el estado de ánimo) como las conductas observables; incluso pueden causar síntomas neuropsicológicos difícilmente distinguibles de los que se observan en otros trastornos psíquicos (pueden presentar depresiones e imitar un trastorno depresivo o alucinaciones visuales o auditivas y aparentar un trastorno psicótico).

Algunos de los cambios observables más frecuentes son:

- Alteración en la percepción (percepciones sin objeto, escuchas cosas que otros no escuchan),
- Alteración en la atención,
- Alteración en el comportamiento psicomotor,
- Alteración en el pensamiento (por ejemplo ideas delirantes),
- Alteración en la capacidad de juicio.

Los signos y los síntomas pueden persistir horas e incluso días después que la sustancia ya no puede ser detectada en el organismo (APA, 1995)

Tratamientos utilizados para la desintoxicación a la dependencia a drogas

Drogas	Desintoxicación	Comentarios
Cocaína, anfetamina	Fármacos antidepresivos (p. Ej., imipramina y desimipramina)	No es realmente una desintoxicación. ¿Tratamiento sintomático de la deopresión por privación y reducción del "craving" inducido por privación?
Nicotina	Preparación de nicotina con una eliminación más lenta (p. Ej., parches dérmicos, chicle)	Toxicidad mucho más baja que en forma fumada, aunque existe alguna toxicidad cardiovascular, pesadillas, erupcionescutáneas.
Alcohol	Sedantes/hipnóticos (p. Ej., diacepam, clormetiazol)	Toxicidad fuertemente por recaída en el alcohol, posibilidad de inducir dependencia yatrogénica.
Benzodiacepinas	Benzodiacepina de acción larga sustitutiva	No todos los pacientes pueden hacer frente al ajuste de las dosis del farmaco sustituto; la aceptación de la dependencia puede ser menos traumática.
Heroína, morfina	Sustitución por un agonista opiáceo diferente (p. Ej., metadona, buprenorfina)	Muchos pacientes no aceptarán el ajuste de la droga sustitutiva, dando como resultado un tratamiento de "mantenimiento con metadona". La vía oral hace que el sustituto sea más seguro que la inyección intravenosa.

3.6 Tipos de consumos y de consumidores

Es necesario establecer las características del consumo y de todas aquellas cuestiones que pueden tener alguna relación con él antes de iniciar cualquier tipo de acción preventiva. Esto es verdad tanto para los programas a gran escala como para actuaciones concretas, como pueden ser las intervenciones en un colegio. Cuando más próximos estemos al conocimiento de la realidad sobre la que queremos intervenir, más adecuada y desprejuiciada puede ser nuestra actuación y más fácil será el seguimiento y evaluación de la tarea realizada. Hay evidentemente dos niveles de esta realidad, el que tiene que ver más especialmente con los grandes números, más descriptiva y si se quiere ser superficial, y el segundo nivel que está conformado por una incursión en las motivaciones, inquietudes, frustraciones, dependencias, inseguridades, etc., del adolescente y su relación con el consumo. Ambos niveles son necesarios y en absoluto excluyentes, pues la prevención -aunque tiene una dimensión individualizada como es la intervención en crisis- se dirige a grupos más o menos amplios e interesa tener esta visión global del adolescente y su relación con el consumo en un momento determinado.

Lógicamente es más fácil, técnicamente hablando, el nivel de la descripción estadística de las pautas de consumo y de algunas actitudes y comportamientos ligados con él, y por este lado se suele empezar a investigar.

Otro aspecto a tener en cuenta a la hora de entender la dinámica del abuso y sus consecuencias, así como su posible prevención y tratamiento, viene determinado porque existen a groso modo tres grandes grupos, suponiendo cada uno de ellos una vía distinta de llegada a la droga. Uno de ellos viene determinado por aquel sector de niños y adolescentes proclives a la delincuencia, para los que la drogadicción es un estadio más cerca .

3.7 El consumo de drogas en México.

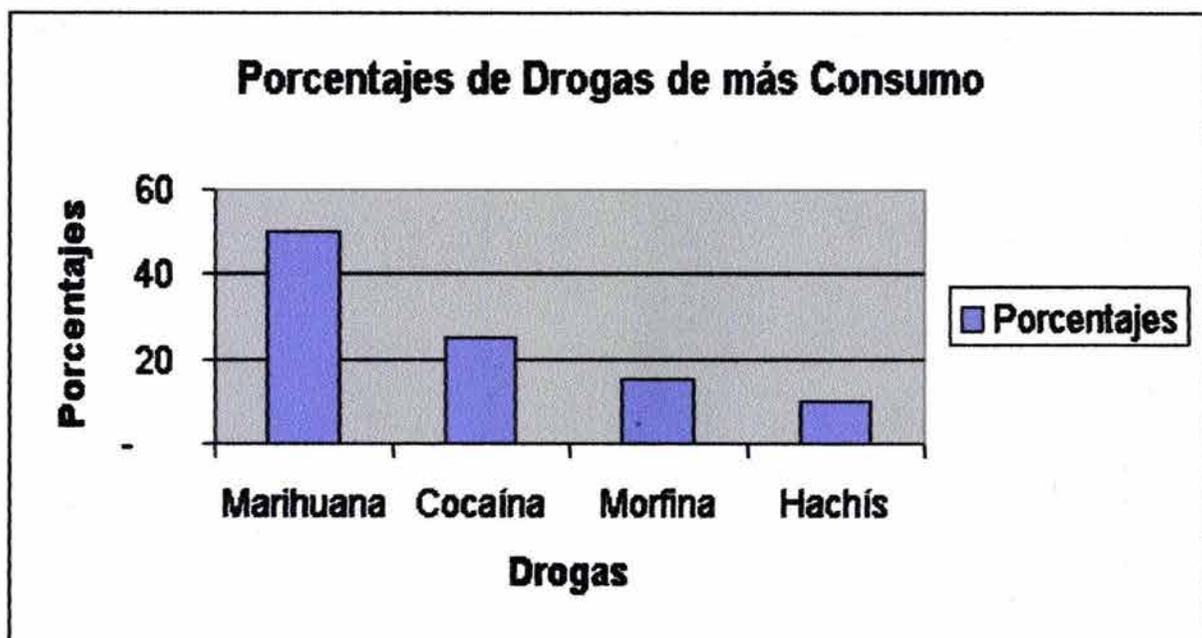
El consumo de drogas inicia casi siempre en la población joven, en México éste ocurre entre los 10 y 18 años de edad. De acuerdo a los datos ofrecidos por el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), en 1994 el 66.6% de la población mexicana han ingerido alcohol por lo menos una vez en su vida. Se estima que el consumo per cápita es de 3.33 litros al año y el 9.3% de la población total puede considerarse adicta (alcohólica). Aproximadamente el 90% de alcohólicos son hombres, aunque este año debe tomarse con reserva pues el ocultamiento de la adicción entre mujeres es frecuente.

Las encuestas nacionales sobre adicciones (1988-1993) se aplicaron entre estudiantes de secundaria y de la educación media superior. A partir de 1990 se instaló el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), que en 1988 reportó los siguientes datos:

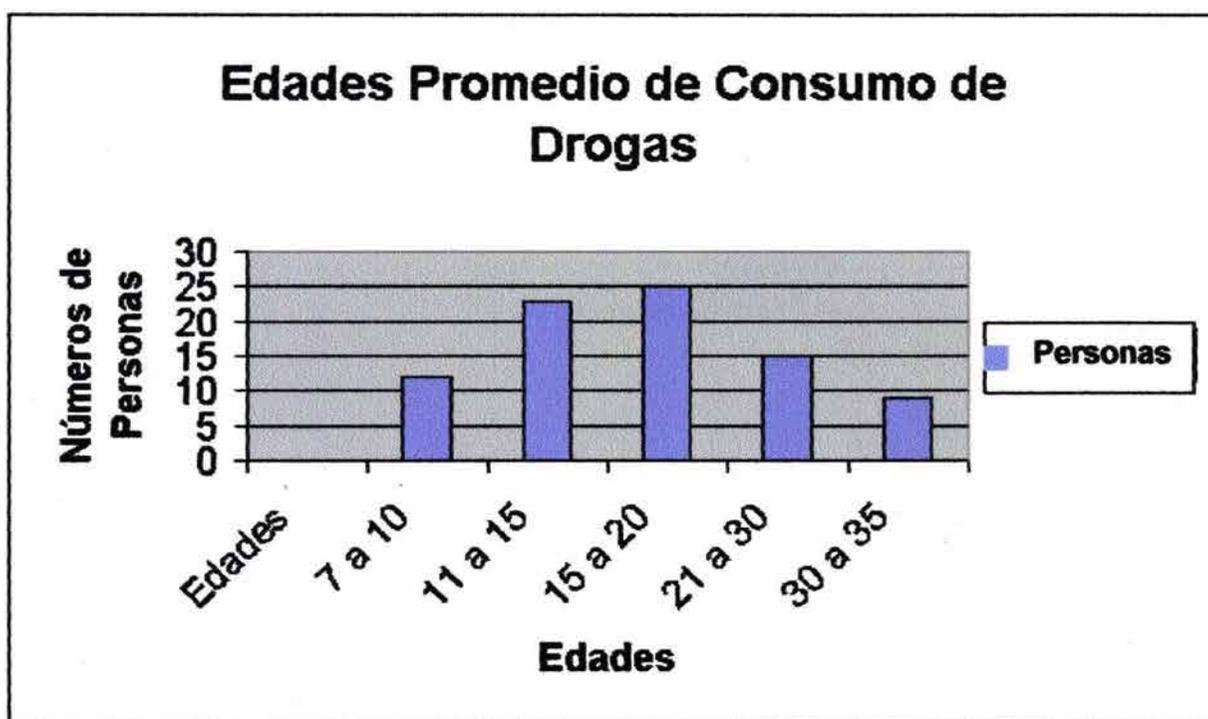
- ✓ En 1998, 5 de cada 100 personas admitieron haber consumido sustancias "alguna vez en su vida (se excluyeron tabaco y alcohol). En una encuesta anterior eran sólo 4 personas, lo que indica que ha aumentado el consumo.
- ✓ En las escuelas de secundaria y bachillerato la proporción de estudiantes que han usado drogas se eleva a 8, por lo que puede considerarse a este grupo como de riesgo para el inicio del consumo.
- ✓ La mayoría que consumen drogas son hombres jóvenes; por cada mujer que consumió algún tipo de droga 8 varones lo hicieron; además, más de un tercio de los adolescentes y jóvenes que tienen entre 12 y 25 años admitieron haber usado sustancias.
- ✓ Que más del 67% de los jóvenes ha probado al menos una vez en la vida la marihuana.
- ✓ Que entre 1994 y 1995 los inhalables ocupaban el segundo lugar en el consumo, pero para 1996-97 la cocaína lo sustituyó en proporciones superiores al 40%.
- ✓ En 1993 se calculó que el 0.5% de la población había consumido cocaína, este porcentaje aumentó a 1.4% para 1998 y a 5.1% en 1999.

- ✓ Que la heroína consumida, al menos una vez en la vida, se incrementó del 8.1% en 1994 al 19.9% en 1997.
- ✓ Que a partir de 1997 se reporta el consumo de nuevas drogas como el flunitrasepan y la metanfetamina, cuyo consumo de alguna vez en la vida, es del 9.8% y 6.5% respectivamente. Puede presumirse que al tratarse de medicamentos, el acceso a su adquisición se facilita y además su connotación de fármaco inspira mayor confianza al usuario.
- ✓ Se estima que existe una prevalencia del 25% de fumadores. El 69% del tabaquismo ocurre entre hombres y el 23.8% entre jóvenes de 19 a 25 años de edad. En México anualmente se producen aproximadamente tres mil millones de cajetillas y se invierten tres mil millones de pesos para la producción del tabaco, cuarenta y cuatro mil personas mueren cada año por enfermedades relacionadas al consumo del tabaco, lo que representa ciento veintidós decesos cada día. El 72% de los fumadores inició su adicción antes de cumplir los 18 años.
- ✓ El perfil del consumidor de drogas está conformado por los varones entre 15 y 24 años de edad, mayoritariamente solteros, con estudios incompletos de educación secundaria. Las drogas de inicio son la marihuana y el alcohol entre los 10 y 19 años. Estimaciones de la Secretaría de Salud reportan la existencia de más de 5 millones de jóvenes entre los 13 y 21 años que pueden considerarse alcohólicos. El incremento en el uso de estupefacientes tuvo un aumento del 30% entre 1994 y 1999. Para mayo de 1999 se estimó que 2.5 millones de mexicanos han utilizado al menos una vez en su vida algún tipo de enervante.
- ✓ La morbilidad hospitalaria entre los jóvenes está determinada por las siguientes causas: golpes, lesiones y accidentes automovilísticos asociados al consumo de alcohol, inhalables y marihuana.
- ✓ La mortalidad hospitalaria entre los jóvenes está determinada por las siguientes causas: accidentes y homicidios, también asociados al consumo de alcohol y marihuana.
- ✓ Seis de cada diez delincuentes juveniles consumen alguna droga, 30% de los delitos los cometen en estado de intoxicación principalmente por consumo de marihuana, inhalables y alcohol. (Rodríguez, 2000).

Gráfica 3.1



Gráfica 3.2



En nuestro país es un problema que va en aumento cada día, involucrando a menores de edad y a más mujeres de lo que uno pueda imaginarse. Se dice que de 10 a 15 de cada 100 mexicanos tienen problemas con su manera de beber o debido a su consumo de drogas ilegales o de las de prescripción médica obtenidas por algún método inadecuado. También se dice que de esos 10 ó 15 de cada 100 mexicanos, al menos 2 ó 3 son mujeres. Claro está que no estamos hablando de todos los mexicanos sino solamente de aquellos que están comprendidos en el rango de los 14 a los 60 años de edad, es decir las edades más productivas en la vida de cualquier persona. En la actualidad, el problema de las adicciones en nuestro país aumenta sensiblemente y afecta de manera importante en la población joven que representa la mayoría de la población nacional. Afecta el organismo de los jóvenes, su capacidad de percepción y construcción de la realidad. En tanto que el estado de intoxicación por la droga oculta el malestar físico o emocional, adquiere confiabilidad para su consumo, puesto que somos una cultura del remedio encaminada en pensar y resolver rápidamente los problemas de los órganos y sus funciones, postergando u olvidando los asuntos de mayor relevancia, los que atañen a la conciencia y las emociones.

CAPÍTULO IV PREVENCIÓN EN EL CONSUMO DE DROGAS

“Un programa equivocado puede causar más daño que si no se tuviera ningún programa”

C. Cagliotti.²

La prevención del verbo prevenir (en el sentido de precaver, evitar o impedir), significa evitar que se haga uso indebido de drogas. En la medicina, la prevención consiste en desarrollar la resistencia del individuo y de su grupo a la propagación de diferentes enfermedades en la prevención del uso indebido de drogas se trata de lograr que resistan a la oferta de drogas. En la bibliografía acerca del tema frecuentemente se confunde el término *prevención* con todo el proceso de tratamiento hasta la rehabilitación y reintegración social del fármaco dependiente (Mossün, 1991).

El uso de drogas entre los adolescentes y los adultos jóvenes se ha incrementado en los últimos 25 años; por lo que educadores, padres y médicos debemos de estar preparados para enfrentar este problema social. Se han asociado importantes esfuerzos para identificar los factores asociados al inicio de las adicciones a esta edad, y hoy en día las neurociencias aportan estudios que muestran cambios neuroquímicos en las personas adictas que les hace tener predisposición biogenética para desarrollar esta enfermedad, aunque no es el único factor por lo que hasta el momento se considera multifactorial, la naturaleza exacta de la adicción continúa siendo motivo de análisis. Los escolares y adolescentes pueden verse involucrados en diversas formas de adicción, las drogas de entrada suelen ser las llamadas lícitas como el alcohol y tabaco, a partir de ahí se extiende el consumo a otra más, siendo esta población altamente vulnerable debido a la percepción que tienen de indestructibilidad e inmunidad, usando cada vez drogas más peligrosas (Cárdenas, 2003).

Clásicamente se han considerado tres tipos de prevención: la primaria, la secundaria y la terciaria. En el sentido clásico en la intervención primaria intervenimos antes de que surja la enfermedad y tiene como misión impedir la aparición de la misma. Es el tipo de intervención más deseable.

En la prevención secundaria el objetivo es localizar y tratar lo antes posible las enfermedades cuya génesis no ha podido ser impedida por las medidas de prevención primaria. Se trata, si es posible, de detectar la enfermedad en sus estadios iniciales o inmediatamente previos a su casi inevitable o muy probable aparición. Finalmente, la prevención terciaria, se lleva a cabo algún tiempo después de que la enfermedad se haya declarado y su objetivo es evitar complicaciones y recaídas. Traspasado a una terminología más actual los tres tipos de prevención anteriores son equivalentes a lo que se conoce por prevención (prevención primaria), tratamiento (prevención secundaria) y rehabilitación (prevención terciaria). Esta visión tradicional de la prevención aplicada al campo de las drogodependencias nos indicaría que la prevención primaria se orientaría a las personas que aún no han consumido sustancias o personas que consumiendo no son dependientes, la prevención secundaria a las personas que consumen drogas ocasional, esporádicamente o habitualmente y la prevención terciaria, se centraría en aquellas actuaciones dirigidas a los drogodependientes, retrasando los problemas físicos y psíquicos generados por la dependencia (Becoña, 1995).

Desde la perspectiva de la psicología de la salud, Santacreu, Zaccagnini y Márquez (1992), después de distinguir cuatro tipos de prevención: primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria, propugnan reducir la prevención sólo a la dos primeras. Los tipos de prevención están definidos del siguiente modo (Becoña, 1995).

-Prevención primaria: toda actividad, disposiciones, instrumentos, etc., tendientes a informar del estado de la situación, con pretensiones de informar lo antes posible, o con la intención de informar para que se pueda llevar a cabo actuaciones que reduzcan el posible daño que se avecina (Becoña, 1995).

