

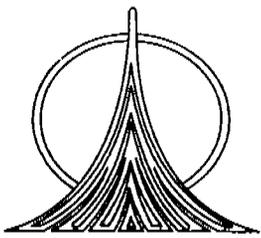


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

"DETERMINACION SOBRE GRADO DE DEPENDENCIA A DROGAS LICITAS E ILICITAS EN JOVENES ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA DE LA FEZ - ZARAGOZA PERIODO 2003 - 2004"

T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
BRAULIO PERALTA MONDRAGON



Unidad en la Diversidad
Zaragoza Frente al Siglo XXI

DIRECTOR DE TESIS: DR. JOSE LUIS ALFREDO MORA GUEVARA
ASESOR DE TESIS: DRA. MA. GUADALUPE SANCHEZ VILLERS

MEXICO, D.F.



2005

m339839



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impresos el contenido de mi trabajo recaptional.

NOMBRE: PERALTA HONDRAEON
BRAULLO

FECHA: 11 / ENERO / 2005

FIRMA: [Firma]

La vida nos pone obstáculos que parecen insalvables, pero no hay nada que la fe y la decisión del ser humano no pueda vencer.

DEDICATORIAS

A mi esposa por el amor que siempre me ha demostrado y por el apoyo incondicional que siempre me ha tenido.

A mis hijas que son el motivo de mi existencia y de mi superación profesional.

A mis padres que donde quiera que se encuentren, estoy seguro que velan por mi.

AGRADECIMIENTOS

A la Facultad de Estudios Profesionales Zaragoza, de la Universidad Nacional Autónoma de México, porque me dio la oportunidad de ser orgullosamente universitario.

Al Dr. José Luis Alfredo Mora Guevara por su hermosa amistad y por su colaboración invaluable para que pudiera terminar mis estudios profesionales, sin la cual esto no hubiera sido posible.

A la Dra. Ma. Guadalupe Sánchez Villers porque además de ser una persona extraordinaria, tuvo la paciencia suficiente para llevarme de la mano a la elaboración de éste trabajo con sus bastos conocimientos.

A los C. D Irma, Gilberto e Isabel, compañeros de generación, por el apoyo moral que siempre me han brindado y por su valiosa amistad.

A todos los Maestros que contribuyeron a mi formación profesional.

PRESENTACIÓN

Esta investigación se deriva de un proyecto de investigación institucional a cargo de la Secretaría Académica para determinar la adicción en los estudiantes de Campus I, y servirá para establecer programas de prevención y orientación que beneficien a los alumnos y les permita culminar sus estudios profesionales, que muchas veces se ven truncados por las adicciones.

INDICE

	Pág.
Introducción.....	4
Justificación.....	6
Planteamiento del problema.....	7
Marco teórico.....	8
Drogas lícitas.....	14
Alcohol.....	14
Tabaco.....	20
Café.....	21
Drogas ilícitas.....	22
marihuana.....	22
Alucinógenos.....	25
Estimulantes.....	28
Sedantes.....	30
Tranquilizantes.....	31
Éxtasis.....	31
Crack.....	32
Enfermedades en la boca y en el organismo por consumo de drogas lícitas e ilícitas.....	33
Objetivos.....	41
Hipótesis.....	42
Material y método.....	43
Tipo de estudio.....	43
Universo o población.....	43
Variables.....	43
Operacionalización de variables.....	44
Técnicas e instrumentos.....	44
Diseño estadístico.....	47
Recursos.....	48
Resultados y su interpretación.....	49

Prueba t de Student.....	52
Análisis de Varianza Anova.....	55
Prueba de Chi cuadrada	54
Discusión.....	60
Conclusiones.....	61
Recomendaciones.....	64
Referencias bibliográficas.....	65
Anexos.....	67
Anexo 1.....	68
Anexo 2.....	81
Anexo 3.....	84

INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas en la juventud, es un grave problema para el país y actualmente es mayor el número de jóvenes que abusan de ellas. Los escolares cada vez en edad más temprana se inician en el consumo de éstas. En este contexto, el maestro juega un papel importante como factor básico en la prevención primaria y como orientador con respecto a las consecuencias y peligros.

Con frecuencia en las escuelas se tiende a distorsionar, minimizar y mal interpretar los índices sobre el consumo de drogas, es posible que en las instituciones educativas exista este problema y que los maestros lo desconozcan o sabiendo de ello no se atrevan a comentarlo por las implicaciones que tenga para la escuela, por lo que la educación escolar no debe olvidar los factores personales y sociales que de una u otra forma intervienen en las adicciones ,para atacar la tendencia a las drogas desde su raíz.

La drogadicción quizá no sea un fenómeno estrictamente individual, sino que toma características de índole social, cuando se habla de drogadicción es necesario hacer un análisis profundo de su origen y consecuencias; se insiste en que la drogadicción es un fenómeno individual psicológico en el que niños y jóvenes con supuestos afanes destructivos se "suicidan", esta afirmación olvida y a la vez oculta, los determinantes sociales de un gravísimo problema de salud.

El consumo indebido de drogas tomó por sorpresa a los países industrializados en donde la fármacodependencia como problema social hizo su aparición, mucho antes que en América Latina, cuando a estos países llegó información de las investigaciones sobre drogadicción, en ellos aún no se había presentado este problema.

Se introdujeron y mezclaron situaciones ajenas a los problemas propios de cada país, lo que contribuyó a crear pánico precipitado que desencadenó la represión excesiva de todo tipo de consumo ilícito. Se habla del "terrible flagelo de la drogadicción" que afecta a los jóvenes, asimismo, abundan los términos y conceptos mal definidos, por ejemplo, se le dice "drogadicto" al joven que fue sorprendido una vez fumando marihuana o probando cualquier otra droga ilícita. En los últimos 20 años ha habido cambios notables en la fármacodependencia. En la década de los sesentas, hubo un auge inusitado en el consumo de drogas psicoactivas sobre todo en jóvenes, este fenómeno se dio principalmente en Europa y en los Estados Unidos de Norteamérica, pero actualmente tiene incremento mundial y, los patrones de uso social y excesiva ingesta de alcohol y drogas han perdido cualquier carácter regional que hayan tenido. En la actualidad las drogas que causan más problemas incluyen heroína, cocaína y otras sustancias tipo morfina, barbitúricos, alcohol, café, anfetaminas y alucinógenos.

En los últimos años, el uso de drogas va en aumento en nuestro país y la población más vulnerable oscila entre los 10 y 18 años de edad, precisamente en la pubertad y

adolescencia en la que experimentan cambios mentales, físicos y emocionales que los coloca en situación de riesgo mayor. El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, representa en nuestro país un problema de salud pública, debido al alto costo social y al daño que provoca, tanto a las personas como a sus familiares y a la sociedad en general.

La evolución de nuestra sociedad ha permitido que los jóvenes posterguen su capacidad productiva económica, exigiéndoles a cambio que se preparen culturalmente, tal identidad está dada por una sociedad que impone ideológicamente un proyecto de existencia, que deben hacer suyo los miembros de la sociedad y así es como surgen los problemas y conflictos, muchas veces violentos y de protesta, de una subcultura adolescente que se niega adoptar los patrones impuestos.

Es innegable que la juventud recibe mensajes de los medios masivos de comunicación que fomentan el uso de drogas y es prácticamente imposible ver un evento deportivo, ir al cine o leer una revista, sin encontrar publicidad con gente joven (mujeres u hombres) con poder y éxito, en un contexto de consumo de tabaco o bebidas alcohólicas que son atractivas para ellos, debido a que el uso de sustancias lícitas e ilícitas es considerado como un medio para alcanzar posición de bienestar sin tener que hacer demasiado esfuerzo. Además de la publicidad que induce al consumo de drogas, está la forma fácil en que se obtiene en el mercado negro, que ha extendido su dominio por todo el país y promueve la venta ilegal de estas sustancias nocivas.

La presente investigación es descriptiva, transversal y prolectiva, cuyo objetivo general es determinar el grado de dependencia a drogas lícitas e ilícitas de los estudiantes de la Carrera de Cirujano Dentista de la FES - Z, periodo 2003-2004, así como las consecuencias que tiene su uso a nivel de salud general y bucal y, se deriva de un proyecto de investigación institucional a cargo de la Secretaría Académica para determinar la adicción en los estudiantes de Campus I.

Como egresado de la Carrera de Cirujano Dentista, haré énfasis en las consecuencias odontológicas que tiene el uso de drogas lícitas e ilícitas. Esta investigación nos servirá para establecer programas de prevención y orientación que beneficien a los alumnos y les permita culminar sus estudios profesionales, que muchas veces se ven truncados por las adicciones.

JUSTIFICACIÓN

Cuando tratamos con un individuo que presenta una incapacidad derivada del consumo de alcohol o de drogas, es útil reflexionar en que el aspecto socioeconómico es el factor que más influye en el desarrollo de problemas personales por adicción, incluyendo la dependencia, y que se trata de un factor causal más allá del control personal del individuo. El sujeto debe ser considerado lo que en gran medida es, una víctima de fuerzas culturales de las cuales no es responsable (1).

Los problemas emocionales que se manifiestan desde dentro de la constitución propia del individuo y que tienen sus raíces en los genes, o en las influencias de la niñez temprana, juegan un papel relevante en la etiología de la tendencia personal a consumir sustancias psicoactivas a concentraciones dañinas.

En una investigación en jóvenes dependientes al alcohol y a las drogas se encontró que ambos grupos presentaron una distribución normal en el continuo de Introversión – extroversión; que los alcohólicos eran neuróticos. La preferencia por el alcohol se debía a la mala relación de la familia y conducta antisocial de la niñez, y se debía a un deseo de proyectar una apariencia de masculinidad.

La elección a las drogas se relaciona con el deseo de experimentar placer en subgrupos inadaptados, a desviaciones sexuales y a inclinaciones personales de tipo intelectual o artístico. Un estudio realizado en adolescentes puso de manifiesto que se presentaban problemas psiquiátricos en los padres de jóvenes fármaco dependientes, y que los trastornos comunes eran alcoholismo en los padres y depresión mental en las madres (2).

Este estudio se hace para detectar el uso de drogas en la población de estudiantes que cursan la carrera de Cirujano Dentista de la FES – Zaragoza y que los profesores identifiquen a los alumnos que se vean afectados por su consumo, para poder ayudarlos con tratamiento preventivo, psicológico y médico según sea el caso, ya que el problema de la drogadicción evoluciona rápidamente a daños orgánicos importantes e irreversibles que generan discapacidad y muerte.

Por lo tanto es importante conocer la probable adicción a las drogas lícitas e ilícitas de los alumnos de la carrera de Cirujano Dentista de la FES – Z, las consecuencias que tiene tanto a nivel personal como social, para establecer estrategias que permitan identificarlas, prevenirlas y tratarlas a tiempo y evitar ó disminuir la deserción y el rezago escolar ocasionado por este tipo de situaciones.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La drogadicción, alcoholismo y fármaco dependencia han invadido de forma importante a la población estudiantil en todos los niveles por lo que es necesario detectar el grado de dependencia al uso de drogas lícitas e ilícitas en esta población, para poder crear programas preventivos y en su caso dar apoyo para la rehabilitación de los alumnos afectados.

Tomando en cuenta los problemas que presentan los adictos a las drogas como son: el bajo rendimiento escolar, la dificultad en el aprendizaje, problemas de comportamiento, de actitud, irregular asistencia a las clases, muestras visibles de deterioro de la salud, ausencia de atención, etc. y en base a la aplicación de un cuestionario dirigido a un porcentaje de la población de la carrera de Cirujano Dentista de la FES – Z, se determinará el grado de adicción en dicha población y se investigarán los problemas sociales, físicos, de salud, que tiene como consecuencia la dependencia a las drogas lícitas e ilícitas.

Por lo anterior se formulan las siguientes preguntas en ésta investigación:

¿Cuál es el grado de dependencia a drogas lícitas e ilícitas que tienen los jóvenes estudiantes de la carrera de Cirujano Dentista de la FES – Z, en el periodo 2003 – 2004?