-Prevención secundaria: La actividad tendiente a remediar la posible amenaza o daño que se avecina y del que se tiene "información". Estas actividades llevadas a cabo para remediar el daño ya realizado en los bienes o en las personas se llaman tradicionalmente en los temas de salud *tratamiento* (Becoña, 1995).

² Secretario Ejecutivo del Acuerdo Sudamericano sobre Estupefacientes y Psicotrópicos desde 1979 hasta 1988.

-Prevención terciaria: En términos de salud son aquellos tipos de actuaciones en los que se interviene cuando la enfermedad está incipiente, en la que aparecen los primeros síntomas y se previene estados más avanzados de la enfermedad (Becoña, 1995).

Prevención cuaternaria: La intervención que se realiza cuando el sujeto ya padece o ha padecido la enfermedad, y ha sido tratado con el resultado de curación o al menos, dependiendo del tipo de enfermedad, paliando sus efectos más nocivos y, se entiende, que las posibilidades de recaída son muy altas. Este tipo de prevención se centraría en la "prevención de recaídas" (Becoña, 1995).

4.1 Medidas preventivas contra las adicciones.

Al hablar del fenómeno de las drogas nos hallamos con que cualquier descripción, análisis o planificación tiene forzosamente mucho de provisional, puesto que el panorama que ofrecen y la dinámica que lo sustenta está sometido a un cambio continuo. Cambia el producto de moda, varía de edad del inicio, se modifican los sectores de población más afectados, evolucionan las pautas de consumo, son distintas las motivaciones que condicionan su uso, se altera la percepción social que se tiene del problema. Tanta metamorfosis hace pensar que el producto, la droga, no es más que un factor más adentro de la dinámica que se establece y que una correcta comprensión de la cuestión tiene que incluir indefectiblemente la realidad de la persona. Esto es así no sólo por el descubrimiento de opiáceos endógenos y de receptores específicos en el propio cerebro humano, sino que más bien nos interesa señalar el papel de la droga como descubridor, amplificador y catalizador de la dinámica personal y social, señalando y potenciando las inconsistencias, contradicciones y fisuras preexistentes.

4.2 Prevención de la drogadicción

La prevención debe estar dirigida a los padres y no al adolescente. Es necesario ayudar y apoyar a los padres a no perder la **estructura jerárquica** de la familia y el **control** de los padres sobre sus hijos. Este control debe ser conducido con **legítima autoridad**, y no con autoritarismo. Los padres no tienen que estar debilitados en sus funciones, ni sentirse culpables, ni sentirse inseguros en sus funciones. Por lo tanto una buena prevención

partiría de la detención precoz del quebranto en la autoridad y control de la figura de los padres.

4.2.1 Tratamiento de la drogadicción

La razón por la cual es difícil que soliciten ayuda los drogadictos es por desconocimiento de que se trata de una enfermedad. Para que un tratamiento tenga éxito lo fundamental es la voluntad y participación del paciente. Para tratar efectivamente a estos pacientes es necesario un equipo que reúna a profesionales de distintas áreas (psicólogos, médicos, neurólogos, psiquiatras, etc.). Este trastorno es **crónico**, razón por la cuál se habla de rehabilitación y no de cura.

La indicación de un determinado tipo de tratamiento va a depender de:

- La sustancia que se utilice.
- La pauta de consumo.
- Las características individuales del paciente.
- El sistema de apoyo social con el que cuente.

Los objetivos básicos del tratamiento de todos los trastornos por abuso o dependencia de una sustancia se corresponden con:

1. La abstinencia total a la(s) sustancia(s) (suprimir el consumo).
2. Obtener un bienestar físico, social y psicológico.

En los tratamientos se intenta que el paciente pueda romper con esta autodestrucción, y se les enseña que pueden tener grupos de pares que no utilicen drogas. Tenemos a los grupos de autoayuda como Narcóticos Anónimos (N.A). Que generalmente no se ven como una forma de tratamiento, porque no intervienen médicos y los grupos son llevados por ellos mismos, pero son una forma de tratamiento. También se puede recurrir a las comunidades terapéuticas (conocidas también como "granjas", por las tareas que se realizan ahí dentro), en las que casi no se utiliza medicación. En éstas se trabaja

fundamentalmente en grupo con los pacientes, buscando que se contengan, critiquen y vean que su problemática no es única, sino que otras personas que atraviesan por una historia similar. Lo primordial en el tratamiento es la terapia de grupo; también es de gran importancia la terapia familiar.

La terapia de grupo permite además:

- Descubrir nuevos modos más propicios de relacionarse y descubrir los recursos con los que cuenta para enfrentar su problemática.
- Aumenta la autoestima y la autoeficacia.
- Mejora la adaptación al medio.
- Estimula la esperanza.
- Ver la realidad de una manera distinta.
- Obtener apoyo de los compañeros del grupo.
- Permite sentirse acompañado a lo largo del tratamiento.
- Brinda un sentimiento de seguridad.
- Fomenta la capacidad de ayudar y ser ayudado.

Dentro de estas comunidades se enfatiza, en la etapa final del tratamiento en la reinserción social y laboral de los pacientes. Otra modalidad de tratamiento son las clínicas especializadas en drogadicción. En un primer momento se trata de ayudar al paciente en forma ambulatoria. Si esto no da resultado se interna al paciente para poder tratarlo. Otra posibilidad para el tratamiento es el hospital de día, el paciente debe concurrir a la clínica y permanece allí durante 6-8 horas aproximadamente y participar de las actividades que se le proponen (terapia de grupo, rehabilitación social y laboral, terapia ocupacional, etc.). Se reserva para los pacientes más leves, que mantienen un trabajo, buenas relaciones sociales, un vínculo sano con su familia. La duración del tratamiento es entre los 3 meses y un año. Es importante que la clínica cuente con un apoyo médico, psiquiátrico y psicológico.

En una primera instancia se debe **desintoxicar** al paciente, y luego someterlo a un programa de **rehabilitación**. La desintoxicación permite manejar el síndrome de abstinencia. Debe ser, por lo tanto, guiada y controlada por un médico o psiquiatra y efectuada en una clínica u hospital y no de forma ambulatoria. La abstinencia a las sustancias de consumo es la parte primordial para que la psicoterapia tenga efecto. Además permite conocer al paciente sin los efectos de la sustancia ingerida, inyectada o inhalada.

El segundo paso del tratamiento que es la parte de **tratamiento psicológico y rehabilitación**, que es muy importante. Mucha gente cree que con la desintoxicación basta y esto no es cierto. Dentro del tratamiento es importante la psicoeducación de la familia y del paciente mismo. La misma consiste en brindar información acerca del trastorno: cuáles son las sustancias que se utilizan, que efectos tienen sobre la persona, que cambios internos y cambios observables se producen, cómo ayudar a la persona drogodependiente, por qué se utiliza un determinado tratamiento, etc. En algunos casos es necesario el uso terapéutico de alguna sustancia, como la Metadona o el Disulfirán, para:

- Desalentar al individuo en el consumo de una sustancia. Por ejemplo bloqueando, con la Naloxona, Naltrexona u otra sustancia, la acción de la heroína y haciendo que el heroinómano no sienta nada al inyectarse.
- Reducir los síntomas del síndrome de abstinencia. Por ejemplo, la Metadona simula la acción en el cerebro de la heroína y tiene menos efectos secundarios.
- Tratar los trastornos que se presentan conjuntamente con éste. Por ejemplo utilizar un antidepresivo para tratar una depresión subyacente.

Es de importancia el seguimiento del paciente durante 5 años aproximadamente. No se le da "el alta" al paciente, sino que éste deberá tener un seguimiento por parte del o los profesionales que lo hayan tratado, para evaluar su recuperación e intervenir ante eventuales recaídas. La inclusión de la familia en el tratamiento es primordial, por las características que ésta presenta. Un apoyo adecuado por parte de los familiares y amigos es esencial para facilitar los complejos cambios conductuales necesarios para que un paciente abandone el abuso de sustancias. Suele ser difícil que la persona acepte ir a visitar a un profesional de la salud por lo que está padeciendo. Por tal razón es importante que un familiar o amigo le haga saber que atraviesa este problema y que está

preocupado, haciéndole notar el porqué (por ejemplo porque se ve que ha disminuido su rendimiento, ha cambiado su estado de ánimo, está más irritable, no tolera determinadas cosas que antes toleraba, se lo nota más aislado, etc.). Explicar que no se pierde nada yendo a visitar a un profesional de la salud, es de gran ayuda en ciertas ocasiones.(Díaz, VII)

4.3 Educación contra el uso de drogas.

Uno de los objetivos de la orientación es el desarrollo de la persona en todas sus potencialidades. Cada día hay más acuerdo en que uno de los obstáculos a este objetivo es el consumo de drogas. Consideramos que el problema de las drogas es de dominio público y no hace falta insistir en los efectos altamente perjudiciales que tienen sobre la salud. A partir de los datos disponibles se puede concluir que la drogodependencia es el problema sanitario evitable más importante en la actualidad, tanto por su extensión como por la gravedad de sus consecuencias. Una de las estrategias más eficaces para enfrentarse a este peligro son los programas de prevención integrados en el currículum académico y que implican a los profesores, los padres y la comunidad. En último término toda persona puede jugar un papel relevante en la prevención del consumo de drogas. Como afirma Sánchez Ocaña (1987), las drogas es un problema de todos. La unión de todos los esfuerzos puede posibilitar no solamente unas escuelas sin drogas, sino una comunidad sin drogas y finalmente la utopía de una sociedad sin drogas (Bisquerra, 1992).

Cuando se habla de drogas se habla de tres tipos de sustancias: tabaco, alcohol y drogas ilegales (marihuana, cocaína, heroína, etc.). Los tres tipos son ilegales en las escuelas, aunque los dos primeros sean legales y aceptados en la sociedad contemporánea. Los efectos de estas sustancias son altamente nocivos y su consumo se extiende a todos los niveles sociales. La presión social es uno de los factores que más predisponen al consumo. Muchos estudiantes a partir de los 10 años se ven en situaciones que predisponen al consumo de tabaco y alcohol; en primer lugar como simple experiencia, posteriormente como consumidor habitual. La presión de los compañeros es un factor decisivo en el inicio del consumo. La investigación reciente ha confirmado que, además del daño físico que produce el tabaco y el alcohol, estas sustancias sirven de puente para llegar a otro tipo de drogas (U.S. Department of education, 1988). No se conocen casos

de drogadictos que previamente no hayan pasado por tabaquismo y/o alcoholismo. Es más, cuando más joven uno se inicia en el tabaco y el alcohol, más predisposición hay hacia el consumo de otras drogas. Esto es un argumento más a añadir a los que ya se tienen para insistir en la prevención del tabaco y el alcohol desde los primeros niveles educativos. Los estragos que el tabaco y el alcohol producen en la salud son tan graves, que reducir su incidencia se ha convertido en uno de los objetivos prioritarios de la educación para la salud (Bisquerra, 1992).

La organización Mundial de la Salud ha adoptado una actitud firme en este sentido: "El cigarrillo es un instrumento de muerte con respecto al cual la neutralidad ya no es posible". Por eso la mayoría de países han iniciado programas de prevención del consumo de tabaco y de las drogas en general (Bisquerra, 1992).

La presión social, que por una parte induce al consumo, por otra se está encaminando hacia una incipiente concienciación de los graves problemas que ocasiona este consumo, con el consiguiente rechazo hacia las drogas. De momento el rechazo es radical hacia las drogas ilegales; de forma creciente también lo es hacia el consumo de tabaco en lugares públicos cerrados. En el ámbito social el problema de las drogas desborda las fronteras de los países para convertirse en un problema internacional. Prácticamente en todos los países ya se dispone de campañas y programas contra el tabaco, alcohol y drogas. (Bisquerra, 1992)

4.4 La escuela y sus docentes en la prevención del consumo de drogas.

Las drogas y las adicciones se relacionan en condiciones y espacios para su reproducción en la medida en que se pierde el sentido de seguridad personal y colectivo, y en la medida en que se cancela la importancia moral de las relaciones humanas. Frente al dolor, la muerte, la desesperanza, la violencia, el abandono, la fe religiosa o la reflexión filosófica son cosa del pasado cuando ahora las bebidas inteligentes, el éxtasis, el crack, el champiñón, el paxil, el prozac, o cualquier otra droga, nos resuelven la vida en un fast track, sin temor al futuro, que como nunca antes es más incierto.

El consumo indebido de drogas afecta poblaciones cada vez más jóvenes, y éstas son escolares en su mayoría. Para llegar a ellos nada puede hacerse sin el concurso de la escuela, en donde transcurre gran parte de su tiempo, en contacto con los docentes. Insistir en la escuela y en los jóvenes cuando se trata de educación preventiva del uso indebido de drogas no significa de manera alguna que el problema de las drogas sea exclusivo de la juventud, y tampoco que todos los jóvenes estén escolarizados. Lamentablemente, en América latina no todos los niños y adolescentes tienen la posibilidad de asistir a la escuela. (Massün, 1999)

En muchos de nuestros países cientos de miles de niños, en vez de estar estudiando, trabajan o deambulan por las calles buscando cómo sobrevivir. Por lo tanto, la educación preventiva no debería limitarse a los centros de enseñanza y tendría que salir a las calles, especialmente en los barrios populares. Es importante también no caer en el error tan frecuente de identificar drogas con juventud, como si el problema del uso indebido fuera exclusivamente de los jóvenes, e ignorar el grave problema del abuso de drogas "legales" por parte de los adultos. En este trabajo insistimos en hablar de los jóvenes es únicamente porque nuestro objetivo principal es de prevención y porque estadísticamente la edad de inicio en el consumo indebido de drogas se sitúa precisamente en la adolescencia (12 a 15 años). Está comprobado asimismo que a menor edad de inicio hay mayor probabilidad de que la persona persista en el uso indebido y llegue, ya en la adultez, al estado de dependencia. Si bien la escuela no es el único espacio para llevar a cabo la educación preventiva, constituye indudablemente un lugar privilegiado. Allí se concentran los jóvenes en la edad en que están más expuestos al peligro de las drogas, pero también cuando son más susceptibles de ser formados. Se trata, además, de un grupo institucionalizado, es decir: "cautivo", lo que facilita la realización de los programas sistemáticos y permanentes que la educación preventiva requiere. Antes de pensar en llevar esta educación fuera de las escuelas, es necesario realizarla en su interior. (Massün, 1999)

En la tarea preventiva, la figura del maestro desempeña un papel fundamental porque él puede observar el desarrollo de sus alumnos mínimo durante un año, y conociéndolos mejor tiene más posibilidades de influir en sus actitudes y comportamientos frente a las drogas. Por otra parte, hacia la "modernización" de las sociedades latinoamericanas obliga a los educadores a asumir responsabilidades cada vez más complejas. El

fenómeno de la rápida industrialización y las consecuentes transformaciones estructurales han debilitado los espacios de interrelación y de transmisión cultural que antes aseguraba la familia tradicional. Debido a los nuevos imperativos económicos, los espacios de diálogo y el grupo familiar se reducen: la madre sale a trabajar, y con frecuencia el padre está ausente. (Massün, 1999)

Las pocas posibilidades de comunicación familiar se ven aún reducidas por la televisión, calificada por algunos de "madre sustituta". Pero como es sabido, los medios modernos responden primordialmente a intereses económicos, y más que difundir mensajes preventivos, promueven el consumo de drogas legales. En estas circunstancias, ¿qué mejores espacios que los centros de enseñanza para desarrollar una educación preventiva sistemática y duradera? La escuela y sus docentes constituyen actualmente la piedra angular para cualquier política o proceso de prevención del uso indebido de drogas en los jóvenes. Sin embargo, por sí sola la escuela no resolverá el problema de la droga. Existen muchas otras fuerzas y factores sociales que diariamente ejercen presión sobre los jóvenes, como son el grupo de padres, los medios de comunicación masivos, el ejemplo de los adultos que consumen drogas "legales", etc. Por lo mismo, la prevención es tarea de todos: es necesario que colaboren en ella los padres de familia, la comunidad y la opinión pública en general. Pero si los educadores son conscientes, si tienen una visión realista del problema y conocen el manejo de las técnicas de educación preventiva, esto repercutirá también en los padres de familia con los que se relacionan, y a través de éstos en la comunidad (Massün, 1999).

4.5 Programas para prevenir el consumo de drogas.

El enfoque tradicional en la prevención de las drogodependencias se ha basado en la información de sus efectos nocivos. Aunque la información es necesaria, con ella no es suficiente. Se necesita una comprensión de las causas del comportamiento para el desarrollo de programas efectivos de prevención. Hay evidencia de que el inicio del uso de drogas generalmente empieza durante la adolescencia. Este hecho es la resultante de una serie de factores complejos interrelacionados, como por ejemplo los modelos de fumadores influyentes (compañeros, profesores, padres, médicos, políticos, artistas, personajes que aparecen en la televisión, etc.). La percepción de que el consumo de tabaco está aceptado socialmente (reuniones, fiestas, "todo el mundo lo hace"), la presión

de los compañeros, etc. Todo esto provoca la creencia de que el fumar es un ingrediente importante para llegar a ser popular, atractivo al sexo opuesto, inteligente, maduro, varonil (en los chicos), emancipada (en las chicas), etc. (Bisquerra, 1992).

Una gran variedad de variables personales se han encontrado asociadas con el consumo de drogas, incluyendo baja auto-estima, baja auto-satisfacción, baja auto-confianza, gran necesidad de aprobación social, bajo sentido del control personal, alta ansiedad, rebeldía, gran impulsividad, impaciencia para asumir los roles adultos, etc. Además se han hallado diferencias entre los consumidores que tienden más a lograr graduaciones académicas inferiores, a no participar en actividades extraescolares, a iniciarse en comportamiento antisocial, mentir, robar, engañar. A partir de la teoría del aprendizaje social de Bandura (1977) el consumo de drogas puede conceptualizarse como un aprendizaje social y también como consecuencia de los complejos factores del entorno (Bisquerra, 1992).