¿Quiénes son las personas que más influyen en los estudiantes para el consumo de drogas?

MARCO TEÓRICO

Con el nombre de **droga** se designa en sentido genérico a toda sustancia mineral, vegetal o animal que se utiliza en la industria o en la medicina y que posee efectos estimulantes, depresores o narcóticos, ó como establece la "Organización Mundial de la Salud" (OMS); se le llama droga a cualquier sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones. El concepto de droga engloba las sustancias estupefacientes y psicotrópicas, naturales o sintéticas, cuyo consumo reiterado provoca la dependencia física u orgánica, así como el deseo irrefrenable de seguir consumiéndolas en mayores dosis a fin de evitar el síndrome de abstinencia, (también se puede crear una dependencia psicológica, que consiste en una fuerte compulsión hacia el consumo de la sustancia, aunque no se desarrolle síndrome de abstinencia.

En épocas pasadas la humanidad consumía sustancias con efectos psicotrópicos en sus eventos religiosos y políticos entre otros. Hace pocos lustros este fenómeno creció impresionantemente convirtiéndose en un problema de salud pública y por la magnitud que ha tenido en la sociedad, se le ha considerado un verdadera epidemia. Por mucho tiempo a las personas adictas se les consideró viciosos, dirigiendo los esquemas de atención sólo con apoyo psicoterapéutico de psiquiatras y psicólogos. (1,3, 4).

Durante mucho tiempo el consumo de drogas sufrió el rechazo y en el anonimato evolucionaba a daños orgánicos importantes y en muchas ocasiones irreversibles que terminaban en discapacidad y muerte, además de que por el uso de drogas el individuo se ve afectado por varios factores predisponentes entre los que se encuentran:

Incapacidad de afrontar la realidad, incapacidad de afrontar responsabilidades, sentimiento de impotencia, sentimiento de inferioridad, sentimiento de vergüenza, sentimiento de soledad., sentimiento de frustración, sentimiento de indignidad, sentimiento de angustia, sensaciones de cansancio y desfallecimiento, insuficiente sentido de la vida, sentimiento de aburrimiento, falso intento de trascendencia, falsa intención de ser otro, incapacidad de tolerar límites, incapacidad de tolerar los cambios, estados depresivos, sentimiento de abandono, intento de incrementar su fortaleza, falsa compensación en alteraciones psíquicas, incapacidad de tolerar el miedo, intento de recuperar algún paraiso perdido, intensa necesidad de gratificación inmediata, incapacidad para poder afrontar algún trabajo denigrante, escasa tolerancia al dolor, ausencia de proyectos, intolerancia a las pérdidas (tanto materiales, ideales o de personas queridas), baja o nula autoexigencia, problemas familiares, influencia de terceros, ignorancia, desconocimiento (5).

Dado que las adicciones son un problema social, se considera también a la familia, víctima de la adicción al alcohol y a las drogas de alguno de sus integrantes, pues enfrenta también las consecuencias del consumo de estas sustancias. En realidad, vivir con una persona en esas circunstancias supone una fuerte tensión emocional

para sus parientes cercanos, esta situación repercute en la salud física y mental tanto del adicto como de sus familiares, quienes se enfrentan al dilema de no saber cómo responder a esta problemática.

Normalmente la mujer es quien se atribuye la responsabilidad del consumo de drogas por parte de los hijos. Las madres piensan que la educación depende de ellas, pero no saben cómo hacerlo; es entonces cuando utilizan diversas estrategias rígidas y autoritarias como los gritos y los golpes, esto, en lugar de evitar que el menor salga a la calle, lo empuja a abandonar el hogar. Además, sucede que por lo regular el cariño de muchos padres en esas condiciones se traduce en preocupación por darles comida y vestido a sus hijos, y olvidan cómo transmitirles afecto directo, lo cual implica una barrera para la relación (6).

Debido a que la adicción es la necesidad imperiosa de consumir droga regularmente y viene determinada por fenómenos físicos y psíquicos, se convierte en una forma grave de dependencia en la que suele haber además una acusada dependencia física, de aquí se deriva la necesidad de consumir dosis cada vez mayores para conseguir los mismos efectos, a este efecto se le llama Taquifilaxia y la presentan muchos fármacos, y esto es porque el organismo potencia los mecanismos de degradación de la sustancia. A las drogas se añade un fenómeno de tolerancia psicológica, esto significa que el tóxico ha provocado ciertas alteraciones en el organismo (que es cuando son necesarias dosis cada vez más elevadas para conseguir el mismo efecto) ó el síndrome de abstinencia que son cuadros psicológicos, y en el caso de algunas drogas, son además síndromes físicos que pueden resultar mortales, y solo pueden controlarse con medidas terapéuticas sintomáticas o substitutivas (sustancias menos nocivas, de efectos parecidos, que se retiran gradualmente). Los efectos, se manifiestan según el tóxico consumido, estos tóxicos se clasifican de diferentes maneras y las más importantes se presentan a continuación:

Psicolépticos. Son depresores del sistema nervioso central, y a este grupo pertenecen:

- a).- Alcohol.
- b).- Sedantes (barbitúricos y tranquilizantes).
- c).-Narcóticos (opio, morfina, heroína y codeína).
- d).- Sustancias volátiles o inhalables (aunque estas son igualmente alucinógenas).

Psicoanalépticos o psicotónicos. Son estimulantes del sistema nervioso central, y a este grupo pertenecen:

- a).- Anfetaminas (Drogas sintéticas).
- b).- Cocaína.
- c).- Tabaco.
- d).- Caféina.

Psicodislépticos. Son perturbadores del sistema nervioso central, aquí se incluyen alucinógenos:

- a).- LSD (Dietilamida de Ácido Lisérgico).
- b).- Mezcalina (Peyote).
- c).- Psilocibina (Hongos alucinógenos).
- d).- Cannabis, marihuana y hachis. (Esta es una sustancia ambivalente, estimulante – tranquilizante, pero puede también provocar distorsión sensorial, y en casos raros alucinaciones; por la razón de tener otras características aparte de las del grupo principal, se suele clasificar a la cannabis y a los Inhalantes como dos categorías independientes de drogas (7).

Otra clasificación nos indica que la droga es una sustancia que tiene efectos sobre el sistema nervioso central (psicotrópico) y que crea adicción (taquifilaxia) con cuadros de abstinencia, los efectos de la drogas son complejos y multiformes, variables según los estímulos ambientales, y estas se clasifican en :

Euforizantes y excitantes:

- a).- Cocaína.
- b).- Anfetaminas.
- c).- Alcohol en su primera fase.
- d).- Nicotina en su segunda fase.

Relajantes, sedantes y depresores;

- a).- Opiáceos – heroína.
- b).- Morfina.
- c).- Benzodiacepinas (Vallum).

Ansiolíticos, relajantes musculares e hipnóticos:

- a).- Alcohol en su segunda fase.
- b).- Barbitúricos.
- c).- Cannabis – marihuana.
- d).- Inhalantes.

Alucinógenos.

- a).- LSD (Dietilamida de Ácido Lisérgico).
- b).- Peyote.
- c).- Fenciclidina (anestésico) (pelo de ángel).

La siguiente clasificación nos la proporciona la "OMS", y nos la da de la siguiente manera:

Droga natural:

- a).- Cannabis y sus resinas.
- b).- La hoja de coca y cocaína.
- c).- Heroína.
- d).- Metadona.
- e).- Morfina.
- f).- Opio.
- g).- Codeína.

Psicotrópica:

- a).- Los barbitúricos.
- b).- Las anfetaminas.

Ampladores de conciencia:

- a).- Ácido lisérgico.
- b).- La mezcalina y la Psilocibina (1).

Últimamente, se ha dado otra clasificación a las drogas, (por cierto muy controvertida) y es la que agrupa a las drogas según su potencialidad farmacológica, y está basada en la peligrosidad de cada droga, para producir dependencia, y estas son:

Drogas duras. Se caracterizan por un síndrome de abstinencia extremadamente violento y un alto grado de tolerancia, y según la OMS se clasifican de la siguiente manera:

- a).- Opiáceos (heroína y morfina).
- b).- Barbitúricos (aunque no son ilegales figuran entre las drogas duras).
- c).- Alcohol (aunque no es ilegal figura entre las drogas duras).
- d).- Cocaína.
- e).- Anfetaminas (las anfetaminas sintetizadas, inicialmente se usaron para curar enfermedades, pero perdieron su importancia en la medicina desde que la experiencia reveló, que el riesgo de producir dependencia supera su utilidad terapéutica).

Drogas blandas. Son las que normalmente no causan dependencia física y por lo tanto, el consumidor puede dejar de tomarlas sin tener que sufrir graves trastornos físicos y psicológicos.

Existe otra clasificación que es un tanto arbitraria dado que no tiene relación alguna con el grado de toxicidad real de la sustancia (drogas legales e ilegales). La ilegalidad de una droga no se ha determinado en función de la gravedad de los

problemas sanitarios y/o sociales que su abuso puede acarrear, sino más bien con base en otros factores, económicos culturales o simplemente políticos (8).

En varias reuniones internacionales representantes del tercer mundo, hicieron notar que los tratados internacionales, tienden a prohibir las drogas producidas en los países pobres (opio y coca), mientras que legaliza las producidas y comercializadas por los países ricos. Bebidas alcohólicas, cigarros y diversos comprimidos; ocurre incluso que varios productos farmacéuticos Europeos o Estadounidenses cuya venta está prohibida en su país de origen, se expenden libremente en América Latina, por ejemplo: baralgina, novalgina, buscapina, conmel, etc.

En los países de toda América, el alcohol es la sustancia psicoactiva que más se consume, y es la que produce mayor número de accidentes y otros estragos sociales y de salud, sin embargo, su consumo no solo está tolerado sino que además se promueve por medio de la publicidad, en cambio la posesión y el consumo de marihuana, que al menos no parece provocar violencia, está severamente sancionada con el encarcelamiento o cuando menos implica la marginación del usuario, de ésta manera si la penalización de ciertas drogas por un lado desalienta su consumo, por otro lado ha tenido varios efectos negativos, entre los que destaca la sobrepoblación de cárceles con usuarios que no eran delincuentes, pero que llegan a serlo debido al contacto forzoso con criminales, el tráfico de drogas y la inevitable corrupción (1).

Debido a esto a la etiología del abuso y la dependencia a las drogas se le considera triple (el ambiente, el suelo y la semilla):

Por el ambiente, se toma en cuenta las influencias culturales que rodean al individuo, sobre todo a lo que se refiere a los patrones de consumo de drogas.

Por suelo se refiere a la constitución física del individuo; las potencialidades y defectos del temperamento y la personalidad, están determinados de modo inicial por la herencia, y son moldeados, sobre todo en la infancia por situaciones subsecuentes a la concepción.

La semilla implica las cualidades inherentes a las drogas que determinan en que medida pueden inducir al mal uso, abuso o dependencia (9).

Otros aspectos son los socioculturales y estos afectan la aceptabilidad y disponibilidad a las drogas que son las características más determinantes en los hábitos de consumo personal peligroso. Existen cuatro razones por las cuales un individuo puede recurrir a tomar sustancias psicoactivas y estas son:

a).- es obtener el valor real o supuesto de la sustancia como medicamento, por ejemplo, en la actualidad existe una sobre valoración a que se receten demasiados depresores del sistema nervioso central, lo cual ha llevado a un abuso de ellos con aumento en su prevalencia y por lo tanto con dependencia psíquica. Siempre hay mitos que atribuyen propiedades curativas a algunas sustancias como los

analgésicos simples o a las bebidas alcohólicas, auto administrándose analgésicos con ingredientes tales como aspirina, codeína, paracetamol, etc, que combinan con bebidas alcohólicas y las recomiendan a los demás, con la creencia de que estos preparados son tónicos o estimulantes apropiados para el tratamiento de la ansiedad, depresión, insomnio o fatiga.

b).- se puede aplicar al alcohol como bebida. Distintos preparados alcohólicos se toman porque se considera que tienen valor nutritivo. Así mismo, el alcohol proporciona calorías y se encuentran otras cantidades de sustancias nutritivas en la cerveza y el vino, pero en general el valor dietético en las bebidas es realmente mínimo, su consumo a expensas de los alimentos normales promueven deficiencias nutricionales y adicción.

c).- Este es un aspecto que afecta la mente. Son recursos tanto de las gentes mal informadas como de las sofisticadas, los aspectos simbólicos de tomar alcohol o una droga son múltiples e importantes y son los siguientes:

El acto de ofrecer y aceptar una sustancia entre personas en un gesto de amistad.

En el marco de una reunión social, compartir el alcohol o una droga simboliza la unidad del grupo.

Cuando un individuo se siente aceptado al consumir alcohol y drogas interactuando con algún grupo. Tal aceptación es una necesidad humana básica.

Cuando el consumo de alcohol o de ciertas drogas se utiliza de modo deliberado para confirmar un acuerdo o sellar un pacto o contrato.

Los ritos de iniciación para pertenecer a algún grupo, con frecuencia depende del ritual del consumo de una sustancia que afecta la mente.

La masculinidad o membresía en alguna clase social u ocupacional, con frecuencia tiene implicaciones respecto a la aceptación o reprobación de ciertos patrones de consumo de sustancias, como bebidas alcohólicas o drogas.

Las religiones, por ejemplo, asignan significación a los hábitos de consumo de sustancias químicas. Los cristianos y los judíos utilizan pequeñas cantidades de vino para este propósito. En el Islam, la prohibición en el Corán de toda bebida alcohólica caracteriza al verdadero creyente. Los exegetas musulmanes interpretan esta prohibición como válida por extensión para todos los intoxicantes que afectan la mente.

El abandono de los valores sociales convencionales enfatizados por la tradición, el éxito, status y clase pueden expresarse a menudo a través de hábitos de consumo de sustancias. El gran poeta persa Omar Khayyám, que tanto alabó el vino en su famoso, Rubaiyát, lo hizo en gran medida afectado por el hecho de que en su país el alcohol estaba sancionado de manera oficial, más recientemente una de las muchas

razones por las que la gente joven se entrega al consumo de drogas es porque es ilícito y reprobado por sus mayores.

Los subgrupos de delinquentes y marginados con toda seguridad simpatizarán, enfatizarán y respaldarán uno u otro hábito de consumo de sustancias en contra de los patrones convencionales de su sociedad. Las personas inconformes o inadecuadas pueden encontrar aceptación en una subcultura compartiendo algunos de sus hábitos de consumo de alcohol o drogas. El acto de consumir alcohol o drogas puede realizar un interludio en el trabajo o un descanso de una responsabilidad, el comienzo de un periodo de relajación.

La conducta desinhibida, sobre todo si es de naturaleza sexual o agresiva, en ocasiones es más aceptada socialmente cuando el individuo que realiza tal comportamiento ha ingerido alcohol o tomado alguna droga.

d).- Este es un aspecto de naturaleza utilitaria. El término " utilitario" en este contexto es como lo utilizan los sociólogos para referirse a la utilidad de una sustancia en la producción de efectos placenteros sobre la mente. Se desprende lo anterior porque la acción farmacológica de una sustancia psicotrópica en el cerebro es sólo uno de los factores determinantes de su uso en una comunidad dada.

La aceptabilidad social de las drogas y el alcohol es un factor importante que determina los niveles del consumo. Otro papel clave es el papel que juega su accesibilidad, la accesibilidad del alcohol y las drogas está determinado por las restricciones en su venta y por su precio relativo a la porción de ingreso disponible para ese tipo de gasto, por otro lado, resulta tentador proponer que los patrones de consumo personal del alcohol o de drogas están en parte, determinados de manera genética. En un sentido general debe por supuesto existir un elemento genético, dado que el patrón de consumo que un individuo implica una interacción entre sustancias psicotrópicas y estructuras somáticas, y son los genes los que forman las estructuras del organismo

La formulación comparable para la dependencia a las drogas es aún tentativa y las dificultades inherentes a demostrar una relación entre la herencia y el consumo de alcohol o drogas es similar, pero en general la tendencia es a no intentar traspasar los mecanismos postulados para la genética de la drogadicción (8).

Debido a la importancia que tiene el conocer el tipo de drogas que más frecuentemente son consumidas por la juventud a continuación mencionaremos las drogas lícitas.

Alcohol. (alcohol etílico o etanol), es un líquido transparente e incoloro, con sabor a quemado y un olor agradable característico. Es el alcohol que se encuentra en bebidas como la cerveza, el vino y el brandy. Debido a su bajo punto de congelación, ha sido empleado como fluido en termómetros para medir temperaturas inferiores al punto de congelación del mercurio, -40 °C, y como anticongelante en radiadores de

automóviles. Desde la antigüedad, el etanol se ha obtenido por fermentación de azúcares.

El consumo constante de bebidas que contienen etanol produce adicción (alcoholismo), por lo que la OMS, define el alcoholismo como la ingestión diaria de alcohol superior a 50 grs. en la mujer y 70 grs. en el hombre (una copa de licor o un combinado tiene aproximadamente 40 grs. de alcohol, un cuarto de litro de vino 30 grs. Y en un cuarto de litro de cerveza 15 grs.). El alcoholismo parece ser producido por la combinación de diversos factores fisiológicos, psicológicos y genéticos. Se caracteriza por una dependencia emocional y a veces orgánica y produce un daño cerebral progresivo y finalmente la muerte. Davies define el alcoholismo, como la ingestión intermitente o continua de alcohol que lleva a la dependencia y a consecuencias nocivas, esto es debido a que el alcohol es treinta veces más soluble en agua que en grasa, una vez, absorbido se distribuye rápidamente en todo el organismo; aunque pequeñas cantidades del alcohol absorbido se excretan sin modificar a través del aliento, la transpiración y la orina, la mayor parte del alcohol que entra al torrente sanguíneo se metaboliza

En 1952, la OMS definió al alcohólico en los siguientes términos: Alcohólicos: son aquellos bebedores excesivos cuya dependencia al alcohol ha alcanzado un grado tal que presentan notables trastornos mentales o interferencia con su funcionamiento social y económico, o bien tiene signos claros de la tendencia a orientarse hacia tales síntomas. Es por esto, entonces, que tales personas requieren tratamiento. Conviene hacer notar, que el alcohol, puede causar la muerte cuando su consumo es excesivo y se interrumpe bruscamente y sin que el individuo reciba el tratamiento adecuado

La dependencia al alcohol puede definirse como una enfermedad dado que de hecho posee características en común con otros trastornos que nadie duda en catalogar como enfermedad, estos atributos comunes incluyen trastornos en el funcionamiento físico y mental, debilitación del control sobre ciertos aspectos de la conducta, alteraciones estructurales del organismo en los adictos alcohólicos y disminución de la esperanza de vida. Alteración del habla y la agudeza visual, despierta la agresividad, pérdida de control, graves riesgos si se toman simultáneamente medicamentos, pérdida de memoria, diarrea y náuseas, graves riesgos de paros circulatorios y cardíacos, necesidad de beber cada día más, depresión, enfermedades del hígado, sistema digestivo y circulatorio, en el caso de mujer embarazada, problemas en el feto, inconvenientes laborales, ausentismo, incapacidad, problemas personales, pérdida de autoestima y amistades, problemas de conducta. Además de ser causante de gran cantidad de accidentes (9, 10).

Por otro lado, no puede dudarse que sea cierto que la dependencia al alcohol tiene una marcada tendencia a recurrir en la misma familia. Los informes de porcentajes de alcohólicos que tienen padres alcohólicos dan resultados que varían de 21 hasta 47% en tanto que el porcentaje de madre alcohólica va del 2 al 20%, la proporción de hermanos alcohólicos que también lo son está entre el 12 y 40%, y de hermanas

entre el 2 y 13%. Por supuesto que una tendencia familiar no necesariamente implica una disposición genética. Los hábitos y patrones de beber en exceso pueden ser transmitidos a través de las generaciones por medio del ejemplo paternal o la imitación del modelo de los hermanos, al tiempo que también ocurre, que las tensiones de vivir con un padre alcohólico promueven dificultades emocionales en los niños que más tarde son temporalmente aliviadas en la vida adulta por el alcohol. Es probable que ciertos elementos genéticos afecten el grado de consumo de alcohol y de dependencia al mismo, pero su naturaleza es incierta y su poder relativo es débil comparado con las fuerzas socioculturales.

Tomando en cuenta lo anterior se sabe que la edad en que se inicia la dependencia al alcohol y la velocidad con que se desarrolla ésta, varía de un individuo a otro, pero no es poco frecuente que en el hombre transcurran varios años de hábito excesivo entre los veinte y treinta años, tras el cual el sujeto se perfila hacia la dependencia para recibir luego tratamiento durante los 35 a los 40 años.

En años recientes dado el aumento del alcoholismo entre la gente joven y las mujeres, se ha observado el desarrollo de dos características nuevas, un incremento en el número de jóvenes con problemas con la bebida que se encuentran alrededor de los veinte años (no en su adolescencia a pesar de que la norma es que haya empezado a tomar más temprano), y un alza en la proporción de mujeres entre la población alcohólica con una máxima localizada entre los veinte y treinta años. El estilo de vida adoptado por algunos bebedores problema contribuye a la mala salud física. Las deficiencias nutritivas y el uso concomitante de otras drogas son factores que en ciertos sujetos alcohólicos trastornen su bienestar.

Todo esto se provoca debido a que nuestra sociedad tiene una postura contradictoria, por una parte, no sólo acepta y tolera el consumo de alcohol, sino que lo promueve con apoyo de una costosa publicidad, y por la otra, cuando el sujeto no es capaz de manejar su consumo, es rechazado violentamente tanto por parte de su familia como de su grupo social. Esta marginación provoca en general una tendencia mayor a recurrir al alcohol. Existe el hecho concreto de que muchas personas piensan que ellos son bebedores sociales. Entienden por esto, que beben moderadamente sólo por necesidad de convivencia, por razones de negocio o como medio de entablar relaciones interpersonales. Pero surge un problema, ¿"que es beber moderadamente"?, ¿ "la bebida es peligrosa cuando una persona no es alcohólica"?. Existe el riesgo de que a largo plazo un bebedor social se convierta en alcohólico, está claro que el alcohol es capaz de crear una fuerte dependencia física y psíquica en los sujetos que la consumen.

Debido a que el organismo ante el alcohol pone en marcha mecanismos de defensa para su eliminación, ya que perjudica al hígado y otros órganos; como consecuencia de esto el organismo tiene un mayor aguante e inmediatamente, necesita mayor cantidad de alcohol para producir los mismos efectos que en ingestiones anteriores

Esto tiene consecuencias a corto plazo, el consumo de alcohol produce generalmente estados eufóricos, junto con la supresión de las tensiones internas y

de las inhibiciones. Con dosis mayores se produce 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 de 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. Cuando la ingestión de alcohol sobrepasa los cuatro o cinco gramos por litro de sangre, el sujeto cae al suelo y pierde el conocimiento, aparece entonces un sueño comatoso que puede incluso terminar en la muerte, la muerte sobreviene debido a que el alcohol produce paro respiratorio al impregnar el centro cerebral regulador de esta función (8).