A partir del estudio etiológico del inicio en el consumo de drogas se derivan unas implicaciones para el desarrollo de programas de prevención. En primer lugar, estos programas deben diseñarse para disminuir las motivaciones para iniciar el consumo. En segundo lugar, debe disminuirse la exposición de modelos consumidores influyentes o de alto status. En tercer lugar, debería intentarse aumentar la habilidad de los estudiantes a responder a las influencias sociales directas para fumar, beber y drogarse. Finalmente, debería disminuir la susceptibilidad general a las influencias sociales. Esto supone enseñar a los estudiantes habilidades de resistencia a la influencia sociales directas, como por ejemplo la habilidad de rechazar ofertas de fumar, beber o consumir droga, así como técnicas de evaluación crítica de la publicidad persuasiva para el consumo de drogas legales (tabaco y alcohol). Si bien es difícil disminuir la exposición a modelos de fumadores influyentes, se debe intentar disminuir la susceptibilidad general a las influencias mediante el aumento de la auto-estima, auto-confianza, sentido de la autonomía personal, control personal, así como técnicas para enfrentarse de forma eficaz a la ansiedad. Estos objetivos deberían conseguirse mediante un programa de orientación en el cual se desarrollo de competencias personales y sociales tome un papel relevante (Bisquerra, 1992).

En la aplicación de programas preventivos conviene tener presente la *teoría de la reactancia*, según la cual cuando se dice a alguien que no puede hacer algo a menudo

aumenta la probabilidad de que haga precisamente aquello que está prohibido, y a veces en exceso. Se produce un *efecto bumerang*, también denominado *efecto de reactancia*. Las campañas de información basadas en el sensacionalismo pueden revalorizar comportamientos arriesgados y provocar un aumento de la experimentación con drogas. Por esto los programas actuales suelen basarse en el entrenamiento de habilidades de la vida (Bisquerra, 1992).

Una estrategia para prevenir el "efecto de reactancia" puede ser utilizar la *intención paradójica*, que consiste en dar instrucciones que estén encaminadas a provocar una reacción y un comportamiento en la dirección contraria a la que aparentemente se pretende. Por ejemplo, en una charla sobre prevención del consumo de tabaco se puede resaltar las virtudes de fumar exagerándolas desproporcionadamente. Por ejemplo se puede decir, enseñando un paquete de tabaco: "Este producto es capaz de producir unos efectos asombrosos en las personas que lo consumen". Puede ayudar a sentirse bien, ser aceptado socialmente, mantener un buen aspecto físico, ser atractivo al sexo contrario, disfrutar de la vida, tener buena salud, mantenerse tranquilo en todo momento, parecer más simpático, estar de buen humor, ser joven, destacar, ser original y muchas cosas más. En definitiva, es un producto sensacional. Su precio es muy económico para los beneficios que reporta. Aquí indica que es perjudicial para la salud, pero esto solo es una argucia que no se la cree nadie. En conclusión, es un producto necesario en la sociedad actual que todos deberíamos consumir". A partir de estas informaciones se pretende provocar una reacción de resistencia en el receptor del mensaje, de tal forma que en realidad vaya a comportarse en sentido diametralmente opuesto. Y esto es en el fondo lo que se pretendía. En la aplicación de esta técnica no se pretende llegar a un conocimiento de las causas, sino provocar una reacción. Las habilidades que se requieren son buenas habilidad para afrontar la paradoja, un mínimo de imaginación y la habilidad para ser realista. La intención paradójica se basa en la "terapia breve" de M. H. Erickson y en la logoterapia de V. Frankl. En ciertas circunstancias puede ser una estrategia efectiva en los programas de prevención (Bisquerra, 1992).

Otra estrategia puede consistir en aplicar un *discurso de la servidumbre* consistente en resaltar como el consumo de drogas significa pasar a ser un servidor de ellas. Ya no eres libre; es la droga la que te domina. En el caso del tabaco, por ejemplo, ser consumidor habitual supone entre otras cosas: no poder ir a ningún sitio sin el tabaco a cuestas; al ir al

cine empezar a sufrir cuando llevamos cerca de una hora de película sin fumar. lo mismo respecto del teatro, conciertos y reuniones donde no se permite fumar, cada vez son más los lugares en donde no se puede fumar y por lo tanto vamos a sentirnos incómodos al no poder hacerlo. Para empezar a solucionar el problema del consumo de tabaco se puede realizar la siguiente actividad. Se forman grupos de alumnos (aproximadamente de tres miembros cada uno). Cada grupo se dedica a recoger información sobre el tabaco (o cualquier droga) con el propósito de informarse sobre las ventajas e inconvenientes de su consumo. Una vez realizado el trabajo se pone en común en clase de tal forma que haya un grupo que defienda el lema "no consumir" y otro equipo que defienda las ventajas del consumo (Bisquerra, 1992).

Los programas de prevención de las drogodependencias deben considerarse como parte integrante de otros grupos más generales de educación para la salud y el desarrollo de las habilidades de vida. El enfoque preventivo del consumo de drogas mediante la adquisición de *habilidades de vida* es, precisamente, una de las tendencias actuales que se han revelado como de mayor utilidad (Bisquerra, 1992).

La llegada a la adolescencia crea nuevos retos a la prevención del consumo de drogas. En esta edad empiezan a ampliarse las posibilidades de relación social. Se inicia un progresivo desprendimiento respecto de los padres, profesores y adultos. El acceso al tabaco, alcohol y drogas es sumamente fácil. Las influencias sociales y las presiones de los compañeros son muy fuertes. El natural deseo de ser aceptado por los compañeros puede empezar a ser una causa de ansiedad que refuerza la presión de los compañeros para empezar a fumar, beber o consumir drogas. El deseo de parecer mayor es otro factor que contribuye a este comportamiento, así como un progresivo escepticismo frente a la autoridad y a lo que los adultos les están enseñando (Bisquerra, 1992).

Los adolescentes a menudo poseen un sentimiento de invulnerabilidad personal. Piensan que "esto no puede pasarme a mí". Esto, junto con una inseguridad respecto del atractivo personal y aceptabilidad social puede utilizarse para una toma de conciencia que conduzca a una acción. Así, por ejemplo, se puede hacer referencia a como el tabaco, alcohol y otras drogas afectan a la apariencia personal; el tabaco produce un color desagradable en los dientes y dedos; el tabaco y el alcohol provocan unos olores

desagradables al respirar, todas las drogas producen efectos sobre la coordinación psicomotriz, la práctica deportiva, la apariencia personal, el pensamiento, el desarrollo físico y sexual, así como el comportamiento en general. Otro aspecto que conviene tener presente es el hecho de que la mayoría de los jóvenes al llegar a los 18 años piensan en sacar su licencia para conducir. Cada día son más los accidentes graves que tienen una relación con jóvenes que han bebido alcohol. El consumo de alcohol disminuye el sentido de la responsabilidad, crea una falsa seguridad en el conductor y aumenta las conductas agresivas (Bisquerra, 1992).

4.6 ¿Qué actitud asumir frente al alumno consumidor o fármacodependiente?

“La droga nace de una angustia y se cura con la confianza”

Curtet²

La droga en la escuela produce miedo y el miedo es mal consejero cuando se quiere combatir la fármaco dependencia. Ante todo, es necesario evitar la psicosis del pánico que en los medios escolares paraliza todo esfuerzo de prevención. La primera reacción frente a un alumno que consume drogas suele ser el castigo o la exclusión, y en el mejor de los casos, el discurso moralizador. Casi siempre se olvida lo más importante, que es preguntar por qué lo hace (pero preguntando de tal forma que el niño sienta deseos de contestar). Preguntar y dialogar son actitudes de base para enfrentar a los adolescentes con el problema de las drogas. Pero ¿cómo establecer el contacto tan necesario cuando se tiene miedo a los propios alumnos? Cuando los maestros se transforman en policías antidrogas, la relación de confianza se vuelve imposible. Un adolescente que prueba la marihuana por curiosidad, tratará de ocultar su experiencia por temor a que si lo descubren los adultos lo vayan a etiquetar de “drogadicto”. Esto lo empuja a refugiarse en el grupo de amigos que, por el contrario, valorará su actitud (Massün, 1991).

² Doctor Curtet, Director médico del Centro de Atención para farmacodependientes “Trait d’union”, de París.

La ausencia del diálogo no es la única causa de la fármaco dependencia en los jóvenes, pero es un elemento fundamental, en el que los educadores sí tienen la posibilidad de influir. Cuando se sorprende a un alumno fumando marihuana o inhalando, en vez de armar un escándalo es necesario acercársele y hablar con él amistosamente, tratando de comprender por qué lo hace. La represión, la coerción, lo mismo que las posturas de vigilancia o de control son tácticas poco útiles con el consumidor ocasional o habitual, y totalmente inútiles con el consumidor compulsivo de drogas. Ningún fármaco dependiente se puede curar sin que él mismo quiera curarse, y es necesario ayudarlo para que lo desee. La única forma de lograrlo es ofreciéndole comprensión, confianza y diálogo sincero (Massün, 1991)

En consecuencia, la primera actitud que se ha de adoptar frente al alumno consumidor o fármaco dependiente es tratar de abrir el diálogo con él y escuchar, sin censurarlo. Y una vez que el diálogo se inicia, ayudarlo a describir y comprender las causas que lo llevaron al consumo repetitivo, y analizar sus propias motivaciones. Es necesario también aportarle información objetiva sobre los efectos de la(s) droga(s) que consume, y hacerle comprender que de ninguna manera resolverán sus problemas; que en cambio, van a empeorarlos. Al mismo tiempo, hay que buscar con él opciones que le interesen lo suficiente como para alejarlo del uso de drogas. En casos de dependencia física grave, la actitud prioritaria consiste en convencerlo para que se someta voluntariamente al tratamiento médico (Massün, 1991).

Veamos ahora, paso a paso, la forma de actuar más conveniente con el alumno consumidor de drogas ilegales:

1. En primer lugar, el educador debe mostrar simpatía y amistad con el joven consumidor de drogas y entablar con él una relación que no inhiba la comunicación y la sinceridad de ambas partes. Abrir el diálogo con el alumno en una actitud de confianza mutua: "Tú tienes cosas que decirme que estoy dispuesto a escuchar y deseoso de entender", podría ser la fórmula para ello. Un primer rechazo no significa rechazo definitivo y no debería desanimar al educador a intentarlo nuevamente. Los adolescentes con problemas de drogadicción, aunque no lo demuestren claramente, sienten en general una profunda necesidad de ser escuchados y tenidos en cuenta (Massün, 1991).

2. Evaluar la gravedad de la situación por medio del diálogo y la observación: tipo de droga usada, dosis y frecuencia del uso, nivel de conocimientos del alumno acerca de los efectos de la droga que consume, actitudes de los padres ante el hecho, problemas familiares o de otra índole que lo afectan de manera insistente. Deben examinarse también los recursos con los que cuenta la escuela, la familia o la comunidad para ayudarlo a dejar la droga: disponibilidad de tiempo del maestro, de los padres, posibilidades de recreo o de actividades alternativas, etcétera (Massün, 1991).
3. Establecer con el alumno una relación amistosa pero a la vez educativa, es decir, ofreciéndole información seria (objetiva, científica, veraz) sobre los efectos nocivos de las drogas que consume y los riesgos reales (sobre todo, no exagerar ni mentir en un intento de impresionarlo); hacerle comprender por qué se droga: ¿a qué necesidades responde este acto?, ayudarlo a descubrir sus motivaciones inconscientes y a comprender que la droga podrá cada vez menos satisfacerlas (Massün, 1991).
4. Examinar con él las posibilidades de actividades alternativas al uso de las drogas que respondan a sus intereses y también a sus aptitudes. Si él no sabe lo que le gustaría hacer, sugerirle actividades positivas y motivarlo para que participe en ellas. Estas actividades pueden ser, según las posibilidades existentes, de tipo artístico, deportivo, de convivencia con otros jóvenes, de ayudar voluntaria en la comunidad para sentirse útil, u otras (Massün, 1991).
5. En caso de que el joven ya se encuentre en un estado de dependencia física grave, para el cual la ayuda de la escuela o de la familia se revela insuficiente, la única actitud conveniente del educador es tratar de convencerlo para que acuda voluntariamente al tratamiento médico y orientarlo hacia donde puede recibirlo en las mejores condiciones. No es una tarea fácil. Durante las primeras etapas de dependencia en el consumidor se siente bien y no tiene, o no quiere tener, conciencia de ningún peligro. Generalmente trata de eludir el tema, y hay que tener mucho empeño para entablar el diálogo con él. Esto se logra solamente cuando existe un clima de ayuda sincera, en el que el mismo enfermo fármaco dependiente pueda reconocerse como necesitando intervención especializada y

llegue a desearla. Se sugiere que el educador que logró establecer una relación de este tipo con su alumno, que de en contacto con él y con el equipo terapéutico mientras dure el tratamiento, para que el paciente no se sienta apartado de los demás o marginado, y facilitar así su reingreso posterior a la escuela (Massün,1991).

4.7 Formas de medir las adicciones

Hemos visto el conjunto de las "campañas de terror" llevadas a cabo en los años sesenta para reducir el consumo de drogas en los Estados Unidos. Según los resultados de varias investigaciones anteriores, estos programas en su mayoría muy costosos, más que disminuir el uso indebido de drogas, lo incrementaron. Muchos otros ejemplos corroboran que en materia de educación preventiva no se puede trabajar a ciegas.

Con base en una amplia experiencia internacional, la Comisión de Estupefacientes de la ONU, en su informe de 1981, concluye que todas "las medidas encaminadas a reducir el uso indebido de drogas deberían ir acompañadas de una evaluación científica para comprobar su eficiencia". En una reunión regional organizada por la UNESCO se llegó incluso a proponer que desde el comienzo de los programas debe incluirse algún tipo de mecanismo de control, y que esto constituya un requisito para lograr cualquier apoyo internacional. "Los organismos internacionales no deberían apoyar ningún proyecto o programa educativo sobre drogas a menos que tuviese evaluación desde el principio, a fin de que los encargados del programa dispongan de un retorno de información. Más que llamar a los evaluadores después, es la manera de prevenir graves errores". En materia de información y educación preventiva sobre drogas, la evaluación se hace imprescindible por cuanto un programa erróneo puede agravar los problemas que pretende disminuir. Precisamente para evitar estos daños, así como los gastos inútiles, se recomienda prever una forma de evaluación antes del inicio de las actividades y seguir controlando los resultados del programa durante todo su desarrollo. Esto permitirá descubrir a tiempo si es preciso modificarlo o incluso suspenderlo. Los materiales utilizados en los programas preventivos (folletos, guías, instructivos para maestros, etc.) deben ser lo suficientemente flexibles como para que se presten fácilmente a eventuales reajustes (Massün,1991)

Suele llamarse evaluación formativa a la que consiste en la observación continua de un programa durante su realización: implica ensayos previos y controles periódicos mientras se van llevando a cabo las actividades. Para comprobar los resultados de un programa se emplean diversos métodos, que incluyen desde la aplicación de cuestionarios antes y después de su realización, hasta la utilización a efectos de comparación de grupos testigos que no hayan participado en el programa, o la realización paralela de otro tipo de actividades para cotejar los resultados. Los instrumentos de evaluación más comunes son los cuestionarios con preguntas abiertas o cerradas (Massün,1991).

4.8 Métodos para la evaluación del uso de drogas

Primero se debe de definir que se entiende por evaluación que es "La medida del nivel de calidad, al igual que cualquier método evolutivo identifica problemas y los dimensiona al comparar los resultados con los objetivos previamente definidos. Requiere el diseño y la ejecución de un estudio de mayor o menor complejidad, según los casos. Se compara y se analiza la información obtenida a partir de datos de la estructura, del proceso o de los resultados, con criterios de calidad predefinidos. Al finalizar el análisis se emite un juicio y se proponen acciones para su corrección. Supone la aplicación del método científico para medir las distintas dimensiones de la calidad.

Se utilizan los siguientes métodos para evaluar el consumo de drogas: se realizan encuestas, de ser posible garantizando el anonimato a fin de obtener respuestas veraces. Se elaboran, en general, con preguntas cerradas, para indagar principalmente sobre el tipo de drogas usadas, formas y frecuencia de uso, y la participación eventual en algún tratamiento por abuso de drogas (Massün,1991).

CAPÍTULO V PROCEDIMIENTO

5.1 Planteamiento del problema.

En esta época la sociedad se enfrenta a un gran problema el cual es el incremento en el consumo de drogas y que afecta principalmente a los niños y adolescentes. Por tal motivo es indispensable tener un diagnóstico certero del consumo de drogas lícitas e ilícitas en los estudiantes de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza UNAM, toda vez que es una población con un alto riesgo de consumo, debido a la edad, entorno socioeconómico del propio alumno y de la ubicación geográfica de la Facultad. En la actualidad, el abuso en el consumo de drogas afecta a poblaciones cada vez más jóvenes y en su mayoría son escolares. Es importante también no caer en el error tan frecuente de identificar el consumo de drogas exclusivamente con la juventud, como si el problema de abuso de drogas fuera exclusivo de los jóvenes, e ignorar el grave problema del abuso de drogas "legales" por parte de los adultos.

5.2 Objetivos

- a) Obtener un diagnóstico en el consumo de drogas lícitas e ilícitas en los alumnos de Campus II de la FES Zaragoza.

- b) Identificar los factores que inducen el consumo de drogas lícitas e ilícitas e implementar programas preventivos que ayuden a los alumnos de la FES Zaragoza a reflexionar sobre las consecuencias que provocan el consumo de estas sustancias.

- c) Resaltar la importancia que tiene el docente en el desarrollo del adolescente y el papel que juega en la prevención del consumo de drogas lícitas e ilícitas.

5.3 Método en la aplicación del instrumento.

Se llevó a cabo la aplicación del instrumento Diagnóstico en la prevalencia de adicciones a drogas lícitas e ilícitas a 388 alumnos de la FES Zaragoza UNAM los cuales se eligieron al azar, 149 alumnos de la carrera de Biología , 41 alumnos de la carrera de Ingeniería Química y 198 alumnos de la carrera de Químico Farmacéutico Biólogo de todos los semestres en el Campus II de esta Facultad. El instrumento se aplicó del 7 de abril al 3 de mayo del 2003 , en las aulas en condiciones de iluminación y tranquilidad adecuada. El cuestionario utilizado constó de 68 preguntas referentes al consumo de drogas lícitas e ilícitas, que actividades realizan en su tiempo libre y a quien acuden cuando tienen un problema.