Otro factor detonante para los trastornos que se presentan en los adictos al alcohol es la dependencia al tabaco(tan frecuente entre los alcohólicos), y esto explica la alta tasa de cáncer pulmonar y contribuye sustancialmente a una tendencia manifiesta a presentar otras enfermedades del aparato respiratorio y ciertas enfermedades cardiovasculares, la atribución de trastornos somáticos al consumo excesivo de alcohol en sí mismo es el de la correlación entre el consumo de alcohol y cáncer de los aparatos respiratorio y digestivo y el cáncer del hígado (como complicación de la cirrosis hepática), así como también quizá de algunos tumores malignos del páncreas y del recto. El consumo de alcohol contribuye a la morbilidad y mortalidad en sujetos que no necesariamente son dependientes al alcohol, el daño en las neuronas del cerebro durante la dependencia alcohólica produce déficit en las funciones mentales. Presumiblemente los trastornos difundidos y la muerte neuronal se originan tanto como un efecto tóxico directo del alcohol como las deficiencias nutricionales, sobre todo la de tiamina (aneurina) y ácido fólico o folato.

Otra complicación en el organismo es la gastritis inducida por alcohol, y es la causa principal de "malestar del día siguiente" en los hombres, la pancreatitis aguda y crónica pueden desarrollarse como consecuencia del alcoholismo, debido a esto, los efectos sobre los principales sistemas del organismo son acumulativos e incluyen un amplio rango de alteraciones en el aparato digestivo, entre las que destacan las úlceras del estómago y del duodeno, la pancreatitis crónica y la cirrosis hepática, así como lesiones irreversibles en los sistemas nerviosos central y periférico. Pueden llegar a producirse desmayos, alucinaciones e intensos temblores, síntomas del síndrome de abstinencia alcohólica más grave, y el delirium tremens, que puede ser mortal a pesar del tratamiento adecuado; esto último contrasta con los síndromes de abstinencia de los opiáceos, que aunque muy aparatosos rara vez son fatales. Se ha demostrado en fechas recientes que la ingestión del alcohol durante la gestación, incluso en cantidades moderadas, puede producir daños graves en el feto, especialmente retraso en el desarrollo físico y mental; la forma más grave de este retraso, poco frecuente, se llama síndrome de alcoholismo fetal.

Existe evidencia clínica de que el alcoholismo destruye las células nerviosas. Se han descrito una serie de cuadros clínicos de enfermedades con daño cerebral producidas por el alcohol, estos cuadros psiquiátricos desaparecen cuando el sujeto se abstiene durante un periodo largo. Uno de los cuadros más frecuentes es el delirio celotípico, que se manifiesta como celos patológicos, otros cuadros pueden incluir periodos alucinatorios con sensaciones de ser perseguido y amenazado; en otras ocasiones el deterioro de las células nerviosas por el alcohol puede producir demencias (graves trastornos de la memoria).

Las características del síndrome de dependencia al alcohol incluyen distintos tipos de cambios: de la conducta, subjetivos y psicológicos que se caracterizan principalmente por la falta de control en la ingestión de la sustancia. Las alteraciones de la conducta se centran en el patrón de consumo del individuo, que se vuelve más susceptible a las presiones sociales y a las consecuencias negativas de sus acciones y progresivamente se torna más flexible y estereotipado en su repertorio. Denota un trastorno en el que se pueden diferenciar varios grados de gravedad, que es modificado por factores personales y culturales y es controlado a través de la abstinencia o adquiriendo hábitos de bebida más moderados, pero que de no limitarse puede producir toda una serie de dificultades consecuentes al uso excesivo del alcohol.

Por otro lado es frecuente la combinación de alcohol con otros fármacos. Concretamente, el uso de sedantes como los barbitúricos y los derivados del diazepam (por ejemplo valium), mezclados con alcohol produce una potencialización de los efectos de éste, lo que puede provocar graves accidentes. Por otra parte, la combinación tabaco alcohol produce un aumento de los daños físicos a nivel cardiaco y arterial. Un consumo que, con frecuencia pasa inadvertido y que tiene altas dosis de cafeína y alcohol es la "cuba libre" (refresco de cola y ron). Las bebidas de cola tienen una cantidad variable de cafeína que, en algunos casos, puede llegar hasta los treinta miligramos por botella. Estas dos drogas actúan sobre el sistema nervioso central de forma antagónica. El alcohol por una parte es sedante, mientras la cafeína es excitante, La ingestión de alcohol en estas condiciones se enmascara, lográndose así una aparente resistencia a sus efectos.

Con el consumo repetido del alcohol se desarrolla una cierta resistencia a sus efectos (Tolerancia). La adaptación al alcohol no se limita a personas que consumen cantidades excesivas, sino que ocurre también con los bebedores sociales que toman alcohol en dosis moderadas y con alguna frecuencia. La tolerancia metabólica es mínima., debido a la tolerancia los alcohólicos necesitan tomar cantidades mayores cada vez más frecuentemente antes de llegar a sentir los efectos deseados. Al principio el alcohólico puede aparentar una tolerancia alta al alcohol, consumiendo más y mostrando menos efectos nocivos que la población normal. más adelante, sin embargo, el alcohol empieza a cobrar mayor importancia, en las relaciones personales, el trabajo, la reputación e incluso la salud física. Se produce dependencia orgánica (física), lo cual obliga a beber continuamente para evitar el síndrome de abstinencia.

En las etapas más avanzadas de la dependencia alcohólica se puede observar disminución de la tolerancia y se cree que ésta disminución se debe en gran medida a ciertos cambios en los lugares en los que actúa el alcohol, en el sistema nervioso. La tolerancia aguda al alcohol de hecho ocurre, después de la ingestión de una sola dosis de alcohol, por regla general, la concentración de alcohol que se requiere para causar la muerte en un alcohólico que ha desarrollado tolerancia, no es considerablemente superior a la dosis letal en una persona sin tolerancia (11).

La dependencia al alcohol tiene aspectos psicológicos y físicos entrelazados en sus raíces. Las características físicas no son de manera necesaria las más importantes y no siempre es fácil distinguir las de las facetas psicológicas. Los aspectos orgánicos se enfocan en las características de la abstinencia o discontinuación en un sujeto que físicamente depende del alcohol, y que se desarrollan cuando la concentración de alcohol en el organismo desciende a un nivel más bajo del umbral necesario para evitar la manifestación de los síntomas. El deseo de suprimir los síntomas de la abstinencia contribuye a que el sujeto vuelva a tomar alcohol para aliviar el malestar que causa su ausencia.

Los temblores son una característica temprana que por regla general se notan a las pocas horas de haber ingerido el último trago. Al comienzo sólo se nota en los dedos y en las manos, aunque puede venir acompañado de una sensación de hormigueo en la musculatura interna. Los temblores más agudos afectan otra regiones además de las manos; al principio la lengua y luego todas las extremidades y el tórax puede empezar a temblar. Otra inquietante característica es el trastorno neuromuscular que consiste en que el sujeto no puede evitar las contracciones espasmódicas de los músculos voluntarios.

La sudoración es también resultado de la ingestión excesiva de alcohol, la ansiedad, la depresión, irritabilidad, y falta de descanso, inquietud, una sensación en el estómago como si se estuviera contrayendo, anorexia, náuseas y vómitos, la presión sanguínea y el ritmo cardiaco aumentan cuando se está tomando, pero el alza continúa cuando se ha dejado de tomar, es frecuente que haya insomnio, también puede haber alucinaciones visuales o auditivas antes de quedarse dormido o al despertar. En la mayor parte de los casos los signos del síndrome de abstinencia al alcohol no progresan hasta la fase de delirium tremens, sino que siguen un curso más benigno.

Como tantos otros nombres descriptivos de enfermedades y síndromes el término "delirium tremens" es en sí evocador e informativo. El temblor es grave, generalizado y se comunica a las estructuras adyacente, de tal manera que cuando el paciente se acuesta, puede ponerse a temblar. La conciencia se encuentra perdida, el sujeto no puede orientarse en tiempo ni espacio; los periodos de atención disminuyen y el sujeto se distrae por estímulos tanto externos como internos, de tal modo que es incapaz de concentrarse en un mismo asunto por más de un instante. Las alucinaciones visuales son frecuentes, en ocasiones las imágenes son de objetos de gran tamaño y el paciente puede aterrorizarse, por ejemplo, al ver un gran oso en una esquina del cuarto, las alucinaciones auditivas son también frecuentes, algunos

de los sonidos burdos que el sujeto percibe en este estado (chasquidos, tamboreos, silbidos, rugidos, etc.) posiblemente son producidos por contracciones de los músculos del oído medio, los tensores del tímpano y el músculo estapedio. Las contracciones pueden desencadenar impulsos a través del nervio auditivo.

El efecto predominante es la ansiedad, que progresa al miedo, con frecuencia la sospecha y la ira están también presentes. Intercalados entre estos estados de ánimo desagradables, el delirante experimenta también periodos de euforia alcohólica y puede sobrevenir una inquietud muy pronunciada.

El delirium tremens por regla general se agrava durante la noche, periodo en que la ausencia de los estímulos normales, la restricción del contacto humano y la disminución de la iluminación y del ruido agravan el estado delirante, con frecuencia, el inicio del delirium tremens tiene lugar durante las primeras 24 horas de haber disminuido la ingestión del alcohol.

En raras ocasiones, la suspensión de la ingestión alcohólica puede inducir un estado de delirio subagudo retrasado. Dicho inicio se retrasa hasta una o dos semanas después de haber suspendido la ingestión de la droga, y el curso del trastorno en estos casos es más suave pero más prolongado que en las formas clásicas de delirium tremens.

Las crisis convulsivas semejantes a la epilepsia tipo gran mal son otra secuela distintiva del síndrome de abstinencia alcohólica. En los casos graves, aunque raros, se desarrollan crisis que pueden progresar hasta el estado epiléptico. Hershon, propuso dos categorías para el síndrome de abstinencia. La primera y más común consiste en características afectivas como ansiedad, inquietud, pánico, sentimiento de culpa, depresión, cansancio y la idea de que hay gente persiguiendo al sujeto o deseando hacerle daño. El segundo grupo abarca los síntomas físicos de náuseas, vómito, transpiración, temblores, palpitaciones, tinnitus, hiperacusia y alucinaciones visuales y auditivas.

Tabaco: nombre común de dos plantas de la familia de las Solanáceas cultivadas por sus hojas que, una vez curadas, se fuman, se mascan o se aspiran en forma de rapé. Contiene un alcaloide (la nicotina). Es tóxica y puede producir alteraciones en el aparato circulatorio y los pulmones del ser humano.

Hoy en día está aceptado que el tabaco es una droga, ya que crea dependencia. No existe una clara conciencia de este hecho, debido a la aceptación social de que es objeto esta droga. Esta falta de conciencia se debe en parte al fuerte respaldo publicitario de las grandes compañías tabaqueras. (El tabaco es la droga más usada en el mundo) (8,10).

La OMS afirma que en los países europeos el 50% de los hombres fuma un promedio de 15 cigarrillos al día y que en los países en desarrollo es raro encontrar menos de un 40% de fumadores habituales entre los varones.

En México la tasa fue de 750 gramos de hoja seca en promedio por habitante al año. Si tomamos en cuenta a la población de niños y adultos no fumadores, la dosis supera sin duda el kilo por fumador. (21)

Los elementos nocivos del tabaco más conocidos por sus efectos perjudiciales sobre el organismo son:

a).- Nicotina: Es el componente más conocido que existe en el tabaco. Es un estimulante del corazón y del sistema nervioso, de tal manera que el efecto inmediato al fumar, es un aumento en los latidos del corazón y una elevación de la presión sanguínea. Estos efectos sin embargo, desaparecen rápidamente.

Los fumadores incipientes pueden desarrollar, como consecuencia de esto, accesos de tos y dificultades para respirar, y a largo plazo, pueden desarrollar problemas respiratorios y cardiovasculares (12).

b).- Oxido de carbono: El monóxido de carbono se produce al quemarse el cigarrillo y tiene la capacidad de reducir la habilidad sanguínea para acarrear oxígeno a los tejidos del cuerpo, desarrollando un endurecimiento de las arterias, que es lo que se llama técnicamente arteriosclerosis.

c).- Alquitrán: Esta sustancia contenida en los cigarrillos posee una capacidad cancerígena muy alta. El alquitrán se encuentra en el cigarrillo que se quema, y ha sido identificado como uno de los principales factores del cáncer pulmonar y de otros cánceres del tracto respiratorio (13,14).