Materiales e instrumento de evaluación.

- Lápices del número dos
- 388 hojas lectoras

Se utilizó el paquete estadístico llamado SPSS versión 11. En el cual se realizaron los siguientes estudios estadísticos.

- Validación y fiabilidad de ítems. Esta prueba es de gran importancia pues nos indica si el instrumento que se utilizó funciona correctamente y si los ítems cumplen con el fin con el que fueron formulados y de no ser así se tienen que cambiar para mejorar.
- Análisis descriptivos. La descripción estadística son las características específicas de un conjunto de datos, puede realizarse en la población total o en una parte de los componentes de dicha población.

- Xi cuadrada. Esta prueba se emplea principalmente para apreciar si las frecuencias obtenidas empíricamente difieren o no de las frecuencias que deberían esperarse de acuerdo a ciertos supuestos teóricos. Se aplica en problemas de contingencia con el objeto de apreciar si existe asociación entre valores teóricos y reales. La prueba de Xi cuadrada se aplica para detectar las diferencias entre tres o más muestras o de comparar dos ó más muestras con relación a una variable con dos o más categorías.
- T de student. La prueba de t de student es conocida también como distribución t la cual es simétrica y en forma de campana con media cero, su forma es muy semejante a la distribución normal estándar. La forma exacta de la distribución t depende de un parámetro llamado grados de libertad dado por $n-1$ que es el tamaño de la muestra menos uno, se utiliza la prueba de Levene para conocer si hay homogeneidad de varianza o no.
- ANOVA simple. Es un método con el cual se obtienen resultados más precisos sobre las oscilaciones o variaciones de un fenómeno puesto que descompone su varianza total en la varianza de cada uno de los diferentes factores que lo componen. Si los valores de las variables son mayores a 0.05 se acepta H_0 y se dice que hay homogeneidad de varianzas por lo que se utiliza la prueba Post Hoc de Bonferroni, en el caso contrario al obtener valores menores a 0.05 se rechaza H_0 y se dice que no hay homogeneidad de varianza por lo que se utiliza la prueba Post Hoc de Tamhane.

Capítulo VI Análisis estadístico.

6.1 Resultados

Se aplicaron 388 cuestionarios a los a los alumnos de las carreras de Químico Farmacéutico Biólogo, Ingeniería Química y Biología.

Los siguientes estudios corresponden a χ^2 cuadrada.

Para todas las χ^2 cuadradas el planteamiento de la hipótesis es la siguiente:

$H_0: X_1 = X_2$ (Independencia entre variables).

$H_a: X_1 \neq X_2$ (Dependencia entre variables)

6.1.1 Se realizó la prueba de χ^2 cuadrada “género contra fumaste cigarro ó puro” se obtiene:

Tabla 6.1 Prueba de χ^2 cuadrada “género contra fumaste cigarro ó puro”.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,754 ^a	4	.600
Likelihood Ratio	2,762	4	,598
Linear-by-Linear Association	,591	1	,442
N of Valid Cases	388		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,79.

Se obtiene el valor de Pearson para la χ^2 cuadrada es $0.600 > 0.05$ por lo que se acepta H_0 , que corresponde a que existe independencia entre las variables. Se observa que el género no influye en el consumo de cigarro ó puro. Un 24.5% opina que fumó en la última semana, un 18.3 lo hizo en los últimos 12 meses y un 10.3% en el último mes.

6.1.2 Se realizó la prueba de Xi cuadrada a las variable "género contra quién te invitó tu primer cigarrillo".

Tabla 6.2 Prueba de Xi cuadrada " género contra quién te invito tu primer cigarrillo

Chi-Square

	Value	df	Asymp. (2-
Pearson Chi-	8,986 ^a	7	.254
Likelihood	11,394	7	,122
Linear-by- Associatio	,624	1	,429
N of Valid	388		

a. 8 cells (50,0%) have expected count less than minimum expected count is

Se tiene que el valor de $0.254 > 0.05$ por lo tanto se acepta H_0 , que corresponde a que existe independecia entre variables por lo tanto el género no influye en quién te invitó tu primer cigarrillo. El 32.5% opina que su primer cigarrillo fue invitado por un amigo y un 23.2% lo consiguió por su cuenta.

6.1.3 Se realizó la prueba de Xi cuadrada "género contra Cuántos años tenías cuando fumaste tu primer cigarro"

Tabla 6.3 Prueba de Xi cuadrada " género contra Cuántos años tenías cuando fumaste tu primer cigarro"

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5.051 ^a	5	.410
Likelihood Ratio	5.185	5	.394
Linear-by-Linear Association	.973	1	.324
N of Valid Cases	388		

a. 2 cells (16.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.45.

El valor de Xi cuadrada es de 0.410 > 0.05 por lo tanto se acepta Ho, que corresponde a que existe independencia entre variables por lo tanto el género no influye en la edad en que fumaron su primer cigarrillo. Un 35.4% de los alumnos encuestados opina que fumó su primer cigarro entre los 16 y los 20 años, un 34.7 opina que nunca ha fumado y un 18% opina que lo hizo entre los 10 y los 15 años.

6.1.4 Se realizó la prueba de Xi cuadrada "género contra ¿qué opinas de los jóvenes de tu edad que se drogan?"

Tabla 6.4 Prueba de Xi cuadrada "género contra ¿qué opinas de los jóvenes de tu edad que fuman tabaco?"

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,249 ^a	3	,100
Likelihood Ratio	6,394	3	,094
Linear-by-Linear Association	,334	1	,563
N of Valid Cases	388		

a. 2 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,94.

El valor de Xi cuadrada es de 0.100 > 0.05 por lo tanto se acepta la Ho, que corresponde a que existe independencia entre las variables esto significa que el género no influye en las respuestas a la pregunta "que opinas que los jóvenes de tu edad que fuman tabaco". Un 50% de los alumnos encuestados opina que es desagradable que fumen.

6.1.5 Se realizó la prueba de Xi cuadrada “edad de los alumnos contra Tomaste bebidas alcohólicas”

Tabla 6.5 Prueba de Xi cuadrada “edad de los alumnos contra tomaste bebidas alcohólicas.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	33,339 ^a	20	0,031
Likelihood Ratio	33,720	20	,028
Linear-by-Linear Association	10,220	1	,001
N of Valid Cases	388		

a. 6 cells (20,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,82.

El valor de Xi cuadrada es de $0.031 < 0.05$ por lo tanto se acepta la hipótesis alterna que corresponde a que existe dependencia entre variables. Significa que la edad de los alumnos si influye al contestaren la pregunta ¿Tomaste bebidas alcohólicas?. Se observa que los alumnos empiezan a consumir bebidas alcohólicas desde los 18 años, pero al ir aumentando su edad hasta los 23 años aumentó su consumo de bebidas alcohólicas. Un 36.6% de los alumnos opina que han consumido bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses, un 22.4% opina que lo hizo durante el último mes y un 18.7% en la última semana.

6.1.6 Se realizó la prueba de Xi cuadrada para las variable "género contra Cuando tienes un problema acudes con".

Tabla 6.6 Prueba de Xi cuadrada "género contra Cundo tienes un problema acudes con:"

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	29,924 ^a	20	.071
Likelihood Ratio	36,202	20	,015
Linear-by-Linear Association	1,854	1	,173
N of Valid Cases	388		

a. 28 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,49.

El valor de Xi cuadrada es de $0.071 > 0.05$ por lo tanto H_0 se acepta, esto corresponde a que existe independencia entre variables, esto significa que el género no influye cuando tienen un problema y deciden acudir con un familiar. Un 34.5% de los alumnos opina que cuando tienen un problema acude con su mamá., un 15.2% de los alumnos acude con un amigo y un 11.1% acude con su pareja.

6.1.7 Se realizó la prueba de Xi cuadrada “género contra practicas algún deporte”

Tabla 6.7 Prueba de Xi cuadrada “género contra prácticas algún deporte”

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	34,487 ^a	6	,000
Likelihood Ratio	35,290	6	,000
Linear-by-Linear Association	11,081	1	,001
N of Valid Cases	388		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,39.

El valor de Xi cuadrada es de $0.000 < 0.05$ por lo tanto la hipótesis alterna se acepta, esto quiere decir que existe dependencia entre las variables, por lo tanto se concluye que el género si influye al practicar un deporte. El 32.7% de los alumnos opina que no realiza deporte, un 24% de los alumnos practica deporte un vez a la semana y un 14.7% realiza deporte dos veces a la semana.

6.1.8 Se realizó la prueba de Xi cuadrada "genero de los alumnos contra ¿cuántos años tenías cuando bebiste tu primera copa? ".

Tabla 6.8 Prueba de Xi cuadrada "género contra ¿cuántos años tenías cuando bebiste tu primera copa?"

Chi-Square

	Value	df	Asymp. Sig. (2-
Pearson Chi-	4,749 ^a	5	,447
Likelihood Ratio	4,768	5	,445
Linear-by- Associatio	2,343	1	,126
N of Valid	388		

a. 2 cells (16,7%) have expected count less than 5.
minimum expected count is

El valor de Xi cuadrada es de $0.447 > 0.05$ por lo tanto H_0 se acepta, esto corresponde a que existe independenciam entre variables esto significa que el Género no influye en su opinión a la pregunta ¿cuántos años tenías cuando bebiste tu primera copa?. Un 48.5% de los alumnos opina que consumió su primera copa entre los 16 y los 20 años, el 17.3% opina que lo hizo entre los 10 y los 15 años y un 11.6% opina que lo hizo después de los 20 años de edad.

6.1.9 Se realizó la prueba de Xi cuadrada “género contra Haz fumado marihuana”

Tabla 6.9 Prueba de Xi cuadrada “género contra Haz fumado marihuana”

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,301 ^a	3	,231
Likelihood Ratio	4,393	3	,222
Linear-by-Linear Association	2,151	1	,142
N of Valid Cases	388		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,39.

El valor de Xi cuadrada que se obtiene es de $0.231 > 0.05$ por lo tanto se acepta H_0 , que corresponde a que existe independencia entre variables esto significa que el Género no influye en su opinión a la pregunta ¿Haz fumado marihuana? Un 88.4% de los alumnos opina que nunca ha fumado marihuana, un 4.6% ha fumado marihuana de 1 a 5 veces en su vida y un 2.7% más de 5 veces en su vida.

6.1.13 A continuación se tiene la prueba de ANOVA simple de los alumnos cuyas variables son: "carreras" contra las variables "consumo de cigarro, consumo de bebidas alcohólicas, consumo de marihuana y la posible adicción que provoca el consumo".

La prueba de hipótesis es la siguiente:

$$H_0 : \bar{X}_1 = \bar{X}_2 = \bar{X}_3$$

$$H_a : \bar{X}_1 \neq \bar{X}_2 \neq \bar{X}_3$$

Tabla 6.10 Prueba de homogeneidad de varianza.

Test of Homogeneity of Variances				
	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
FUMARREC	1.786	2	365	.169
BEBEREC	.359	2	374	.698
MARIRECD	5.822	2	376	.003
ADICCION	.208	2	382	.813

Los valores de las variables consumo de cigarro, consumo de bebidas alcohólicas y la adicción que conlleva a estas drogas 0.169, 0.698 y 0.813 son ≥ 0.05 se acepta H_0 por lo que existe homogeneidad entre las varianzas y se utiliza la prueba Post Hoc de Bonferroni que se encuentra en el anexo II. Con el valor de la variable consumo de marihuana que es de $0.003 \leq 0.05$ y por lo tanto se rechaza H_0 y se dice que no hay homogeneidad de varianza y se usa la prueba Pos hoc de Tamhane, que se encuentra en el anexo II.

Tabla 6.11 Análisis de varianza simple.

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
FUMARREC	Between Groups	10.171	2	5.085	3.319	.037
	Within Groups	559.264	365	1.532		
	Total	569.435	367			
BEBEREC	Between Groups	6.073	2	3.037	3.010	.050
	Within Groups	377.269	374	1.009		
	Total	383.342	376			
MARIRECD	Between Groups	.590	2	.295	1.360	.258
	Within Groups	81.547	376	.217		
	Total	82.137	378			
ADICCION	Between Groups	2.852	2	1.426	2.889	.057
	Within Groups	188.579	382	.494		
	Total	191.432	384			

Para las variables consumo de bebidas alcohólicas, consumo de marihuana y la adicción que conlleva a estas drogas $0.050, 0.258, 0.057 \geq 0.05$ por lo tanto se acepta H_0 y se dice que no hay diferencias significativas por lo que se considera que los alumnos encuestados existe una alta adicción en el consumo de bebidas alcohólicas.

Para el valor de consumo de cigarro que es de $0.037 \leq 0.05$ por lo que se rechaza H_0 y se dice que hay diferencias significativas entre las respuestas de los alumnos encuestados de las diferentes carreras.

En la variable "consumo de marihuana" se observa que los alumnos de las carreras de Q.F.B y biología es donde se encuentran más consumidores en comparación con la carrera de Ingeniería Química. El mayor consumo de cigarro lo realizan los alumnos de biología. En lo que se refiere al consumo de bebidas alcohólicas no hay diferencias entre las tres carreras.

6.1.14 A continuación se tiene la prueba de ANOVA simple de los alumnos cuyas variables son: "edad de los alumnos" contra las variables "consumo de cigarro, consumo de bebidas alcohólicas, consumo de marihuana y la posible adicción que provoca el consumo".

La hipótesis de la prueba es la siguiente:

$$H_0 : \bar{X}_1 = \bar{X}_2 = X_3$$

$$H_a : \bar{X}_1 \neq \bar{X}_2 \neq \bar{X}_3$$

Tabla 6.10 Prueba de homogeneidad de varianza.

Test of Homogeneity of Variances

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
FUMARREC	1.680	5	362	.139
BEBEREC	1.296	5	371	.265
MARIRECD	4.607	5	373	.000
ADICCION	.738	5	379	.595

Los valores de las variables "consumo de cigarro, consumo de bebidas alcohólicas y la adicción que los alumnos tienen a estas dos drogas" es 0.139, 0.265 y 0.595 > 0.05 por lo que se acepta H_0 y se dice que hay homogeneidad de varianzas por lo que se utiliza la prueba Post Hoc de Bonferroni. Con el valor de la variable 0.000 < 0.05 se rechaza H_0 y se dice que no hay homogeneidad de varianza por lo que se utiliza la prueba Post Hoc de Tamhane.

Tabla Análisis de varianza

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
FUMARREC	Between Groups	6.306	5	1.261	.811	.543
	Within Groups	563.129	362	1.556		
	Total	569.435	367			
BEBEREC	Between Groups	13.324	5	2.665	2.672	.022
	Within Groups	370.018	371	.997		
	Total	383.342	376			
MARIRECD	Between Groups	1.436	5	.287	1.328	.252
	Within Groups	80.701	373	.216		
	Total	82.137	378			
ADICCION	Between Groups	3.080	5	.616	1.240	.290
	Within Groups	188.352	379	.497		
	Total	191.432	384			

El valor 0.022 es < 0.05 por lo que se rechaza H_0 y se dice que hay diferencias en cuanto al consumo de bebidas alcohólicas esto se debe a que los alumnos de 20 a 23 años son los que más consumen. Los valores de las variables "consumo de cigarro, marihuana y adicción" son 0.543, 0.252 y 0.290 > 0.05 por lo tanto se acepta H_0 y se dice que no hay diferencias significativas entre los resultados obtenidos en las diferentes edades de los alumnos.

6.1.14 A continuación se presenta la prueba de *t de Student* para determinar si existe diferencia de “género” contra “qué tanto los alumnos consumen drogas lícitas e ilícitas”

La hipótesis de la prueba es la siguiente;

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

$$H_a : \bar{X}_1 \neq \bar{X}_2$$

Tabla 6.12 Prueba de t para datos independiente.

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
FUMARREC	Equal variances assumed	3,032	,082	-1,288	366	,199	-,1671	,12976	-,42224	,08808
	Equal variances not assumed			-1,287	364	,199	-,1671	,12982	-,42238	,08822
BEBEREC	Equal variances assumed	7,410	,007	-3,583	375	,000	-,3670	,10242	-,56840	-,16561
	Equal variances not assumed			-3,576	368	,000	-,3670	,10262	-,56880	-,16521
MARIRECD	Equal variances assumed	1,126	,289	-,625	377	,533	-,0299	,04793	-,12419	,06431
	Equal variances not assumed			-,625	377	,532	-,0299	,04792	-,12417	,06429
ADICION	Equal variances assumed	1,155	,283	-2,615	383	,009	-,1868	,07143	-,32725	-,04635
	Equal variances not assumed			-2,613	380	,009	-,1868	,07149	-,32737	-,04623

Como los valores de las variables: “fumar, consumo de bebidas alcohólicas, consumo de marihuana y la adicción que existe a éstas drogas” 0.082, 0.289 y 0.283 son ≥ 0.05 por lo tanto en la prueba de Levene hay homogeneidad de varianza. Con 366, 377 y 383 grados de libertad. Pero en la variable "consumo de bebidas alcohólicas" se obtuvo un valor de $0.007 \leq 0.05$ por lo que según la prueba de Levene no hay homogeneidad de varianza.

De los valores de la tabla 6.12 se puede aseverar con una confianza del 95% y un $\alpha=0.05$, en un T para datos independientes para dos colas que en las variables; "consumo de cigarro, consumo de marihuana y la posible adicción que se tiene a estas drogas" " 0.082, 0.289 y 0.283 respectivamente son ≥ 0.05 por lo que se acepta la H_0 y se dice que **no** existen diferencias significativas con el género. Para el valor "consumo de bebidas alcohólicas" $0.007 \leq 0.05$, por lo que se rechaza la H_0 y se dice que **si** existen diferencias significativas debido a que las mujeres consumen menor cantidad de bebidas alcohólicas en comparación con el consumo que realizan los hombres.