Café: Café, nombre común de un género de árboles de la familia de las Rubiáceas y también de sus semillas y de la bebida que con ellas se prepara. De la treintena de especies que comprende el género Coffea sólo son importantes tres: arábica, canephora y liberica. La semilla del café contiene una compleja mezcla de componentes químicos; algunos de ellos se ven afectados por el tueste, pero otros, en particular aquellos de los que depende el aroma, son producto de la destrucción parcial del grano verde por la torrefacción. Los compuestos que extrae el agua hirviente se clasifican en componentes de sabor no volátiles y componentes de aroma volátiles.

Los principales efectos fisiológicos del café se deben a la cafeína, un alcaloide con propiedades suavemente estimulantes. Desde hace unos años se debate si el café podría resultar más nocivo de lo que normalmente se acepta para quienes deben tomar pocos estimulantes y si la cafeína es peligrosa para el feto, sin embargo, estos estudios no han arrojado por el momento resultados definitivos.

La cafeína se descubrió en las semillas del café en 1820 y en 1838 se demostró que la teína, alcaloide descubierto en las hojas del té es la misma sustancia. Aunque se trate de una sustancia normalmente aceptada, todos sabemos que es un estimulante del sistema nervioso. Se encuentra no solo en el café sino también en otros productos muy utilizados en nuestra sociedad de consumo, como el té, el chocolate,

los refrescos de cola etc., y es una sustancia que crea dependencia; aunque normalmente se prohíbe a los niños que tomen café o té, no existe problema alguno en cuanto a las bebidas que contienen cola, un vaso grande de esta bebida contiene unos 40 ml. de cafeína es decir, más que una taza de té y la mitad de una taza de café.

La cafeína aumenta la tensión arterial, estimula el sistema nervioso central, promueve la formación de orina e incrementa la actividad del corazón y los pulmones. La cafeína se utiliza para el tratamiento de la migraña porque produce vasoconstricción en los vasos pericraneales dilatados, que se cree, que son los causantes de esta dolencia, asimismo potencia el efecto de algunos analgésicos como la aspirina y puede aliviar parcialmente los ataques de asma porque produce broncodilatación. La cafeína se obtiene en el proceso de elaboración del café descafeinado. Se ha sugerido la posibilidad de que la cafeína pueda producir algún tipo de cáncer o de malformaciones congénitas, pero ningún trabajo lo ha demostrado hasta la fecha. Las personas que dejan de tomar café experimenta en ocasiones cefalea. (10).

Una vez descritas las drogas lícitas a continuación haremos mención de las drogas ilícitas.

Marihuana: Es una planta silvestre cuyo nombre científico es *cannabis sativa* y popularmente también se le llama marihuana al preparado de la planta que se usa para fumar. A la resina de la *cannabis sativa* se le llama hashis; el cual tiene un color oscuro y también se fuma, esta sustancia posee una concentración entre 5 y 40% más fuerte que la planta y se consigue del destilado de la marihuana, los niveles de actividad del hashis, son mayores que los encontrados en la marihuana, ésta situación hace pensar que el hashis facilita el paso a drogas más peligrosas como los opiáceos.

Los pueblos indígenas utilizaban las plantas para reafirmar sus valores culturales. La sociedad moderna las utiliza muchas veces como una rebelión en contra de los valores existentes, y con mucha frecuencia como una búsqueda de placer o un escape de la realidad. Entre los indígenas, por el contrario, el uso de la *cannabis* sirve como un instrumento de integración social a través de la religión. Esta misma planta es cuidada dentro del mismo rito religioso y es usada con fines medicinales o en la búsqueda de funciones adivinatorias. También es empleada en la práctica de sesiones catárticas que dentro de estos grupos tienen un valor especial para su cultura. En la actualidad hay en México por lo menos tres grupos indígenas que emplean el hashis con fines religiosos y estos grupos son: los Tepehuas, los Tepecanos y los Otomíes.

La marihuana posee fama ancestral dentro de la medicina; pero, la investigación de su utilización médica no está completamente comprobada en humanos debido a controversias políticas y sociales, sin embargo es poco probable que la *cannabis* sea adoptada para usos médicos en forma general, aunque en los EEUU, en algunos

casos se han aprobado leyes que permiten su uso en casos de glaucoma o de cáncer, siempre bajo vigilancia médica.

La marihuana se ha difundido de maneras diversas, muchos jóvenes reciben ofertas o invitaciones que les incitan al consumo a través de sus compañeros de escuela o amigos. Parece que el uso de la droga se produce dentro del ambiente de convivencia como una transmisión de experiencias, sin gran necesidad de agentes externos, en México el uso de la marihuana es más frecuente ya que es un país productor.

El uso de la marihuana también se difunde debido a la publicidad, en el contenido de las canciones, a través de festivales, etc., el aumento considerable en el grupo de jóvenes consumidores, constituye una grave fuente de preocupación, ya que ellos pueden ser especialmente vulnerables a los efectos psicológicos y fisiológicos potencialmente desorganizadores producidos por la droga, hasta hoy hay pocas indicaciones de que el uso de la marihuana haya disminuido en popularidad, especialmente entre los más jóvenes, donde hay una importante tendencia a su uso. En los adolescentes la marihuana, y el hashis principalmente, incidirán en la visión que el muchacho tenga sobre la realidad y en la forma de interpretarla. Esto lógicamente influirá en la respuesta que dé ante las diferentes situaciones de la vida. Las consecuencias sociales del uso de la marihuana en conjunto con su grupo de amigos puede influir en el desarrollo de la personalidad futura del adolescente.

Los efectos de la marihuana estarán supeditados a lo que el individuo espera sentir, la mayor parte de los fumadores de marihuana presentan un aumento en las pulsaciones, enrojecimiento de los ojos y sequedad de la boca y garganta como efectos inmediatos; también puede aparecer disminución leve de la temperatura y aumento del apetito; el ánimo puede ser de euforia y relajación, el sentido corporal y la identidad pueden estar distorsionados o alterados y existe una tendencia a reír. La percepción aumenta en general en todos los sentidos; la sensibilidad al Tacto, a la visión y a los sonidos puede estar alterada. A nivel mental, algunos de los efectos pueden ser pérdidas transitorias de la memoria y distorsión en la percepción del tiempo, la capacidad para algunas tareas intelectuales disminuye, por ejemplo; los tiempos de reacción, los de aprendizaje o los de coordinación motora y la atención, congestión de conjuntiva, midriasis, erupciones cutáneas, ataxia, confusión mental, desorientación, alteración del metabolismo, pérdida de memoria, atrofas, dificultad de concentrarse, atender y hablar, trastorno del ritmo del sueño, taquicardia, daños cromosómicos, inconvenientes en la reproducción.

El uso de la marihuana en sujetos que padecen angina de pecho puede tener efectos muy graves. Las molestias suelen exacerbarse y la presencia de dolor en el pecho es más frecuente después del uso de la marihuana que después de haber fumado un cigarrillo de tabaco. Podemos suponer que los hoy jóvenes fumadores de marihuana podrán tener consecuencias adversas cuando estén en la mitad de su vida. El empleo de tomografías y de electroencefalogramas, no han proporcionado evidencia de anomalía persistente relacionada con el uso crónico de marihuana (5, 1).

El uso de la marihuana inhalada o ingerida reduce significativamente la presión intraocular y puede ser útil en el tratamiento del glaucoma (enfermedad que puede producir ceguera). En pacientes con cáncer sometidos a quimioterapia (administración de medicamentos anticancerosos) y que frecuentemente sufren de náuseas y vómitos debido al tratamiento, se ha encontrado que la ingestión de la marihuana puede reducir los efectos en un 50% de los casos, además se ha observado mejoría en el apetito y elevación en el estado de ánimo. El 9% de éstos presentaron efectos adversos tales como el pánico y sensación de irrealidad. Ideas de paranoia y aprensión también fueron síntomas secundarios del uso de la droga. Igualmente, se han encontrado efectos benéficos en pacientes asmáticos, debido a que la marihuana provoca bronco dilatación, incluso en sujetos normales.

A veces se presentan en forma aguda reacciones de ansiedad o pánico, sobre todo en los principiantes, y a esto se le llama "mal viaje". También sujetos experimentados pueden tener un mal viaje sin esperarlo, cuando usan marihuana en dosis no acostumbradas, otras manifestaciones pueden ser presentadas durante la intoxicación aguda como el sentimiento de pérdida de control y a veces el miedo de volverse locos.

La marihuana produce un aumento en la tolerancia; es decir, el sujeto necesita más dosis para sentir los mismos efectos, esta tolerancia provoca dependencia psicológica, lo que impide abandonar el hábito, La dependencia física con síndrome de abstinencia solo ha sido demostrada, en situaciones experimentales, en aquellos consumidores de grandes dosis.

El desarrollo de la tolerancia se relaciona con la dosis y frecuencia del uso de la droga. Para el fumador de marihuana que consume 2 o 3 cigarrillos a la semana, las probabilidades de presentar tolerancia son las mismas que para alguien que bebe 2 o 3 cervezas por semana con respecto al alcohol. El aumento de la tolerancia provocará dependencia psicológica, lo que impide abandonar el hábito, aunque muchos de los consumidores de esta droga expresan su deseo de dejar éste vicio.

No existe evidencia de que el uso de la marihuana cause daños cromosómicos clínicamente significativos. Sin embargo, existen estudios que arrojan resultados contradictorios donde algunos científicos lo afirman y otros lo niegan. Por otra parte se ha encontrado que la duración del ciclo menstrual es significativamente más corto entre las consumidoras de marihuana.

En usuarios inexpertos es posible observar reacciones de angustia y pánico, y algunos sentimientos paranoides de carácter pasajero. En la experiencia europea se ha descrito un síndrome cerebral agudo asociado al uso de hashis, y se caracteriza por obnubilación del proceso mental, desorientación, confusión y notoria desorganización de la memoria, y desaparece con la ausencia de la droga.

Paralelamente, diversos autores han descrito el síndrome amotivacional en los fumadores crónicos, y consiste en una actitud de indolencia y de pérdida de motivación general por el trabajo y la vida. Este cuadro es reversible al suspender la

droga. Existe aceptación entre los científicos de que los síntomas esquizofrénicos pueden ser exacerbados por el uso de la marihuana. Los esquizofrénicos que han tenido remisión de sus síntomas, deben ser advertidos de los riesgos que supone para ellos el uso de esta droga.

Una práctica común entre los usuarios de marihuana es ingerir simultáneamente alcohol y marihuana. Se ha observado experimentalmente en sujetos que han bebido el equivalente a tres cócteles (90° G. L.) y que además han fumado un cigarrillo de marihuana, que la frecuencia cardíaca disminuye su ritmo en forma abrupta, en algunos casos la frecuencia disminuye de 150 a 36 latidos por minuto. Evidentemente, el consumo conjunto de marihuana y alcohol puede provocar consecuencias más graves que si se usa cualquiera de estas sustancias por sí solas.

En México, los niños y adolescentes marginados usan con preferencia los Inhalantes como primera droga. En segundo lugar está la marihuana, y el uso de su mezcla no es raro, debido a su bajo costo y a su fácil acceso. Estas drogas son las que inician a los jóvenes en la fármaco dependencia. Los Inhalantes se mezclan con marihuana en el 42% de los casos y solo en el 14% se combinan con alcohol. La explicación de esto está en causas económicas debido al alto costo del alcohol. En algunos países se ha intentado promover la legalización de la marihuana, esto nos llevaría a un uso indiscriminado (1).