6.2 Análisis de resultados

6.2.1 Validez y fiabilidad de ítems del instrumento.

Se realiza el análisis para determinar la confiabilidad de cada ítem con el resto de las preguntas. Se obtienen los siguientes resultados (solo se pondrán los que tienen un valor superior a 0.3).

Número de ítem	Valor						
4	0.3296	28	0.4390	46	0.4786	66	0.4280
10	0.3794	29	0.5250	47	0.5911	67	0.3617
12	0.4374	30	0.5341	48	0.5524	68	0.3416
13	0.4119	31	0.5855	49	0.5435		
14	0.3846	33	0.5324	50	0.5784		
15	0.4208	34	0.5144	51	0.5687		
16	0.4156	35	0.5023	52	0.5666		
18	0.4803	36	0.4625	53	0.5083		
19	0.3967	37	0.4964	54	0.4788		
20	0.3522	38	0.5287	55	0.5190		
21	0.3701	39	0.5247	56	0.5068		
22	0.4102	40	0.5181	57	0.5227		
23	0.4704	41	0.5375	58	0.4665		
24	0.4624	42	0.5163	62	0.3082		
25	0.5104	43	0.5147	63	0.3953		
26	0.4849	44	0.4933	64	0.4277		
27	0.4903	45	0.4185	65	0.4306		

Al realizar la prueba para conocer la confiabilidad del instrumento que se utilizó para evaluar 388 alumnos con un número de ítem de 68, el valor de alfa de Cronbach es de 0.8892, al mismo instrumento se le realizó la misma prueba pero dividido en dos partes y se obtiene un alfa de Cronbach es de 0.7854 en la primera parte y un alfa de Cronbach 0.8789 en la segunda parte por lo tanto se tiene una buena confianza en el instrumento.

Al instrumento se realizó el análisis de factores y se obtuvieron 15 factores que engloban las preguntas:

Factor 1 : ítems: 12, 18, 19, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44,45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58.

Factor 2: ítems: 2, 4, 13, 14, 15, 20, 21, 22, 63, 64, 65, 66, 67, 68.

Factor 3: ítems: 10, 12, 13, 15, 16, 18, 19, 63, 64, 65, 66, 67, 68.

Factor 4: ítems: 53, 54, 55, 56, 57.

Factor 5 ítems:27

Factor 6: ítems: 59, 60, 61.

Factor 7: ítem: 46.

Factor 8: ítem: 32.

Factor 9 ítem: 2, 8, 9.

Factor 11 ítems: 1, 7.

Factor 12: ítem: 3

Factor 13 ítem: 6.

Factor 14 ítem: 1,5.

Factor 15 ítem : 11.

Las preguntas que se repiten en los factores, son los siguientes ítem: 1, 2, 12, 13, 15, 18, 19, 27, 46, 53, 54, 55, 56, 57, 63, 64, 65, 66, 67, 68. En los ítem antes mencionados es necesario revisar su redacción para evitar duplicidad de respuestas.

6.2.2. Análisis de Xi cuadrada

- a) Un 24.5% opina que fumó en la última semana, un 10.3% en el último mes y un 18.3 lo hizo en los últimos 12 meses . Tomando en cuenta los tres porcentajes se puede afirmar con un 53% de los alumnos ha consumido cigarro o puro y un 40.4% de los alumnos nunca han fumado.
- b) El 32.5% opina que su primer cigarrillo se lo invitó un amigo, un 23.2% lo consiguió por su cuenta y un 6.4% se lo invitó un familiar.
- c) Un 36.4% de los alumnos encuestados opina que fumó su primer cigarro entre los 16 y los 20 años, un 18% opina que lo hizo entre los 10 y los 15 años y 4.6% lo hizo después de los 20 años de edad.
- d) El 50% de los alumnos encuestados opina que está mal que fumen tabaco.
- e) Un 36.6% de los alumnos opina que han consumido bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses, un 22.4% opina que lo hizo durante el último mes y un 18.7% en la última semana.
- f) Un 34.5% de los alumnos opina que cuando tienen un problema acude con su mamá, un 15.2% de los alumnos acude con un amigo y un 11.1% acude con su pareja.

- g) El 32.7% de los alumnos encuestados opina que no realiza deporte, un 24% de los alumnos practica deporte un vez a la semana y un 14.7% realiza deporte dos veces a la semana
- h) Un 48.5% de los alumnos opina que consumió su primera copa entre los 16 y los 20 años, el 17.3% opina que lo hizo entre los 10 y los 15 años y un 11.6% opina que lo hizo después de los 20 años de edad.
- i) Un 88.4% de los alumnos opina que nunca ha fumado marihuana, un 4.6% ha fumado marihuana de 1 a 5 veces en su vida y un 2.7% más de 5 veces en su vida.

6.2.3 Prueba *t* de Student .

- a) No existen diferencias significativas en relación con el género, ya que tanto alumnos como alumnas tienen la misma adicción al consumo de cigarro. Los hombres consumen mayor cantidad de marihuana que las mujeres.
- b) Sí existen diferencias significativas en relación al género, debido a que los hombres consumen mayor cantidad de bebidas alcohólicas en comparación a las mujeres.

6.2.4 Prueba ANOVA simple

- a) En la prueba de Bonferroni para la variable consumo de cigarro se observa que los alumnos de la carrera de biología son los que más fuman en comparación con las carreras de Ingeniería Química y Químico Farmacéutico Biólogo. Esta misma prueba se utiliza para la variable consumo de bebidas alcohólicas no existen diferencias significativas entre las tres carreras, esto quiere decir que existe el mismo consumo de bebidas alcohólicas entre las tres carreras. En la prueba de Tamhane para la variable consumo de marihuana se observa que existen más consumidores de esta drogas en la carrera de Químico Farmacéutico Biólogo y Biología.

- b) El mayor consumo de bebidas alcohólicas abarca entre los de 20 a 23 años. En el consumo de cigarro se observa que la edad de los alumnos consumidores va de 18 a 23 años. En los alumnos encuestados existe una adicción para el consumo de estas dos drogas.

Capítulo VII Conclusiones

Una de las epidemias sociales de mayor y más rápida extensión en el pasado siglo y con la probabilidad de extenderse y hacerse aún más grave en el siglo XXI, es el problema mundial en el consumo de drogas, de ahí la trascendencia del tema de este trabajo que es tratar de conocer los hábitos en el consumo de drogas lícitas e ilícitas. Concluyendo lo siguiente;

1. Se logró construir y validar un instrumento confiable que nos permite una adecuada predicción en el consumo de drogas lícitas e ilícitas.
2. Se detectó un consumo regular de cigarro tanto en mujeres como en hombres
3. Se detectó un consumo preocupante de alcohol sobre todo en los estudiantes hombres.
4. Y además se detectó un incipiente consumo de drogas ilícitas, sobre todo en alumnos hombres.

Por lo que se propone un programa integral para disminuir y evitar adicciones a drogas lícitas e ilícitas, mediante campañas de salud, actividades deportivas y un programa de autocuidado.

Además de que las autoridades de la Facultad tomen cartas en el asunto para evitar que se extienda el consumo de cualquier tipo de drogas dentro de la facultad y solicitar el apoyo de las autoridades Delegacionales, Locales y Federales para la prevención en la distribución de drogas en los alrededores de la Facultad.

Referencias

Referencias escritas bajo el criterio de APA (American Psychological Association) la cual está enfocada al área social y de la educación.

- ◆ Anaya Segura A. (2003). Depresión en Niños y Adolescentes. Torre Med.: (4-10) México D.F
- ◆ APA(1995) DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. España Barcelona. Masson
- ◆ Arce R. (2001). Programa de desarrollo de la delegación política Iztapalapa. D.F México: Gobierno de la delegación Iztapalapa.
- ◆ Barnés F. (1997). Programa Institucional de fortalecimiento de la UNAM. D.F. México: UNAM.
- ◆ Barnés F. (1997). Discurso inaugural del rectorado de la UNAM. D.F México: UNAM.
- ◆ Becoña Iglesias E. Drogodependencia IV Prevención. Santiago de Compostela España: Universidad de Santiago de Compostela .
- ◆ Beneit Montesinos Juan V. (2000). "Intervención en drogodependencias. Un enfoque multidisciplinar" Editorial Síntesis Madrid, España.
- ◆ Bisquerra Alzina R. (1992). Orientación psicopedagógica para la prevención y el desarrollo. Barcelona España: Boixareu Universitaria.
- ◆ Cárdenas Navarrete R. (2003) Drogadicción en escolares y adolescentes. Torre Med.: (12-17) México D.F
- ◆ De la Garza Fidel.(1990). "La juventud y las drogas" Editorial Trillas D.F México.
- ◆ Díaz Usandivoras C. (VII) Abordaje familiar para el tratamiento de la drogadicción juvenil. Argentina, Buenos Aires. Revista Familiar.
- ◆ Florez Jesús (1992). Farmacología Humana. 2ª edición. Barcelona, España. Ediciones Científicas y Técnicas, S:A
- ◆ Goodman, Alfred et all.(1991). Goodman y Gilman. Las bases farmacológicas de la terapéutica. Argentina: 8va. edición. Panamericana
- ◆ Horrocks J. (1990). Adolescencia. D.F México: Trillas
- ◆ Kaplan H.(1997) Sinopsis de Psiquiatría. Argentina, Buenos Aires. Medica Panamericana.
- ◆ Lorenzo P. (1998). Drogodependencia. Barcelona España. Medica Panamericana.

- ◆ Massün E. (1991). Prevención y Uso Indevido de Drogas. D.F México: Trillas.
- ◆ Page Clive P, (1998). Farmacología integrada. Madrid España. Editorial Harcourt Brace
- ◆ Sánchez J. (2001). Primer informe de actividades de la dirección para la gestión 2000-2004. México: FES Zaragoza. UNAM.
- ◆ Sánchez J. (2001). Segundo informe de actividades de la dirección para la gestión 2000-2004. México: FES Zaragoza. UNAM.
- ◆ Sánchez J. (2001). Plan de desarrollo para la FES Zaragoza 2000-2004. México: FES Zaragoza. UNAM.
- ◆ UNAM (2000). La UNAM 450 años de historia. D. F. México. UNAM
- ◆ Velasco Fernández Rafael(1997). "Las adicciones". Editorial Trillas. D.F México.

Anexo I

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO.

FES ZARAGOZA DIAGNÓSTICO PREVALENCIA DE ADICCIONES.

La información obtenida de este cuestionario es totalmente confidencial y para uso estadístico exclusivo de nuestra facultad, en ningún caso y bajo ninguna circunstancia podrá ser utilizada para fines distintos a los de hacer programas que te ayuden a resolver los problemas que pudieras tener en la actualidad

¡GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN!

“No llenar el número de cuenta”

1. ¿Con quién vives?

- a) familia(papá, mamá, hermanos)
- b) con papá
- c) con mamá
- d) con hermano
- e) con tus abuelos
- f) con mi pareja-esposa(a)
- g) solo

2. Cuando tienes un problema acudes con:

- a) Mamá
- b) Papá
- c) Hermanos(s)
- d) Otro familiar
- e) Tu pareja
- f) Amigo(a)
- g) No tengo a quién contarles mis problemas.

3. ¿Practicas algún deporte?

- a) Un día a la semana
- b) Dos días a la semana
- c) Tres días a la semana
- d) Cuatro días a la semana
- e) Sí, de 5 a 7 días a la semana
- f) No hago deporte

4. ¿Qué haces en tus ratos libres?

- a) leo
- b) Escucho música
- c) Hablo por teléfono
- d) Navego por Internet
- e) Veo televisión
- f) No sé que hacer en mis ratos libres.

5. Te aburres

- a) Fácilmente
- b) En ocasiones
- c) Rara vez

6. ¿Actualmente trabajas?

- a) si
- b) no
- c) Ocasionalmente

7. De estas personas ¿Quién fuma?

- a) mamá
- b) papá
- c) mamá y papá
- d) hermano(s)
- e) Tío(a)
- f) Tu pareja
- g) Ninguno de ellos

8. De estas personas ¿Quién toma bebidas alcohólicas? (cerveza, vino, cooler, etc)

- a) mamá
- b) papá
- c) mamá y papá
- d) hermano(s)
- e) tío(a)
- f) Tu pareja
- g) Ninguno de ellos

9. de estas personas ¿Quién se droga?

- a) Mamá
- b) Papá
- c) Mamá y papá
- d) Hermano(s)
- e) Tío
- f) Tu pareja
- g) Ninguno de ellos

10. Fumaste cigarro o puro:

- a) En la última semana
- b) En el último mes
- c) En los últimos 12 meses
- d) Nunca he fumado

11. Has fumado cigarro o puro:

- a) 1 a 5 veces en toda mi vida
- b) Más de 5 veces en mi vida
- c) Nunca he fumado

12. ¿Cuántos años tenías cuando **fumaste tu primer cigarrillo**?

- a) Antes de los 10 años de edad
- b) Entre los 10 y los 15 años de edad
- c) Entre los 16 años y los 20 años de edad
- d) Después de los 20 años de edad
- e) Nunca he fumado

13. ¿Quién te invitó **tu primer cigarrillo**?

- a) Un familiar
- b) Un amigo
- c) Lo conseguí por mi cuenta
- d) Un desconocido
- e) Mi pareja
- f) Nunca he fumado

14. Cuando **fumas cigarro o puro** lo haces en:

- a) En la casa
- b) En la escuela
- c) En las fiestas
- d) En la calle
- e) Nunca he fumado

15. Los **cigarros** que fumas:

- a) Los compro con mi dinero
- b) Me los invitan mis amigos
- c) Robo para comprarlos
- d) Pido prestado para adquirirlos
- e) Las tomo donde las encuentro, aunque no sean míos.
- f) Nunca he fumado

16. ¿Tomaste **bebidas alcohólicas** (cerveza, vino, tequila, cooler, etc.)?

- a) En la última semana
- b) En el último mes
- c) En los últimos 12 meses
- d) Nunca he tomado

17. Has tomado bebidas alcohólicas:

- a) 1 a 5 veces en toda mi vida
- b) Mas de 5 veces en mi vida
- c) Nunca he tomado

18. ¿Cuántos años tenías cuando **bebiste tu primera copa**?

- a) Antes de los 10 años de edad
- b) Entre los 16 años y los 20 años de edad
- c) Entre los 16 años y los 20 años de edad
- d) Después de los 20 años de edad
- e) Nunca he tomado

19. ¿Qué edad tenías en tu **primer borrachera**?

- a) Entre los 10 años y los 15 años de edad
- b) Entre los 16 años y los 20 años de edad
- c) Entre los 21 años y los 25 años de edad
- d) Después de los 26 años de edad
- e) Nunca he tenido una borrachera

20. ¿Quién te invitó **tu primer copa**?

- a) Un familiar
- b) Un amigo
- c) Lo conseguí por mi cuenta
- d) Un desconocido
- e) Mi pareja
- f) Nunca he tomado

21. Cuando tomas **bebidas alcohólicas** lo haces:

- a) En la casa
- b) En la escuela
- c) En las fiestas
- d) En la calle
- e) Nunca he tomado

22. Las **bebidas alcohólicas** que tomas:

- a) Las compro con mi dinero
- b) Me las invitan mis amigos
- c) Robo para comprarlas
- d) Pido prestado para adquirirlas

- e) Las tomo donde las encuentre, aunque no sean mías.
- f) Nunca he tomado bebidas alcohólicas

23. Fumaste **marihuana**:

- a) En la última semana
- b) En el último mes
- c) En los últimos 12 meses
- d) Nunca he fumado marihuana

24. Has fumado **marihuana**:

- a) 1 a 5 veces en mi vida
- b) Más de 5 veces en mi vida
- c) Nunca he fumado marihuana

25. ¿Cuántos años tenías cuando **fumaste por primera vez marihuana**?

- a) Antes de los 10 años de edad
- b) Entre los 10 años y los 15 años de edad
- c) Entre los 16 años y los 20 años de edad
- d) Después de los 20 años de edad
- e) Nunca he fumado marihuana

26. ¿Quién te invitó tu primer **cigarro o “churro” de marihuana**?

- a) Un familiar
- b) Un amigo
- c) Lo conseguí por mi cuenta
- d) Un desconocido
- e) Mi pareja
- f) Nunca he fumado marihuana

27. Cuando **fumas marihuana** lo haces:

- a) En la casa
- b) En la escuela
- c) En las fiestas
- d) En la calle
- e) Nunca he fumado marihuana

28. Los cigarros o “churros” de marihuana que consumes:

- a) Los compro con mi dinero.
- b) Me los invitan mis amigos
- c) Robo para comprarlas
- d) Pido prestado para adquirirlos.
- e) Los tomo donde las encuentro, aunque no sean míos.
- f) Nunca he consumido marihuana.

29. ¿Consumiste **cocaína, crack o “piedra”**?

- a) En la última semana
- b) En el último mes
- c) En los últimos 12 meses
- d) Nunca he consumido

30. ¿Has consumido cocaína, crack o “piedra”:

- a) 1 a 5 veces en mi vida
- b) Más de 5 veces en mi vida
- c) Nunca he consumido

31. ¿Cuántos años tenías cuando probaste por primera vez **cocaína, crack o “piedra”**?

- a) Antes de los 10 años de edad
- b) Entre los 10 años de edad y los 15 años de edad
- c) Entre los 16 años y los 20 años de edad
- d) Después de los 20 años de edad
- e) Nunca la he consumido

32. ¿Quién te invitó por primera vez **cocaína, crack o “piedra”**?:

- a) Un familiar
- b) Un amigo
- c) Lo conseguí por mi cuenta
- d) Un desconocido
- e) Mi pareja
- f) Nunca he consumido

33. ¿Cuando consumes **cocaína, crack o “piedra”** lo haces:?

- a) En la casa
- b) En la escuela
- c) En las fiestas
- d) En la calle
- e) Nunca he consumido

34. La **cocaína, crack o “piedra”** que consumes :

- a) La compro con mi dinero
- b) Me la invitan mis amigos
- c) Robo para comprarlas
- d) Pido prestado para adquirirlas
- e) Las tomo donde las encuentro, aunque no sean mías
- f) Nunca he consumido.

35. ¿Consumiste **tinner, resistol, ácido, cemento o "mona"** con la intención de drogarte:?

- a) En la última semana
- b) En el último mes
- c) En los últimos 12 meses
- d) Nunca he consumido

36. Consumiste **tinner, resistol, ácido, cemento o "mona"** con la intención de drogarte:

- a) 1 a 5 veces en mi vida
- b) Más de 5 veces en mi vida
- c) Nunca he consumido

37. ¿Cuántos años tenías cuando probaste por primera vez **tinner o resistol o ácido o cemento a "mona"**?

- a) Antes de los 10 años de edad
- b) Entre los 10 años y los 15 años de edad
- c) Entre los 16 años y los 20 años de edad
- d) Después de los 20 años de edad
- e) Nunca la he consumido

38. ¿Quién te invitó por primera vez **tinner o resistol o ácido o cemento a "mona"**?

- a) Un familiar
- b) Un amigo
- c) Lo conseguí por mi cuenta
- d) Un desconocido
- e) Mi pareja
- f) Nunca he consumido

39. Cuando consumes **tinner o resistol o ácido o cemento a "mona"**

- a) En la casa
- b) En la escuela
- c) En las fiestas
- d) En la calle
- e) Nunca he consumido

40. El **tinner o resistol o ácido o cemento a "mona"** que consumes:

- a) Los compro con mi dinero
- b) Me las invitan mis amigos
- c) Robo para comprarlas
- d) Pido prestado para adquirirlos
- e) Las tomo donde las encuentro, aunque no sean míos.
- f) Nunca he consumido

41. ¿Consumiste pastillas llamadas “Roche” o “Reinas” o “Diacepam” o “Rohypnol” o “pastillas para dormir”?:

- a) En la última semana
- b) En el último mes
- c) En los últimos 12 meses
- d) Nunca he consumido

42. ¿Consumiste pastillas llamadas “Roche” o “Reinas” o “Diacepam” o “Rohypnol” o “pastillas para dormir”?:

- a) 1 a 5 veces en toda mi vida
- b) Más de 5 veces en mi vida
- c) Nunca las he consumido

43. ¿Cuántos años tenías cuando probaste por primera vez pastillas llamadas “Roche” o “Reinas” o “Diacepam” o “Rohypnol” o “pastillas para dormir”?:

- a) antes de los 10 años de edad
- b) Entre los 10 años y los 15 años de edad
- c) Entre los 16 años y los 20 años de edad
- d) Después de los 20 años de edad
- e) Nunca las he consumido

44. ¿Quién te invitó por primera vez, las pastillas llamadas “Roche” o “Reinas” o “Diacepam” o “Rohypnol” o “pastillas para dormir”?:

- a) Un familiar
- b) Un amigo
- c) Un doctor
- d) Lo conseguí por mi cuenta
- e) Mi pareja
- f) Nunca las he consumido

45. Cuando consumes pastillas llamadas “Roche” o “Reinas” o “Diacepam” o “Rohypnol” o “pastillas para dormir”

lo haces:

- a) En la casa
- b) En la escuela
- c) En las fiestas
- d) En la calle
- e) Nunca las he consumido

46. ¿Las pastillas llamadas **Roche** o **Reinas** o **Diacepam** o **Rohypnol** o **“pastillas para dormir”** que consumes?

- a) Las compro con mi dinero
- b) Me las regalan mis amigos
- c) Robo para comprarlas
- d) Pido prestado para adquirirlas
- e) Las tomo donde las encuentro, aunque no sean mías.
- f) Nunca las he consumido

47. ¿Consumiste pastillas llamadas **“tachas”** o **“éxtasis”** o **anfetaminas**:?

- a) En la última semana
- b) En el último mes
- c) En los últimos 12 meses
- d) Nunca he consumido

48. ¿Has consumido pastillas llamadas **“tachas”** o **“éxtasis”** o **anfetaminas**:?

- a) 1 a 5 veces en toda mi vida
- b) Más de 5 veces en mi vida
- c) Nunca he consumido

49. ¿Cuántos años tenías cuando probaste por primera vez pastillas llamadas **“tachas”** o **“éxtasis”** o **anfetaminas**:?

- a) Antes de los 10 años de edad
- b) Entre los 10 años y los 15 años de edad
- c) Entre los 16 años de edad y los 20 años de edad
- d) Después de los 20 años de edad
- e) Nunca he consumido

50. ¿Quién te invitó por primera vez las pastillas llamadas **“tachas”** o **“éxtasis”** o **anfetaminas**:?

- a) Un familiar
- b) Un amigo
- c) Un doctor
- d) Los conseguí por mi cuenta
- e) Mi pareja
- f) Nunca he consumido

51. Cuando consumes pastillas llamadas **“tachas”** o **“éxtasis”** o **anfetaminas**, lo haces:

- a) En la casa
- b) En la escuela
- c) En las fiestas
- d) En la calle
- e) Nunca he consumido

52. Las pastillas llamadas **“tachas” o “éxtasis” o anfetaminas**, que consumes:

- a) Las compro con mi dinero
- b) Me las regalan mis amigos
- c) Robo para comprarlas
- d) Pido prestado para adquirirlas
- e) Las tomo donde las encuentro, aunque no sean mías.
- f) Nunca he consumido

53. Consumiste **heroína**:

- a) En la última semana
- b) En el último mes
- c) En los últimos 12 meses
- d) Nunca he consumido

54. Has consumido **heroína**:

- a) 1 a 5 veces en mi vida
- b) Más de 5 veces en mi vida
- c) Nunca he consumido

55. ¿Cuándo años tenías cuando probaste por primera vez **heroína**?

- a) Antes de los 10 años de edad
- b) Entre los 10 años y los 15 años de edad
- c) Entre los 16 años y los 20 años de edad
- d) Después de los 20 años de edad
- e) Nunca he consumido

56. ¿Quién te invito por primera vez, **heroína**?

- a) Un familiar
- b) Un amigo
- c) Un doctor
- d) Lo conseguí por mi cuenta
- e) Mi pareja
- f) Nunca he consumido

57. Cuando consumes **heroína**, lo haces:

- a) En la casa
- b) En la escuela
- c) En las fiestas
- d) En la calle
- e) Nunca he consumido

58. La **heroína** que consumes:

- a) Las compro con mi dinero
- b) Me las regalan mis amigos
- c) Robo para comprarlas
- d) Pido prestado para adquirirlas
- e) Las tomo donde las encuentro, aunque no sean mías.
- f) Nunca he consumido

59. ¿Qué **opinás** de los **jóvenes** de tu edad que fuman tabaco?

- a) Está bien (es normal que lo hagan)
- b) Está mal
- c) No sé

60. ¿Qué **opinás** de los **jóvenes** de tu edad que consumen bebidas alcohólicas?

- a) Está bien (es normal que lo hagan)
- b) Está mal
- c) No sé

61. ¿Qué **opinás** de los **jóvenes** de tu edad que se drogan?

- a) Está bien (es normal que lo hagan)
- b) Está mal
- c) No sé

62. La consecuencia de **fumar cigarro o puro puede ser:**

- a) Se mueren las neuronas (se daña el cerebro)
- b) Cambios en tu conducta (te vuelves torpe, agresivo, aislado, sucio, miedoso ó haces cosas ridículas)
- c) Daño a hígado, corazón, riñón, pulmón ó estómago.
- d) Muerte
- e) No sé

63. la consecuencia de **tomar bebidas alcohólicas** puede ser:

- a) Se mueren las neuronas (se daña el cerebro)
- b) Cambios en tu conducta (te vuelves torpe, agresivo, aislado, sucio, miedoso ó haces cosas ridículas)
- c) Daño a hígado, corazón, riñón, pulmón ó estómago
- d) Muerte
- e) No sé

64. La consecuencia de consumir **marihuana** puede ser:

- a) Se mueren las neuronas (se daña el cerebro)
- b) Cambios en tu conducta (te vuelves torpe, agresivo, aislado, sucio, miedoso ó haces cosas ridículas)
- c) Daño a hígado, corazón, riñón, pulmón ó estómago

- d) Muerte
- e) No sé

65. La consecuencia de consumir **cocaína, crack ó piedra** puede ser:

- a) Se mueren las neuronas (se daña el cerebro)
- b) Cambios en tu conducta (te vuelves torpe, agresivo, aislado, sucio, miedoso ó haces cosas ridículas)
- c) Daño a hígado, corazón, riñón, pulmón ó estómago
- d) Muerte
- e) No sé

66. La consecuencia de consumir **tinner o resistol o ácido o cemento a “mona”** puede ser:

- a) Se mueren las neuronas (se daña el cerebro)
- b) Cambios en tu conducta (te vuelves torpe, agresivo, aislado, sucio, miedoso ó haces cosas ridículas)
- c) Daño a hígado, corazón, riñón, pulmón ó estómago
- d) Muerte
- e) No sé

67. La consecuencia de consumir pastillas llamadas **“Roche” o “Reinas” o “Diacepam” o “Rohypnol”** puede ser:

- a) Se mueren las neuronas (se daña el cerebro)
- b) Cambios en tu conducta (te vuelves torpe, agresivo, aislado, sucio, miedoso ó haces cosas ridículas)
- c) Daño a hígado, corazón, riñón, pulmón ó estómago
- d) Muerte
- e) No sé

68. Las consecuencias de consumir pastillas llamadas **“tachas” o “éxtasis” o anfetaminas :**

- a) Se mueren las neuronas (se daña el cerebro)
- b) Cambios en tu conducta (te vuelves torpe, agresivo, aislado, sucio, miedoso ó haces cosas ridículas)
- c) Daño a hígado, corazón, riñón, pulmón ó estómago
- d) Muerte
- e) No sé

Anexo II

Tablas de validez y fiabilidad de los componentes del instrumento

**** Method 1 (space saver) will be used for this analysis ***

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE(SPLIT)

		Mean	Std Dev	Cases
1	ESTUDIAN	1.3454	0.4761	388.0
2	VAR1	1.6985	1.5550	388.0
3	VAR2	4.4871	4.9642	388.0
4	VAR3	3.4897	2.1063	388.0
5	VAR4	3.4381	3.1160	388.0
6	VAR5	2.1134	0.6877	388.0
7	VAR6	1.9124	0.6763	388.0
8	VAR7	5.2526	2.8051	388.0
9	VAR8	5.5155	3.2679	388.0
10	VAR9	6.8273	0.7996	388.0
11	VAR10	2.6701	1.3638	388.0
12	VAR11	2.0722	0.8321	388.0
13	VAR12	3.4768	1.2968	388.0
14	VAR13	3.6082	1.8722	388.0
15	VAR14	3.7732	1.8215	388.0
16	VAR15	3.4536	2.3582	388.0
17	VAR16	2.4768	1.0817	388.0
18	VAR17	1.9098	0.6855	388.0
19	VAR18	3.1211	1.1290	388.0
20	VAR19	3.2784	1.5585	388.0
21	VAR20	2.3943	1.4384	388.0
22	VAR21	3.2371	1.6830	388.0
23	VAR22	2.5129	2.0541	388.0
24	VAR23	3.7758	0.7427	388.0
25	VAR24	2.7552	0.7256	388.0
26	VAR25	4.7268	0.8965	388.0
27	VAR26	4.8041	0.9766	388.0
28	VAR27	4.7680	0.8583	388.0
29	VAR28	5.4665	1.3740	388.0
30	VAR29	3.8454	0.6484	388.0
31	VAR30	2.8686	0.5339	388.0
32	VAR31	4.8505	0.6845	388.0
33	VAR32	5.8376	2.7529	388.0
34	VAR33	4.8196	0.7897	388.00

		Mean	Std Dev	Cases
35	Var34	4.9098	0.9343	388.0
36	Var35	3.8892	0.5666	388.0
37	Var36	2.8995	0.5161	388.0
38	Var37	4.8557	0.7400	388.0
39	Var38	5.8273	0.7866	388.0
40	Var39	4.8582	0.7422	388.0
41	Var40	5.8325	0.8071	388.0
42	Var41	3.8505	0.6376	388.0
43	Var42	2.8737	0.5104	388.0
44	Var43	4.7861	0.8279	388.0
45	Var44	5.7448	0.9479	388.0
46	Var45	4.7706	1.0400	388.0
47	Var46	5.6727	1.1958	388.0
48	Var47	3.8892	0.5527	388.0
49	Var48	2.8840	0.5326	388.0
50	Var49	4.8299	0.7789	388.0
51	Var50	5.7990	0.9012	388.0
52	Var51	4.8196	0.8312	388.0
53	Var52	5.7294	1.0646	388.0
54	Var53	3.8660	0.6530	388.0
55	Var54	2.8969	0.5377	388.0
56	Var55	4.8660	0.7591	388.0
57	Var56	5.8067	0.9462	388.0
58	Var57	4.8789	0.7389	388.0
59	Var58	5.8402	0.8477	388.0
60	Var59	1.9485	0.7590	388.0
61	Var60	1.9407	0.7568	388.0
62	Var61	2.0902	0.5028	388.0
63	Var62	3.2784	1.5684	388.0
64	Var63	3.4459	2.3820	388.0
65	Var64	2.9613	2.2969	388.0
66	Var65	3.2758	2.2248	388.0
67	Var66	3.2165	2.9473	388.0
68	Var67	3.7345	2.6694	388.0
69	Var68	3.9098	2.7693	388.0

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
ESTUDIAN	267.9149	1348.0935	-0.0353	0.8897
VAR1	267.5619	1351.3321	-0.0583	0.8916
VAR2	264.7732	1220.0621	0.2952	0.8969
VAR3	265.7706	1339.0971	0.0231	0.8920
VAR4	265.8222	1264.3378	0.3296	0.8890
VAR5	267.1469	1349.7019	-0.0611	0.8900
VAR6	267.3479	1343.4161	0.0648	0.8894
VAR7	264.0077	1295.5788	0.2161	0.8906
VAR8	263.7448	1272.4231	0.2744	0.8906
VAR9	262.4330	1344.8766	0.0268	0.8897
VAR10	266.5902	1307.8084	0.3794	0.8871
VAR11	267.1881	1331.4968	0.2453	0.8885
VAR12	265.7835	1304.4336	0.4374	0.8866
VAR13	265.6521	1288.2275	0.4119	0.8865
VAR14	265.4871	1293.3771	0.3846	0.8868
VAR15	265.8067	1270.7713	0.4208	0.8863
VAR16	266.7835	1313.3329	0.4156	0.8871
VAR17	267.3505	1332.0990	0.2901	0.8884
VAR18	266.1392	1306.6059	0.4803	0.8865
VAR19	265.9820	1300.0798	0.3967	0.8868
VAR20	266.8660	1308.3696	0.3522	0.8873
VAR21	266.0232	1299.3457	0.3701	0.8870
VAR22	266.7474	1282.5149	0.4102	0.8864
VAR23	265.4845	1321.1393	0.4704	0.8874
VAR24	266.5052	1322.1628	0.4624	0.8875
VAR25	264.5335	1313.1177	0.5104	0.8868
VAR26	264.4562	1311.8301	0.4849	0.8868
VAR27	264.4923	1315.8165	0.4903	0.8870
VAR28	263.7938	1301.6783	0.4390	0.8865
VAR29	265.4149	1321.9126	0.5250	0.8874
VAR30	266.3918	1326.0373	0.5341	0.8877
VAR31	264.4098	1317.5241	0.5855	0.8870
VAR32	263.4227	1302.5082	0.1862	0.8910
VAR33	264.4407	1315.9577	0.5324	0.8869
VAR34	264.3505	1311.4065	0.5144	0.8867
VAR35	265.3711	1326.0376	0.5023	0.8877
VAR36	266.3608	1329.4147	0.4625	0.8880
VAR37	264.4046	1319.8488	0.4964	0.8873
VAR38	263.4330	1316.2927	0.5287	0.8870
VAR39	264.4021	1318.2565	0.5247	0.8871
VAR40	263.4278	1316.0956	0.5181	0.8870
VAR41	265.4098	1321.7619	0.5375	0.8873

VAR42	266.3866	1327.6228	0.5163	0.8878
VAR43	264.4742	1315.4903	0.5147	0.8869
VAR44	263.5155	1312.3073	0.4933	0.8868
VAR45	264.4897	1314.4469	0.4185	0.8871
VAR46	263.5876	1304.3153	0.4786	0.8864
VAR47	265.3711	1323.0144	0.5911	0.8874
VAR48	266.3763	1325.3826	0.5524	0.8876
VAR49	264.4304	1315.7703	0.5435	0.8869
VAR50	263.4613	1308.564	0.5784	0.8864
VAR51	264.4407	1312.1489	0.5687	0.8866
VAR52	263.5309	1302.4151	0.5666	0.8860
VAR53	265.3943	1322.5185	0.5083	0.8874
VAR54	266.3634	1328.0356	0.4788	0.8878
VAR55	264.3943	1317.9035	0.5190	0.8871
VAR56	263.4536	1311.4578	0.5068	0.8867
VAR57	264.3814	1318.4898	0.5227	0.8871
VAR58	263.4201	1317.6603	0.4665	0.8872
VAR59	267.3119	1338.8353	0.1382	0.8891
VAR60	267.3196	1342.6418	0.0698	0.8894
VAR61	267.1701	1344.5136	0.0629	0.8894
VAR62	265.9820	1309.6405	0.3082	0.8877
VAR63	265.8144	1274.1825	0.3953	0.8868
VAR64	266.2990	1271.8484	0.4277	0.8862
VAR65	265.9845	1273.7517	0.4306	0.8861
VAR66	266.0438	1249.2203	0.4280	0.8867
VAR67	265.5258	1271.1079	0.3617	0.8876
VAR68	265.3505	1271.9440	0.3416	0.8881

Coeficiente Alfa de Cronbach

Reliability Coefficients

N of Cases = 388.0
Alpha = 0.8892

N of Items = 69

Coeficiente Alfa de Cronbach por partición del instrumento en mitades.