Alucinógenos: Son sustancias naturales y sintéticas que afectan primordialmente la percepción de la realidad. En principio, muchas drogas alteran la percepción y producen alucinaciones, pero las más conocidas son la dietilamida del ácido lisérgico (LSD) y los alucinógenos mexicanos como la mezcallina, que se extrae de un cactus llamado peyote y la psilocibina, que es el principio activo de los hongos alucinógenos. La feniclidina (PCP), aunque no llena todas las condiciones, se ha empezado a usar en los últimos tiempos en un producto llamado pelo de ángel o "ángel dust" (Feniclidina).

a).- Pelo de Ángel (Feniclidina). Es un anestésico general, que se ha convertido en una droga de gran consumo debido a la potencia de sus efectos psicológicos y sobre la conducta. Su administración produce efectos indeseables tales como excitación extrema, delirios y trastornos en la vista, por lo que fue rechazada del uso médico en humanos, y se utiliza solamente como anestésico en animales. Los efectos de la droga varían de acuerdo con los niveles de las dosis, las dosis bajas producen un relajamiento parecido al de muchas drogas psicoactivas.

Se han descrito euforias con sentimiento de estar flotando, asociadas con somnolencia, en dosis altas produce excitación, confusión y pueden presentarse algunos de los siguientes síntomas: rigidez muscular, pérdida de la concentración y de la memoria, alteraciones visuales, delirio, sentimiento de aislamiento, convulsiones, trastornos del habla, conducta violenta, miedo a morir y despersonalización, las actividades cotidianas como caminar o conducir automóvil pueden ser problemáticas para los consumidores de esta droga. La intoxicación con PCP, (pelo de ángel) puede producir conductas anormales y violentas. Estas

conductas pueden ser contra sí mismos o contra otros, frecuentemente las lesiones pueden ser graves e incluso mortales, la aparición de cuadros parecidos a la esquizofrenia desaparecen a los pocos días o semanas y pueden presentarse a los consumidores de dosis moderada o fuertes de la droga.

Aunque en la actualidad son pocos los casos reportados, se cree que tendrá un aumento considerable a futuro. Las estadísticas dicen que es una droga que va en aumento. En los sesentas y setentas no era muy popular en la comunidad de los drogodependientes debido a sus efectos displacenteros, pero las condiciones están cambiando y cada vez llegan más sujetos a los puestos de emergencia de los hospitales por cuadros de pánico y por sobredosis de esta droga (3).

b).- LSD (Dietilamida del Ácido Lisérgico): Éste activo del cornezuelo del centeno fue descubierto por Hofmann en 1943 en forma accidental mientras trabajaba. La LSD es un alucinógeno que presenta una actividad intensa en dosis muy pequeñas. Esto fue lo que permitió que Hofmann, al manipularla, sufriese una intoxicación accidental y así descubriera los efectos de la droga. La LSD provoca una alteración profunda de la conciencia, alterando las sensaciones. El tiempo y el espacio se distorsionan, al igual que los objetos se perciben con caracteres diferentes. El estado de ánimo puede ser fluctuante y el sujeto se sentirá eufórico o deprimido en forma alternante, incluso durante la experiencia, los colores, los sonidos, los estímulos táctiles se perciben de manera distinta y el sujeto les dará significados diferentes, los síntomas de despersonalización pueden provocar un sentimiento de ingravidez y la sensación de que se flota.

Los efectos que se presentan durante la intoxicación son impredecibles, y dependen de las dosis, de la personalidad del sujeto y del ambiente que rodee la experiencia. En sujetos inestables o que sufren de psicosis larvadas o depresiones subclínicas, pueden, durante la experiencia, ser exacerbados sus síntomas o sufrir experiencias negativas.

Si tenemos en cuenta que la mayoría de los consumidores son adolescentes en quienes existe una fuerte inestabilidad por el momento evolutivo por el que atraviesan, se comprenderá entonces lo arriesgado de su uso. Los miedos inconscientes y un entorno desagradable pueden llevar al sujeto a un mal viaje. Existen casos de sujetos que padecen intolerancia a las drogas. La presencia de vómitos y terror son los síntomas que dominan el cuadro, el miedo a volverse loco y la presencia de visiones aterradoras es lo que se llama un mal viaje. Su aparición es impredecible y puede llevar incluso al suicidio. Los trastornos provocados por el ácido son característicos de una psicosis aguda que es transitoria, y cuyos efectos desaparecen al cabo de 12 horas, aproximadamente, sin embargo, hay personas que después de la experiencia continúan con trastornos psiquiátricos. Esto es debido a que el ácido desencadena una psicosis que el sujeto ya padecía en forma potencial .

Las muertes reportadas por LSD son una consecuencia de los efectos de la intoxicación más que de la toxicidad de la droga, Los sujetos pueden creerse capaces de volar y tirarse por una ventana, o persiguiendo el contenido de la

alucinación o sufrir un accidente, Durante la Intoxicación el sujeto puede sentirse omnipotente, dejarse atropellar por un auto o hacerse daño el mismo. No obstante se conocen casos de suicidio en sujetos que no tenían antecedentes depresivos.

Con dosis mínimas se consiguen los efectos. Es muy difícil de adquirir legalmente dosis en ampollitas, ya que ésta es la presentación adecuada para conservar el ácido sin que pierda su capacidad de acción, frecuentemente el ácido que se consigue en la calle tiene impurezas y adulteraciones; suele agregársele otro tipo de sustancias tales como anfetaminas, mezcalina, psilocibina, fenecilidina, e incluso se ha encontrado la estricnina que ha sido vendida como ácido, causando accidentes mortales.

El ácido provoca una serie de cambios en el sistema nervioso, Una acción es que desencadena mecanismos bioquímicos y neurofisiológicos que aparecen incluso cuando el ácido ha sido eliminado. El "flash back" es la aparición súbita de efectos de intoxicación después de días o meses de haber sido sometido a una experiencia con ácido lisérgico y en los consumidores habituales se han encontrado signos de daño cerebral; los principales son problemas con la memoria y con la atención y dificultades para pensar en forma abstracta (10).

c).- Mezcalina (Peyote): Es la sustancia psicoactiva que se extrae de un cactus originario de las zonas desérticas de México y el suroeste de Estados Unidos. llamado peyote, La parte aérea, parecida a un hongo y de color grisáceo, contiene nueve alcaloides, entre ellos la mezcalina, que es el más activo. Para usar el cacto como droga, la parte aérea se consume seca, en infusión o pulverizada y envasada en cápsulas. La mezcalina de estos preparados altera la percepción y produce alucinaciones caracterizadas por colores vivos, alteración del sentido del tiempo y, a veces, sensación de ansiedad. Por lo que se sabe, no crea hábito, aunque el consumo de la droga impura o en grandes dosis puede provocar efectos tóxicos, como náuseas y depresión respiratoria (sus efectos son muy parecidos al ácido lisérgico). Los indígenas del norte de México utilizan el peyote en los ritos religiosos desde la época precolombina. La mezcalina se ha utilizado en Investigaciones sobre la esquizofrenia y otras psicosis (3).

d).- Hongos alucinógenos (Psilocibina): El principio activo de los hongos fue aislado por Hoffmann en 1958 y se le llamó psilocibina. Este es un potente alucinógeno, aunque menos activo que la LSD cuyos efectos se parecen. La duración de la embriaguez es menor, dura de 4 a 6 horas, y de menor intensidad en comparación con la LSD, que dura de 8 a 12 horas.

Existe una gran afluencia de extranjeros y mexicanos hacia las regiones donde crecen espontáneamente estas plantas y las usan con fines no religiosos. La presencia de estos seres extraños a las culturas indígenas, ha distorsionado los significados del uso de los alucinógenos y ha provocado más de un problema social y legal.

Estimulantes: Son aquellas drogas que excitan al sistema nervioso central y producen un estado de alerta y de actividad. Se incluyen entre ellas a la cafeína, la cocaína y, sobre todo, las anfetaminas.

a).- Anfetaminas. Son estimulantes sintéticos que tienen un efecto similar a la adrenalina sobre el sistema nervioso central. Desde 1960 se ha producido un abuso de éstas, como drogas de dispensación libre para suprimir el apetito. La fenilpropanolamina, un supresor del apetito, ha sido retirado del mercado porque produce crisis de hipertensión. Las señales de alarma que fisiológicamente aparecen son pesadez en las piernas y sueño, y estas son superadas por el efecto euforizante de estas sustancias, existe, como consecuencia una menor necesidad de sueño y un aumento aparente de la actividad motora e intelectual. Los efectos negativos no tardan en manifestarse, la sensación de bienestar y de vigilia empieza a mezclarse con alteraciones del buen sentido y del juicio, aunque existe un mayor rendimiento en cuanto al trabajo el número de errores aumenta considerablemente.

En general las anfetaminas son prescritas para el tratamiento de la obesidad. Muchos pacientes obesos corren el peligro de llegar a desarrollar dependencia, la tolerancia, con el consiguiente aumento de dosis, puede darse en forma rápida. También se recurre a las anfetaminas en aquellos oficios que requieren un estado de vigilia: camioneros, personal de hoteles, enfermeras, veladores, etc.

En un principio los efectos de los estimulantes son anorexígenos, pero después de un uso prolongado suelen presentarse síntomas de ansiedad que llevan al sujeto a una mayor ingestión de alimentos. Este efecto paradójico trae como consecuencia efectos contrarios a lo esperado: el sujeto aumenta de peso en vez de disminuir.

Al constatarse los daños provocados por las anfetaminas, éstas fueron prohibidas en muchos países, pero a pesar de todo, sus derivados sintéticos, continuaron proliferando. Las anfetaminas producen un aumento en el estado de alerta y en apariencia el sujeto siente mayor rendimiento. Frecuentemente la excitación producirá un más alto nivel de errores en el estudiante y su lucidez solo será aparente.

Actualmente se utilizan, sobre todo, para anorexígenos, es decir, para disminuir el apetito. Además, pueden utilizarse en cuadros clínicos de hiperactividad en niños con daño mínimo cerebral. También están indicadas para el tratamiento de la narcolepsia, una rara enfermedad que se manifiesta por una incontrolable necesidad de dormir (15).

b).- Cocaína. La cocaína es otra de las drogas estimulantes del sistema nervioso. Es un polvo blanco extralido de las hojas de la coca, arbusto que crece en América del sur, sobre todo en las regiones andinas, así como en Indonesia. Este arbusto tiene unos tres metros y medio de altura, sus ramas son delgadas y sus hojas ovaladas de color pardo rojizo (no confundir la coca con los árboles que producen la nuez de kola, utilizada en ciertos refrescos).

Desde tiempos remotos era conocida por los Incas y se usaba con fines religiosos, esta droga estaba prohibida para el público, después de la conquista perdió sus fines religiosos y los españoles la usaron para el mayor rendimiento de los esclavos indígenas y así su mejor explotación, al reducir las sensaciones de cansancio, hambre y frío. El uso más habitual es la inhalación, aunque también puede ser inyectada directamente en las venas. El hábito de mascar coca está condicionada por factores culturales y económicos desfavorables. Su uso disminuye el apetito y produce un defecto en la nutrición del masticador habitual, y los consumidores, al padecer de una nutrición deficiente, son más vulnerables a las enfermedades. Como efectos inmediatos podemos señalar la exaltación del estado de ánimo, vigor, disminuye la fatiga y una aparente mayor lucidez intelectual. Este estado de euforia dura una hora por término medio, pero después viene el cansancio, la apatía y la angustia, lo que provoca que el sujeto recurra a nuevas dosis.

A menudo la cocaína también produce estados alucinatorios, tanto a nivel auditivo como visual y táctil, del olfato y del gusto. Los cuadros de paranoia y de ideas delirantes y persecutorias se presentan en la psicosis cocaínica. Durante estos periodos, que han sido reportados en consumidores fuertes que se inyectan la droga, pueden aparecer alucinaciones visuales de variados tipos y son frecuentes los sentimientos de persecución.

Esto es debido a que el efecto al inyectarse la droga es más rápido, sin embargo, los efectos negativos causados por intoxicación aguda pueden ser más frecuentes por esta vía, y en la sobredosis puede causar la muerte, que ocurre por la depresión del centro respiratorio y menos frecuentemente por complicaciones cardíacas (fibrilación).