Reliability Coefficients

N of Cases = 388.0

N of Items = 69

35 Items in part 1

34 Items in part 2

Alpha for part 1 = 0.7854

Alpha for part 2 = 0.8789

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total		Cumulative %	Total		Cumulative %	Total		Cumulative %
1	19,68	**	28,9	19,68	*	28,9	7,305	*	10,7
2	5,217	**	36,6	5,217	**	36,6	6,910	*	20,9
3	4,005	**	42,5	4,005	**	42,5	6,393	**	30,3
4	3,014	**	46,9	3,014	**	46,9	4,408	**	36,8
5	2,411	**	50,5	2,411	**	50,5	4,212	**	43,0
6	2,250	**	53,8	2,250	**	53,8	4,201	**	49,2
7	1,994	**	56,7	1,994	**	56,7	3,290	**	54,0
8	1,876	**	59,5	1,876	**	59,5	2,095	**	57,1
9	1,518	**	61,7	1,518	**	61,7	1,987	**	60,0
10	1,440	**	63,8	1,440	**	63,8	1,814	**	62,7
11	1,282	**	65,7	1,282	**	65,7	1,589	**	65,0
12	1,160	**	67,4	1,160	**	67,4	1,308	**	66,9
13	1,157	**	69,1	1,157	**	69,1	1,252	**	68,8
14	1,086	**	70,7	1,086	**	70,7	1,234	**	70,6
15	1,056	**	72,3	1,056	**	72,3	1,146	**	72,3
16	,988	**	73,7						
17	,930	**	75,1						
18	,888	**	76,4						
19	,869	**	77,7						
20	,777	**	78,8						
21	,766	**	79,9						
22	,693	**	81,0						
23	,678	**	82,0						
24	,656	**	82,9						
25	,634	**	83,9						
26	,607	**	84,7						
27	,567	**	85,6						
28	,534	**	86,4						
29	,513	**	87,1						
30	,502	**	87,9						
31	,471	**	88,6						
32	,458	**	89,2						
33	,423	**	89,9						
34	,411	**	90,5						
35	,392	**	91,0						
36	,374	**	91,6						
37	,365	**	92,1						
38	,345	**	92,6						
39	,335	**	93,1						
40	,322	**	93,6						
41	,313	**	94,1						
42	,310	**	94,5						
43	,286	**	94,9						
44	,274	**	95,3						
45	,256	**	95,7						
46	,242	**	96,1						
47	,239	**	96,4						
48	,233	**	96,8						
49	,211	**	97,1						
50	,201	**	97,4						
51	,182	**	97,6						
52	,168	**	97,9						
53	,163	**	98,1						
54	,154	**	98,3						
55	,130	**	98,5						
56	,128	**	98,7						
57	,123	**	98,9						
58	,105	**	99,1						
59	,101	**	99,2						
60	,095	**	99,4						
61	,090	**	99,5						
62	,082	**	99,6						
63	,074	**	99,7						
64	,066	**	99,8						
65	,047	**	99,9						
66	,034	**	99,9						
67	,032	**	100						
68	,016	**	100						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Tablas de frecuencia.

sexo de los alumnos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	mujer	198	49,4	51,0	51,0
	hombres	190	47,4	49,0	100,0
	Total	388	96,8	100,0	
Missing	System	13	3,2		
Total		401	100,0		

edad de los alumnos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18	29	7,2	7,5	7,5
	19	55	13,7	14,2	21,6
	20	80	20,0	20,6	42,3
	21	57	14,2	14,7	57,0
	22	65	16,2	16,8	73,7
	23	102	25,4	26,3	100,0
	Total	388	96,8	100,0	
Missing	System	13	3,2		
Total		401	100,0		

carrera del alumno

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	biología	149	37,2	38,4	38,4
	ingeniería química	41	10,2	10,6	49,0
	Q. F. B	198	49,4	51,0	100,0
	Total	388	96,8	100,0	
Missing	System	13	3,2		
Total		401	100,0		

Fumaste cigarro ó puro

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	no contesto	20	5,0	5,2	5,2
	En la ultima semana	95	23,7	24,5	29,6
	En el último mes	40	10,0	10,3	39,9
	En los ultimos 12 meses	71	17,7	18,3	58,2
	Nunca he fumado	162	40,4	41,8	100,0
	Total	388	96,8	100,0	
Missing	System	13	3,2		
Total		401	100,0		

¿Quién te invitó tu primer cigarrillo?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	no contesto	3	,7	,8	,8
	un familiar	25	6,2	6,4	7,2
	un amigo	126	31,4	32,5	39,7
	Lo conseguí por mi cuenta	90	22,4	23,2	62,9
	un desconocido	2	,5	,5	63,4
	Mi pareja	8	2,0	2,1	65,5
	Nunca he fumado	133	33,2	34,3	99,7
	familiar y amigo	1	,2	,3	100,0
	Total	388	96,8	100,0	
	Missing	System	13	3,2	
Total		401	100,0		

¿Cuántos años tenías cuando fumaste tu primer

		Frequenc	Perce	Valid	Cumulati Perce
Vali	no	5	1,2	1,3	1,3
	Antes de los 10 de	12	3,0	3,1	4,4
	Entre los 10 y anos de	72	18,	18,	22,
	entre los 16 los 20 años de	142	35,	36,	59,
	Después de los años de	18	4,5	4,6	64,
	Nunca he	139	34,	35,	100,
	Tota	388	96,	100,	
Missin	Syste	13	3,2		
Tota		401	100,		

¿Qué opinas de los jóvenes de tu edad que fuman tabaco?

		Frequen	Perce	Valid	Cumulati Perce
Vali	no	8	2,0	2,1	2,1
	Está	92	22,	23,	25,
	está	19	48,	50,	75,
	no sé	92	22,	23,	99,
	4,0	2	,5	,5	100,
	Tota	38	96,	100,	
Missin	Syste	13	3,2		
Tota		40	100,		

Tomastes bebidas alcohólicas (cerveza, vino, tequila, cooler, etc)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	no contesto	11	2.7	2.8	2.8
	en la ultima semana	75	18.7	19.3	22.2
	en el ultimo mes	90	22.4	23.2	45.4
	en los ultimos 12 mese	142	35.4	36.6	82.0
	nunca he consumido	70	17.5	18.0	100.0
	Total	388	96.8	100.0	
Missing	System	13	3.2		
Total		401	100.0		

¿Practicas algún deporte?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	no contesto	11	2,7	2,8	2,8
	un día a la semana	93	23,2	24,0	26,8
	Dos días a la semana	57	14,2	14,7	41,5
	Tres días a la semana	42	10,5	10,8	52,3
	Cuatro días a la semana	31	7,7	8,0	60,3
	Si, de 5 a 7 días a la semana	27	6,7	7,0	67,3
	No hago deporte	127	31,7	32,7	100,0
	Total	388	96,8	100,0	
Missing	System	13	3,2		
Total		401	100,0		

Quando tienes un problema acudes con:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	no contesto	9	2,2	2,3	2,3
	mamá	134	33,4	34,5	36,9
	papá	37	9,2	9,5	46,4
	hermano (s)	40	10,0	10,3	56,7
	otro familiar	11	2,7	2,8	59,5
	Tu pareja	43	10,7	11,1	70,6
	amigo (a)	59	14,7	15,2	85,8
	no tengo a quién contarle mis problemas	15	3,7	3,9	89,7
	mamá y tu pareja	4	1,0	1,0	90,7
	papá y hermano	1	,2	,3	91,0
	papá y tu pareja	4	1,0	1,0	92,0
	hermano y otro familiar	4	1,0	1,0	93,0
	hermano y amigo	9	2,2	2,3	95,4
	otro familiar y amigo	1	,2	,3	95,6
	tu pareja y amigo	2	,5	,5	96,1
	mamá,papá y hermano	5	1,2	1,3	97,4
	mamá,papá y amigo	1	,2	,3	97,7
	mamá,tu pareja y amigo	1	,2	,3	97,9
	hermano,tu pareja y amigo	1	,2	,3	98,2
	mamá,papá,hermano y amigo	5	1,2	1,3	99,5
	mamá,papá,hermano,otro familiar,tu pareja y amigo	2	,5	,5	100,0
	Total	388	96,8	100,0	
Missing	System	13	3,2		
Total		401	100,0		

¿Cuántos años tenías cuando bebiste tu primera copa?

		Frequency	Percent	Valid	Cumulativ Percent
Valid	no contesto	7	1,7	1,8	1,8
	Antes de los años de	18	4,5	4,6	6,4
	entre los 10 de edad y los años de	67	16,7	17,3	23,7
	entre los 16 de edad y los años de	188	46,9	48,5	72,2
	después de los 20 años de	45	11,2	11,6	83,8
	nunca he	63	15,7	16,2	100,0
	Total	388	96,8	100,0	
Missing	System	13	3,2		
Total		401	100,0		

Has fumado marihuana:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	no contesto	16	4,0	4,1	4,1
	1 a 5 veces en mi vida	18	4,5	4,6	8,8
	más de 5 veces en mi vida	11	2,7	2,8	11,6
	nunca he fumado marihuana	343	85,5	88,4	100,0
	Total	388	96,8	100,0	
Missing	System	13	3,2		
Total		401	100,0		

Tabla de grupos estadísticos en la prueba t student.

Group Statistics

sexo de los alumnos		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
FUMARREC	mujer	186	2.1022	1.21491	.08908
	hombres	182	2.2692	1.27407	.09444
BEBEREC	mujer	192	2.2708	.94319	.06807
	hombres	185	2.6378	1.04449	.07679
MARIRECD	mujer	192	1.1198	.47029	.03394
	hombres	187	1.1497	.46262	.03383
ADICCION	mujer	195	1.8316	.67837	.04858
	hombres	190	2.0184	.72300	.05245

Tabla de datos descriptivos para la prueba de ANOVA.

Descriptives

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
FUMARREC	biología	142	2.3592	1.25105	.10499	2.1516	2.5667	1.0	4.00
	ingeniería química	39	2.3333	1.30451	.20889	1.9105	2.7562	1.0	4.00
	Q. F. B	187	2.0214	1.21353	.08874	1.8463	2.1965	1.0	4.00
	Total	368	2.1848	1.24563	.06493	2.0571	2.3125	1.0	4.00
BEBEREC	biología	144	2.5139	1.01724	.08477	2.3463	2.6815	1.0	4.00
	ingeniería química	39	2.7436	1.01872	.16313	2.4134	3.0738	1.0	4.00
	Q. F. B	194	2.3454	.99183	.07121	2.2049	2.4858	1.0	4.00
	Total	377	2.4509	1.00972	.05200	2.3487	2.5532	1.0	4.00
MARIRECD	biología	143	1.1329	.46327	.03874	1.0563	1.2094	1.0	4.00
	ingeniería química	40	1.0250	.15811	.02500	.9744	1.0756	1.0	2.00
	Q. F. B	196	1.1582	.50686	.03620	1.0868	1.2296	1.0	4.00
	Total	379	1.1346	.46615	.02394	1.0875	1.1816	1.0	4.00
ADICCION	biología	148	2.0113	.72340	.05946	1.8937	2.1288	1.0	4.00
	ingeniería química	41	2.0122	.67535	.10547	1.7990	2.2254	1.0	3.00
	Q. F. B	196	1.8393	.69212	.04944	1.7418	1.9368	1.0	4.00
	Total	385	1.9238	.70606	.03598	1.8531	1.9946	1.0	4.00

Descriptive

		N	Mea	Std.	Std.	95% Confidence Interval		Minimu	Maximu
						Mea			
						Lower	Upper		
FUMARR	18	28	2.107	1.3148	.2484	1.597	2.617	1.00	4.00
	19	54	1.944	1.1560	.1573	1.628	2.260	1.00	4.00
	20	75	2.213	1.2334	.1424	1.929	2.497	1.00	4.00
	21	52	2.096	1.2087	.1676	1.759	2.432	1.00	4.00
	22	65	2.369	1.2817	.1589	2.051	2.686	1.00	4.00
	23	94	2.244	1.2842	.1324	1.981	2.507	1.00	4.00
	Tota	368	2.184	1.2456	.0649	2.057	2.312	1.00	4.00
BEBER	18	29	2.069	1.0667	.1980	1.663	2.474	1.00	4.00
	19	54	2.148	.9398	.1279	1.891	2.404	1.00	4.00
	20	76	2.434	.9428	.1081	2.218	2.649	1.00	4.00
	21	57	2.578	.9990	.1323	2.313	2.844	1.00	4.00
	22	64	2.640	1.0292	.1286	2.383	2.897	1.00	4.00
	23	97	2.546	1.0309	.1046	2.338	2.754	1.00	4.00
	Tota	377	2.450	1.0097	.0520	2.348	2.553	1.00	4.00
MARIRE	18	28	1.035	.1889	.0357	.9624	1.109	1.00	2.00
	19	55	1.272	.6791	.0915	1.089	1.456	1.00	4.00
	20	78	1.128	.4372	.0495	1.029	1.226	1.00	4.00
	21	57	1.122	.3812	.0505	1.021	1.224	1.00	3.00
	22	64	1.125	.5194	.0649	.9952	1.254	1.00	4.00
	23	97	1.103	.3948	.0400	1.023	1.182	1.00	4.00
	Tota	379	1.134	.4661	.0239	1.087	1.181	1.00	4.00
ADICCI	18	29	1.747	.7488	.1390	1.462	2.032	1.00	3.00
	19	55	1.793	.7034	.0948	1.603	1.984	1.00	3.50
	20	79	1.915	.7234	.0814	1.753	2.077	1.00	4.00
	21	57	1.929	.6423	.0850	1.759	2.100	1.00	3.33
	22	65	2.051	.7095	.0880	1.875	2.227	1.00	3.67
	23	100	1.966	.7090	.0709	1.826	2.107	1.00	4.00
	Tota	385	1.923	.7060	.0359	1.853	1.994	1.00	4.00

Tabla para la prueba de Post Hoc (Bonferroni y Tamhane)

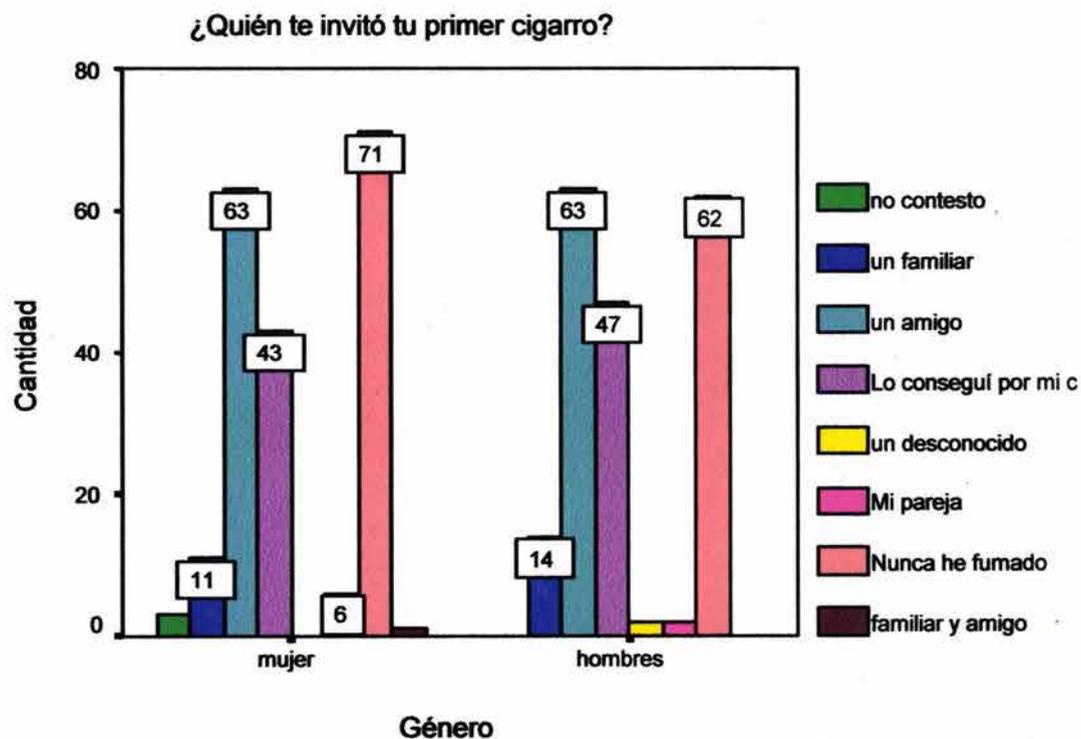
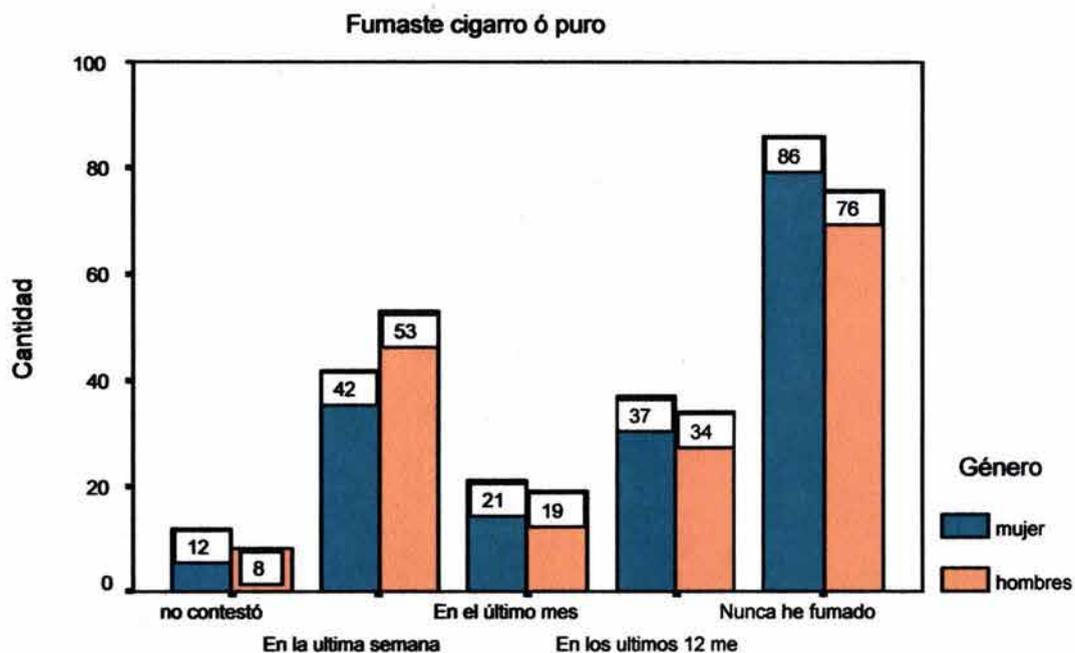
Multiple Comparisons