La inhalación repetida puede causar erosiones en la mucosa nasal (rinitis). Algunos casos pueden presentar ulceración, e incluso degeneración del cartílago. Los sujetos que se inyectan pueden presentar hepatitis u otras complicaciones por el uso de material no esterilizado. Los efectos euforizantes de la droga son muy poderosos, algunos usuarios, sobre todo de las clases acomodadas, la consideran como parte de sus rituales, ya que modifica intensamente la efectividad provocando un sentimiento de superioridad y de fuerza. Estos sentimientos van acompañados de una reducción de la fatiga que permanece enmascarada bajo los efectos de la droga.

Existen en el tema de la cocaína diferentes teorías: Que exalta la función sexual al estimular el SNC, desbloquea la inhibición, al aumentar la autoconfianza, influye también la autosugestión, al ser vista como símbolo de la dulce vida, lo que sí parece estar claro es que el uso crónico provoca en el hombre la pérdida de la erección y eyaculación, y en la mujer produce frigidez.

La cocaína por su capacidad estimulante, facilita la conducta violenta, en personas predispuestas. Algunas veces se utiliza para despertar la confianza en sí mismos y poder cometer algún delito, a diferencia del alcohol, proporciona lucidez y suficiente control, lo que no entorpece la ejecución del acto. Por otra parte, cuando provoca

reacciones paranoides o psicóticas, el individuo puede reaccionar agresivamente al sentirse vigilado o perseguido.

En los trabajos monótonos que requieren un estado de alerta, el uso de la cocaína disminuye la fatiga por enmascaramiento. Los sujetos tienden a ser más rápidos en los cálculos y en la asociación de sus ideas, pero suelen cometer más errores. No existe evidencia clínica de que la cocaína produzca dependencia física y síndrome de abstinencia, en cambio, la dependencia psicológica es fuerte, lo que provoca un aumento en su consumo, esto provoca el fenómeno de subir y bajar. El consumidor una vez que pasa el efecto siente apatía, depresión, irritabilidad y estas sensaciones pueden durar algunos días, para evitar ésta sensación el sujeto recurre a nuevas dosis, con lo que sube su estado de ánimo (7).

Sedantes. Los sedantes son sustancias que deprimen la actividad del Sistema Nervioso Central. Son más conocidos como inductores del sueño, debido a que calman la ansiedad y su efecto sedante produce sueño como parte de su capacidad hipnótica. Los sedantes más conocidos son aquellos que se usan como píldoras para dormir y se dividen en tres principales grupos: los barbitúricos, los no barbitúricos y las benzodiazepinas.

a).- Barbitúricos: Son sustancias hipnóticas (tranquilizantes), que fueron descubiertas por Von Baeyer en 1863 el día de Santa Bárbara por lo que fueron bautizados con ese nombre, se emplea para tratar la ansiedad y el insomnio. A principios de la década de 1980, estos tranquilizantes menores eran los medicamentos más utilizados en todo el mundo. Aunque son útiles para disminuir la ansiedad y el insomnio de forma temporal, desde 1979, se considera que no son eficaces para periodos superiores a dos semanas

Estos medicamentos pueden causar la muerte. Uno de cada tres sujetos que intenta suicidarse con pastillas, utiliza barbitúricos, y en más de la mitad de los casos benzodiazepinas. Son dos los factores que llevan al individuo a la sobredosis: el primero es el intento real de suicidio, y el segundo, el estado de confusión que muchos pacientes padecen cuando toman barbitúricos y que al despertar a media noche olvidan que han ingerido las pastillas y repiten la dosis. El abuso de los barbitúricos puede llevar al estado de coma y una dosis grande puede provocar la muerte por paro respiratorio. Las intoxicaciones moderadas provocan dificultades al hablar, trastornos en el juicio y problemas de memoria. Estas sustancias poseen un potencial fuerte para provocar dependencia, tolerancia y el síndrome de abstinencia física, el cual es muy intenso y severo. Los más comunes son: el nembutal, el seconal y el amital.

b).- No barbitúricos: Los no barbitúricos más comunes que se expenden en la farmacia son: doriden, el ecuanil, la metacualona. Muchos de estos medicamentos están prohibidos a la venta sin receta médica en México, sin embargo, su empleo terapéutico lo pone al alcance de muchas personas.

Tranquilizantes: Estas drogas son sedantes y pertenecen al grupo de las benzodiazepinas y es un ansiolítico, éste es un medicamento utilizado contra la ansiedad y sus diferentes manifestaciones, como el insomnio.

El más comúnmente usado es el diazepam con sus múltiples variables y que comercialmente son conocidas como librium, valium, ativan, etc., la gente sufre de ansiedad en la vida diaria y llegan a tener problemas para dormir y tienden a utilizar los tranquilizantes, pero la mayor parte de ellos son auto administrados, de tal manera que pueden disponer de ellos con suma libertad y sin ninguna limitación. Este tipo de fármacos poseen ciertos "beneficios", ya que producen mejor efecto a menores dosis y con menos síntomas secundarios, aunque cada vez es necesaria una dosis mayor para conciliar el sueño, por lo que pueden causar dependencia física. Aunque hay una opinión general de que los tranquilizantes son menos peligrosos que los estupefacientes, no quiere decir que estén fuera de riesgo, porque los sedantes están tomando un lugar privilegiado en el consumo, ya que en la mayoría de los botiquines se encuentra una pastilla para dormir.

La comisión de estupefacientes de la OMS en 1965 declaró: "Creemos que el peligro es tan grande que no mucho ha de tardar en que el abuso de los somníferos y los tranquilizantes será más inquietante que el de los estupefacientes" (8).

Éxtasis. La metilendioximetanfetamina (MDMA) (también conocida como "éxtasis", es una droga sintética psicoactiva con propiedades alucinógenas de gran potencial emotivo y perturbador psicológico, con efectos similares a las anfetaminas. Es una droga peligrosa en extremo por sus propiedades neurotóxicas y alta adicción, afectando a diversas zonas del sistema nervioso central. Su producción se realiza en laboratorios clandestinos a partir de materias primas relativamente fáciles de conseguir. De color blanco, sin olor pero con sabor amargo, se presenta en forma de comprimidos, cápsulas o en polvo cristalino que se disuelve en líquidos, pudiendo ser bebida, ingerida o inyectada. Sus consumidores son principalmente jóvenes adultos, que buscan en ella un estimulante que los lleva a bailar durante extensos períodos de tiempo (por ello se las suele denominar "disco-drogas". Durante los años sesenta se utilizó con fines terapéuticos dado que según determinados sectores de la psiquiatría ayudaba a la comunicación y al tratamiento de neurosis fóbicas. Surgió entonces la polémica médico - legal, atribuyendo a su consumo repercusiones en la delincuencia, por lo que finalmente fue ilegalizado.

El éxtasis produce efectos síquicos de gran potencial perturbador, cuya duración fluctúa entre las 3 y las 6 horas desde su consumo. Inicialmente el sujeto experimenta sensaciones de confianza y excitación, a las que sigue un estado de hiperactividad. Los efectos del estimulante se diluyen provocando trastornos psicológicos, confusión, problemas con el sueño (pesadillas, insomnio), pérdida de memoria, deseo incontenible de consumir nuevamente drogas, depresión, violencia, ansiedad grave, psicosis y paranoia. Estos efectos se presentan incluso luego de varias semanas del consumo. También se informaron casos graves de psicosis. Entre los síntomas físicos se citan: taquicardia, anorexia, tensión y trastornos musculares similares a los presentes en la enfermedad de Parkinson, bruxismo,

náuseas, visión borrosa, nistagmus, desmayos, escalofríos y sudación excesiva, signo característico durante la intoxicación. Se ha comprobado que el aumento de la frecuencia cardíaca y la tensión arterial es causal de ataques cardíacos y otros trastornos cardiocirculatorios. Informes forenses indican que es causal de muerte súbita.

Crack. También denominado "cocaína del pobre", acarrea un grave riesgo social y sanitario, por la dependencia que provoca y los efectos nocivos que ocasiona en el organismo. Se obtiene de la maceración de hojas de coca con kerosene y compuestos sulfurados, que lavada posteriormente con ciertos elementos volátiles, se convierte en el clorhidrato de cocaína. La denominada base es un tóxico de mayor potencial nocivo que la cocaína, posee impurezas que impiden su administración endovenosa. Se ingiere por inhalación, lo que conlleva lesiones en la mucosa nasal y en el aparato digestivo. También se consume fumada en cigarrillos o pipas diseñadas al efecto.

La intoxicación por esta sustancia implica cuadros delirantes seguidos de procesos depresivos intensos. Sus consecuencias nocivas sobre el organismo son equiparables a las de las anfetaminas administradas por vía endovenosa, cambiando la personalidad, y colocándola en una adicción compulsiva. Las lesiones orgánicas son evidentes e irreversibles. Usualmente, los adictos crónicos o aquellos que llevan varios meses con ingestas de relevante cantidad y de forma continuada, sufren patologías mentales graves y crónicas como demencia o paranoia. Las lesiones en el cerebro son irreversibles (16).

Por otro lado es importante mencionar que el consumo desmedido de drogas tanto lícitas como ilícitas, puede provocar diferentes alteraciones en los órganos y sistemas del organismo, a continuación se enlistan y describen los más importantes:

- ✓ Periodontitis, bolsas periodontales y movilidad dental.
- ✓ Candidiasis.
- ✓ Herpes.
- ✓ SIDA.
- ✓ Destrucción de hueso y tejido bucal.
- ✓ Necrosis superficial de los tejidos bucales.
- ✓ Carcinoma de lengua.
- ✓ Carcinoma de membrana de mucosa bucal.
- ✓ Cáncer de piso de boca, paladar y fosa amigdalina.
- ✓ Leucoplasia.
- ✓ Estomatitis por nicotina y por irritantes.
- ✓ Carcinoma labial.
- ✓ Carcinoma verrugoso.
- ✓ Psicosis agudas.
- ✓ Daño cerebral.
- ✓ Destrucción de células nerviosas.
- ✓ Pancreatitis crónica.
- ✓ Úlceras en estómago y duodeno.

- ✓ Hepatitis crónica y alcohólica.
- ✓ Cirrosis.
- ✓ Deficiencias nutricionales (por mala alimentación).
- ✓ Tumores malignos del páncreas y el recto.
- ✓ Cáncer de Hígado.
- ✓ Angina de pecho.
- ✓ Elevación de la presión sanguínea.
- ✓ Reducción de la capacidad sanguínea.
- ✓ Cáncer pulmonar y de tracto respiratorio.
- ✓ Ulceraciones y erosiones en mucosa nasal con degeneración de cartílago.

En relación con lo anterior se describirán algunas de las enfermedades ocasionadas por el consumo de drogas lícitas e ilícitas.

Cáncer bucal: es significativamente más frecuente en personas que toman más de 200 ml. de whisky por día, se piensa que este tipo de alcohol puede tener un efecto carcinógeno sobre la membrana mucosa bucal. En 1958-59, Trieger señaló que de 108 pacientes el 44% presentaron carcinoma de lengua, y de 68 pacientes el 59% presentaron cáncer de piso de boca, paladar o fosa amigdalina también presentaban cirrosis hepática. Casi el 75% de ambos grupos eran personas que consumían mucho alcohol. En 1967 Keller confirmó en otro estudio, una asociación clara entre cirrosis hepática y consumo excesivo de alcohol, tabaquismo intenso y carcinoma de piso de boca. Wynder observó que el 33% de los pacientes varones con cáncer de boca, bebían más de $\frac{1}{4}$ de litro de whisky al día. Good considera que el alcohol puede actuar en forma ambivalente como posible agente causal, pues la disminución de la función inmunológica celular se comprueba en los alcohólicos que tienen cáncer de cabeza y cuello, pero no es evidente en alcohólicos sin dicha neoplasia. Los pacientes que conservan trozos de tabaco de mascar en la fosa canina del maxilar superior o en el pliegue gingivogeniano de la región anterior del maxilar inferior pueden mostrar zonas de color blanco en el punto de contacto entre el tabaco y los tejidos blandos. En sus primeras etapas, estas lesiones son transitorias y en general desaparecen en 10 a 15 días si se elimina su causa. Los cambios tisulares corresponden a coagulación o necrosis superficial de los tejidos, debido a las propiedades irritantes del tabaco, a los agentes que contiene, o ambas cosas. Si la situación dura mucho tiempo, pueden aparecer lesiones hiperqueratósicas(14, 11,13,17).