Dependent Variable		(I) carrera del alumno	(J) carrera del alumno	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval		
							Lower Bound	Upper Bound	
FUMARREC	Bonferroni	biología	ingeniería química	.0258	.22378	1.000	-.5124	5640	
			Q. F. B	3378 *	.13778	.044	.0064	6691	
			ingeniería química	biología	-.0258	.22378	1.000	-.5640	5124
		Q. F. B	ingeniería química	Q. F. B	.3119	.21790	.459	-.2121	8360
			biología	ingeniería química	-.3378 *	.13778	.044	-.6691	-.0064
			ingeniería química	biología	-.3119	.21790	.459	-.8360	2121
	Tamhane	biología	ingeniería química	.0258	.23379	.999	-.5488	6004	
			Q. F. B	3378 *	.13747	.043	.0077	6679	
			ingeniería química	biología	-.0258	.23379	.999	-.6004	5488
		Q. F. B	ingeniería química	Q. F. B	.3119	.22696	.439	-.2478	8717
			biología	ingeniería química	-.3378 *	.13747	.043	-.6679	-.0077
			ingeniería química	biología	-.3119	.22696	.439	-.8717	2478
BEBEREC	Bonferroni	biología	ingeniería química	-.2297	.18130	.618	-.6657	2063	
			Q. F. B	1685	.11048	.384	-.0971	4342	
			ingeniería química	biología	.2297	.18130	.618	-.2063	6657
		Q. F. B	ingeniería química	Q. F. B	.3982	.17625	.073	-.0256	8221
			biología	ingeniería química	-.1685	.11048	.384	-.4342	0971
			ingeniería química	biología	-.3982	.17625	.073	-.8221	0256
	Tamhane	biología	ingeniería química	-.2297	.18384	.519	-.6812	2218	
			Q. F. B	1685	.11071	.339	-.0973	4343	
			ingeniería química	biología	.2297	.18384	.519	-.2218	6812
		Q. F. B	ingeniería química	Q. F. B	.3982	.17799	.086	-.0405	8369
			biología	ingeniería química	-.1685	.11071	.339	-.4343	0973
			ingeniería química	biología	-.3982	.17799	.086	-.8369	0405
MARIRECD	Bonferroni	biología	ingeniería química	-.1079	.08330	.588	-.0924	3082	
			Q. F. B	0253	.05122	1.000	-.1485	0979	
			ingeniería química	biología	-.1079	.08330	.588	-.3082	0924
		Q. F. B	ingeniería química	Q. F. B	-.1332	.08080	.301	-.3275	0611
			biología	ingeniería química	.0253	.05122	1.000	-.0979	1485
			ingeniería química	biología	.1332	.08080	.301	-.0611	3275
	Tamhane	biología	ingeniería química	-.1079	.04611	.060	-.0033	2190	
			Q. F. B	0253	.05302	.951	-.1526	1020	
			ingeniería química	biología	-.1079	.04611	.060	-.2190	0033
		Q. F. B	ingeniería química	Q. F. B	-.1332 *	.04400	.008	-.2391	-.0272
			biología	ingeniería química	.0253	.05302	.951	-.1020	1526
			ingeniería química	biología	.1332 *	.04400	.008	.0272	2391
ADICCIÓN	Bonferroni	biología	ingeniería química	-.0009	.12400	1.000	-.2991	2972	
			Q. F. B	1720	.07651	.076	-.0120	3560	
			ingeniería química	biología	.0009	.12400	1.000	-.2972	2991
		Q. F. B	ingeniería química	Q. F. B	.1729	.12066	.458	-.1172	4630
			biología	ingeniería química	-.1720	.07651	.076	-.3560	0120
			ingeniería química	biología	-.1729	.12066	.458	-.4630	1172
	Tamhane	biología	ingeniería química	-.0009	.12108	1.000	-.2974	2955	
			Q. F. B	1720	.07733	.078	-.0137	3576	
			ingeniería química	biología	.0009	.12108	1.000	-.2955	2974
		Q. F. B	ingeniería química	Q. F. B	.1729	.11648	.371	-.1133	4592
			biología	ingeniería química	-.1720	.07733	.078	-.3576	0137
			ingeniería química	biología	-.1729	.11648	.371	-.4592	1133

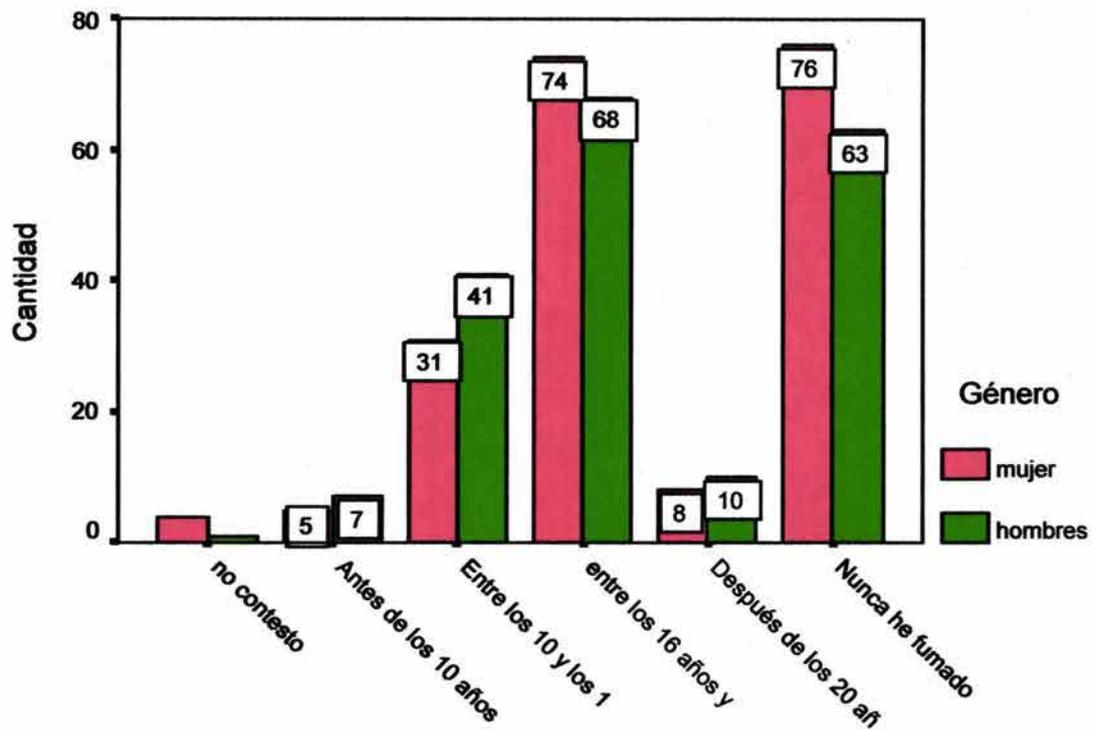
*. The mean difference is significant at the .05 level.

Anexo III

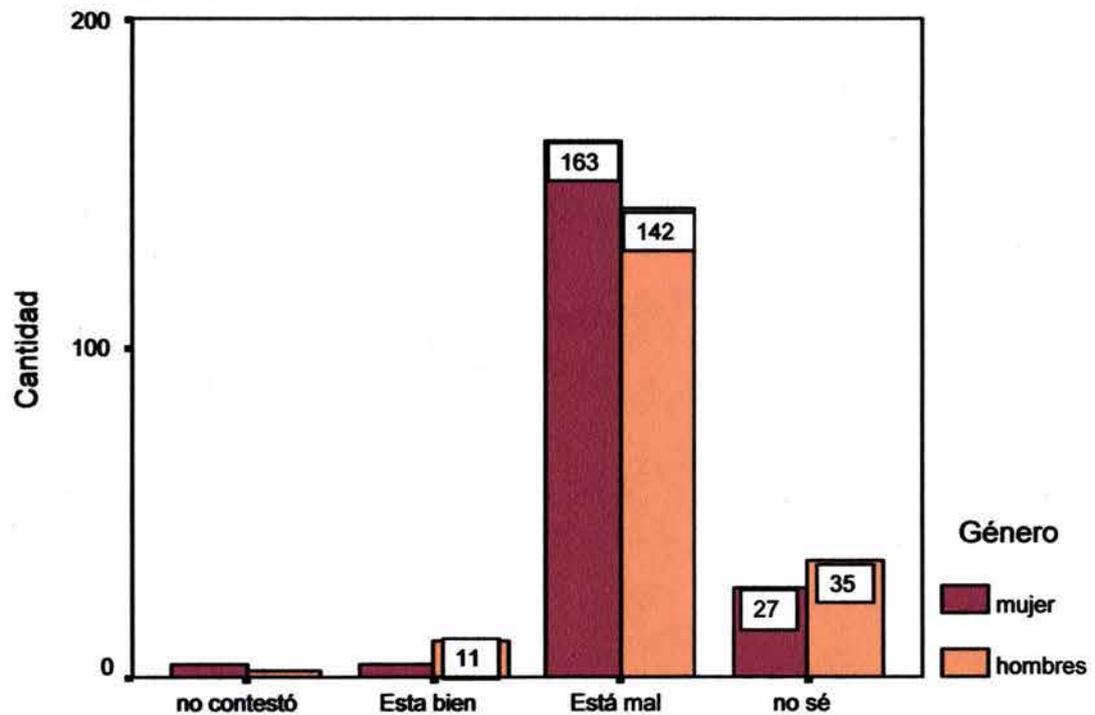
Gráficos



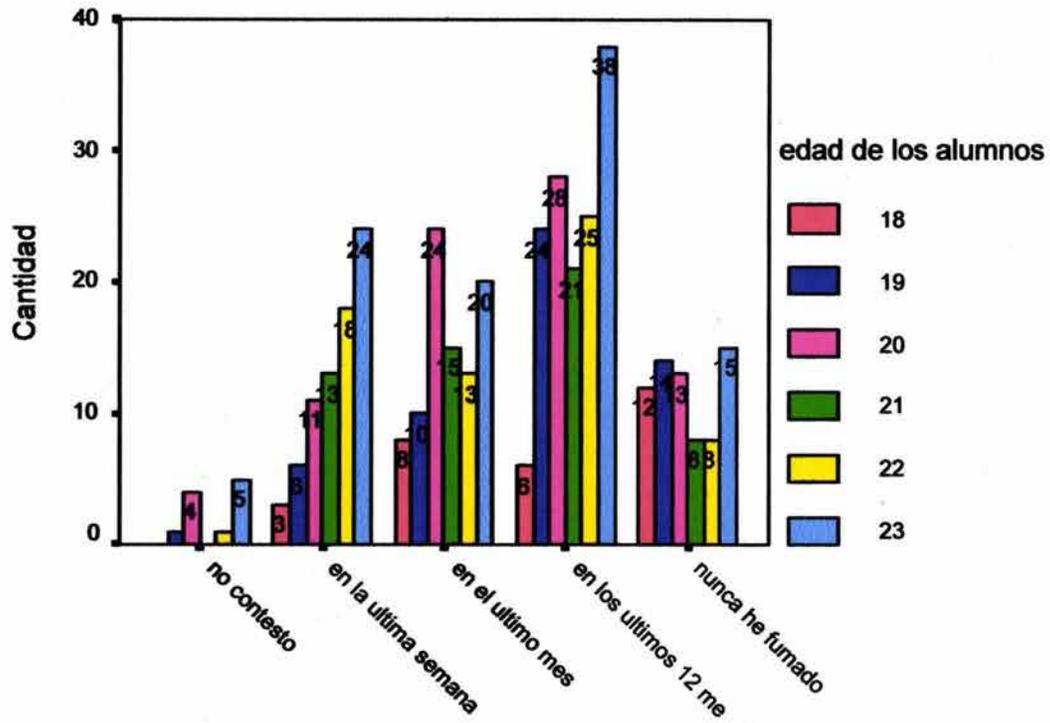
¿Cuántos años tenías cuando fumaste tu primer cigarrillo?



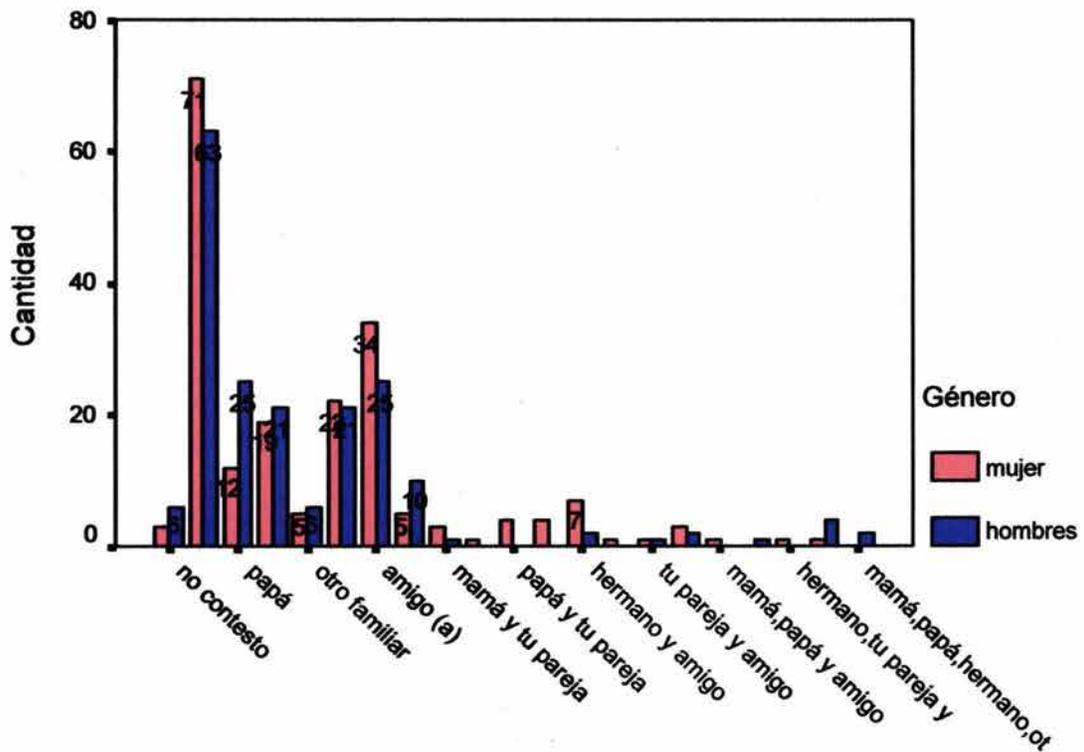
¿Que opinas de los jóvenes de tu edad que se drogan?



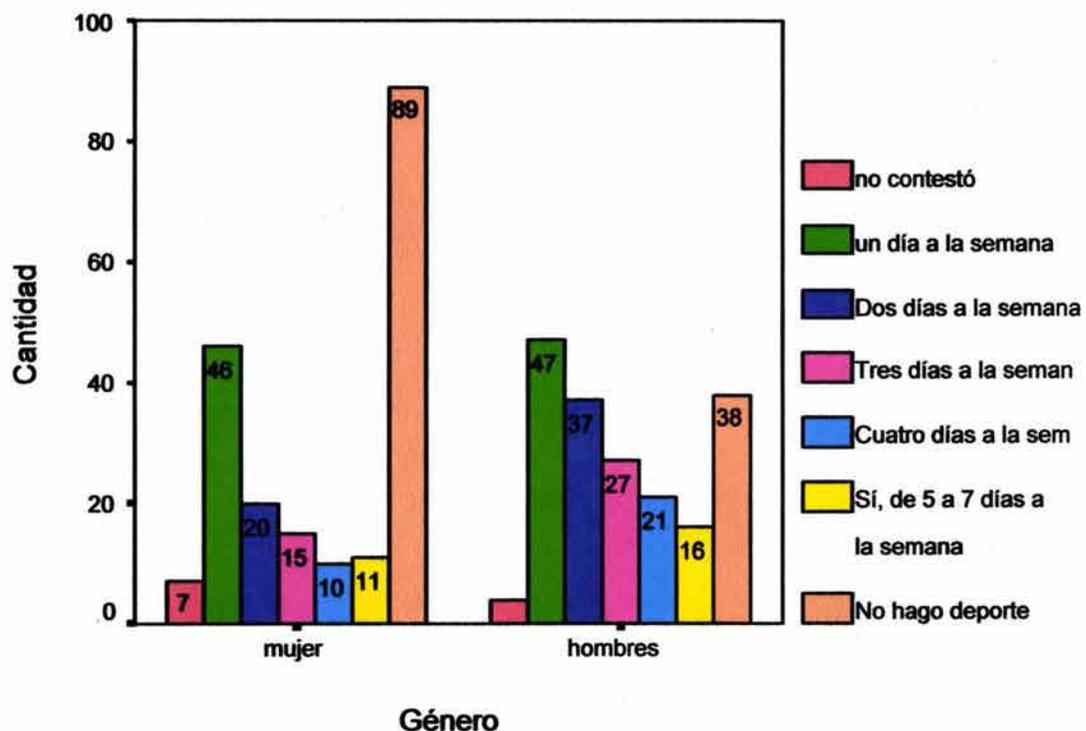
Tomaste bebidas alcohólicas (cerveza, vino, tequila, cooler, etc)



Cuando tienes un problema acudes con:



¿Practicas algún deporte?



¿Cuantos años tenías cuando bebiste tu primera copa?