Leucoplasia: a mayoría de los investigadores convienen en que la etiología de las leucoplasias es variada. Algunos autores opinan que el inicio de la afección depende no solo de factores intrínsecos sino también de factores predisponentes extrínsecos. Los factores más frecuentes citados son: el tabaco, alcohol, sepsis bucal, irritación local, sífilis, deficiencia vitamínica, trastornos endócrinos, galvanismo y la radiación actínica, en el caso de leucoplasia labial. Es frecuente encontrar cambios hiperqueratósicos de la mucosa bucal. La leucoplasia bucal es la más grave de las lesiones comunes de la mucosa de la boca; también es la que recibe menos atención por parte del médico, el dentista y el enfermo. El tabaco o sus productos de combustión, constituyen factores predisponentes locales de gran importancia (18).

Por lo tanto el uso continuo de drogas que se consumen directamente por la boca o inhalan, (cocaína, crack, solventes, marihuana, tabaco, alcohol) tiene como consecuencia efectos negativos en todo el organismo y afectan directamente el aparato estomatognático por los irritantes que producen y se acumulan en sus pliegues y estructuras ocasionando estomatitis y diferentes cánceres bucales. En la mayoría de los consumidores provoca desnutrición por mala alimentación, baja de defensas, mala higiene, irritación en las estructuras de la boca por uso de solventes y por la sepsis y otras drogas, que usan los consumidores, esto nos da como consecuencia periodontitis, bolsas periodontales y movilidad dental, como consecuencia de la acumulación de los irritantes, tanto químicos como alimenticios, y en casos más graves, destrucción de tejido y hueso, también produce sequedad en zonas aéreas por absorción de la droga y por fumarla. La literatura reporta que las lesiones bucales más frecuentes que se presentan en adictos a las drogas son: carcinoma verrugoso, carcinoma labial, leucoplasia, necrosis superficial de los tejidos, carcinoma de lengua, carcinoma de la membrana de la mucosa bucal, cáncer de suelo de boca, paladar y fosa amigdalina (17).

De acuerdo a lo anterior, la leucoplasia se presenta normalmente en la mucosa bucal como placas elevadas de tamaño variable. Las lesiones lineales de la leucoplasia bucal pueden parecerse a las lesiones reticulares de líquen plano. Las lesiones circunscritas más comunes de la leucoplasia pueden parecerse a las placas de líquen plano (11).

Por otra parte, se sabe que el tabaco contiene alquitranes y sustancias carcinogénicas y su uso habitual puede hacer que zonas características de la mucosa muestren alteraciones, especialmente si la pipa, cigarro o cigarrillo es, por hábito, mantenido en el mismo lugar. La mucosa yugal puede a veces resultar afectada bilateralmente en forma lineal, adyacente al plano oclusal, por cuanto los dientes son mantenidos levemente separados durante el acto de fumar y esta zona a manera de banda queda expuesta al efecto irritante del humo que barre la misma (13).

El techo del paladar puede quedar afectado especialmente en el caso de fumadores de pipa o cigarros, produciendo una lesión característica que recibe el nombre de estomatitis por nicotina (queratosis del fumador). La superficie del paladar aparece nodular, y el epitelio es hipereurático con un punteado rojo distribuido por un fondo blanco. Existe proliferación del revestimiento de los conductos de las glándulas salivales, con metaplasia escamosa e infiltración inflamatoria crónica en el tejido conectivo circundante. Ocasionalmente los conductos aparecen bloqueados por tapones de queratina, provocando su dilatación, esto produce un aspecto nodular de la superficie palatina, estando las aperturas de los conductos inflamados representados por puntos rojos.

Es muy probable que a nivel del epitelio de la boca, el humo sea un agente cancerígeno por su efecto irritante crónico. También se produce un efecto de mal olor bucal que tiene una compleja etiología con orígenes extrínsecos e intrínsecos.

El amplio grupo de pacientes con leucoplasia estudiado por Eichenlaub estaba formado por fumadores. Lewis observó que los cambios tisulares de tipo hiperqueratósico en individuos sensibles eran directamente proporcionales a la cantidad de tabaco consumida (2).

Debido a esto, existe una incidencia mayor de carcinoma labial en fumadores de pipa, en comparación con los que fuman cigarrillos, y esto se debe probablemente a una combinación de productos químicos del tabaco, alquitranes y el calor del tabaco encendido, otras formas de tabaco son también carcinogénicas.

Por otro lado, los aspiradores de rapé y mascadores de tabaco a veces desarrollan carcinoma verrugoso de la mucosa bucal directamente adyacente al área donde es sostenida la mascada, o donde se deposita el rapé en el surco bucal.

La literatura del marco teórico nos habla de problemas diversos como; dependencia emocional y psicológica, cambios en el sistema nervioso central y periférico (psicosis aguda), daño cerebral, destrucción de células nerviosas, dependencia con destrucción de neuronas, pérdida de la memoria, angustia y pánico, paranoia pérdida de la motivación, ansiedad, delirio, alucinaciones, pancreatitis crónica, úlceras de estómago y duodeno, hepatitis crónica y alcohólica, cirrosis, deficiencias nutricionales (deficiencia de tiamina y ácido fólico), tumores malignos del páncreas y del recto, cáncer de hígado y de aparato respiratorio, problemas cardiovasculares, disminución de la frecuencia cardíaca, muerte por angina de pecho, elevación de la presión sanguínea, reducción de la capacidad sanguínea para acarrear oxígeno, depresión del centro respiratorio, fibrilación, cáncer pulmonar y de tracto respiratorio, ulceraciones y erosiones en mucosa nasal, degeneración de cartilago nasal, aumento de formación de orina, pérdida de erección en hombres y frigidez en mujeres. Muerte por intoxicación.

Halitosis: En pacientes consumidores de marihuana, solventes, crack, tabaco y alcohol, se ha encontrado movilidad dental en un 40% de las piezas dentales, con gran acumulación de calculo dental, con bolsas periodontales profundas con retracción gingival, presencia de úlceras en paladar y encía (como consecuencia de la palpable desnutrición, los solventes y el crack), halitosis, enrojecimiento e inflamación de encías y en algunas áreas presentaba tumefacción de la misma. Ésta es una evidencia que nos muestra la problemática que representa el uso de drogas, y que en casos críticos puede causar cambios en la estructura normal del aparato estomatognático dando como consecuencia, enfermedades cancerígenas (18).

Infecciones micóticas de la cavidad oral: Se tiene que considerar por su importancia a la Candidiasis oral, tomando en cuenta los factores que la predispone, y también pueden ser consecuencia de la drogadicción, además de otros factores intrínsecos y extrínsecos. Los factores asociados que se dan para la Candidiasis son:

a).- Alteraciones de la barrera de la mucosa: (Liquen plano, leucoplasia), cambios epiteliales (atrofia, trauma), alteraciones en saliva (xerostomía, Sd. Sjögren, pH, etc.), Alteraciones en la cavidad oral, (irritantes crónicos, prótesis mal ajustada mala higiene, tabaquismo, teniendo como consecuencia además mal olor bucal,).

b).- Alteraciones nutricionales: Malnutrición, mal absorción, dietas ricas en hidratos de carbono, hipovitaminosis, Deficiencia de oligoelementos (hierro, zinc, etc.).

c).- Alteraciones inmunológicas: Inmunodeficiencia primaria, Alteraciones leucocitarias, SIDA, la Candidiasis pseudomembranosa, eritematosa, estomatitis protéica, y queilitis angular asociada a Candidiasis, Inmunosupresores / corticoides

d).- Factores ambientales: Prótesis dentales defectuosas, trauma al tejido blando e inadecuada higiene de las dentaduras. Otro factor posible predisponente es el tabaco

e).- Factores locales: Los antibióticos de amplio espectro. (La administración de antibióticos sistémicos provoca una modificación del medio oral reduciendo la microbiota bacteriana normal (antagonistas microbianos), lo que facilita la proliferación fúngica).

Mal aliento: es una afección común entre la población en general, la principal causa de mal aliento es la microflora oral que produce moléculas odoríferas volátiles (incluyendo compuestos sulfurados y ácidos orgánicos entre otros). También se produce un efecto de mal olor que tiene una compleja etiología con orígenes extrínsecos e intrínsecos

a).- Las causas extrínsecas incluyen el tabaco, el alcohol y ciertas comidas como la cebolla, ajo y ciertos picantes. Las sustancias absorbidas en el sistema circulatorio pueden ser liberadas en el aire expirado del pulmón o en la saliva como compuestos odoríferos volátiles derivados de las comidas. Las causas extrínsecas del mal olor bucal son controladas mejor mediante la eliminación de la ingesta de sustancias ofensivas al olfato. b).- Las causas intrínsecas del mal aliento son en principio orales y sistémicas. En general, apenas el 10% de estos casos tienen origen sistémico; aproximadamente el 90% de estos casos son de origen intraoral.

Los depósitos en los dientes contribuyen al mal olor bucal, la enfermedad Periodontal está correlacionada con el mal olor bucal, la lengua juega el papel más importante en abrigar a los organismos que contribuyen al mal olor, ya que contiene una flora única comprendiendo especies desconocidas hasta ahora. También pueden ser responsables del mal olor las condiciones del tracto respiratorio.

Los carcinomas del tracto respiratorio superior, incluyendo la orofaringe, producen ácidos orgánicos, mientras que los carcinomas pulmonares pueden producir acetona, La enfermedad hepática, puede producir una variedad de compuestos aromáticos como el sulfuro de hidrógeno, etc. La trimetilaminuria es una rara enfermedad metabólica productora de olor con síntomas de disgeusia (perversión del sentido del gusto) y disosmia (perversión del sentido del olfato), los cuales son debidos al exceso de producción de dimetilamina. La uremia que es causada por una afección renal también produce trimetilamina junto con la dimetilamina.

En general, corresponden a un grupo de lesiones producidas por una respuesta exagerada de la mucosa bucal frente a irritantes crónicos de baja intensidad. En las

primeras etapas el irritante crónico estimula la formación de tejido de granulación, proliferación endotelial; el tejido empieza a sufrir un proceso de fibroplasia. Estas lesiones en etapas tempranas podrían involucrar, pero con el tiempo tienden a fibrosarse y eventualmente presentar focos de osificación o calcificación.

Los pacientes con diabetes mellitus no controlada pueden emitir aliento cetónico, el cual es causado por una disfunción metabólica conduciendo a la producción de acetonas y otras ketonas. tonsilitis, secreciones post-nasales (causadas por infecciones nasales, sinusitis o pólipos), anomalías craneofaciales y varios tipos de infecciones pulmonares -como los abscesos anaeróbicos pulmonares, pulmonía necrotizante y carcinomas en el tracto respiratorio (11).

Herpes: Es considerado como un problema de salud pública, tanto en su forma de aparición bucal como en la genital, cuando se trata de herpes oral, la relación se invierte en su afectación demográfica: hasta un 80% de la población es candidata a portar el VHS-1, dado que es un agente fácilmente transmisible y cuyo contagio se da principalmente en la niñez y de formas tan inocentes como cuando un bebé es besado por parientes y amigos de los padres. Regresando al herpes genital, aunque es obvio que su principal forma de contagio se da a través de la vía sexual, cabe señalar que también puede ser transmitido por la mujer a sus descendientes durante el parto.

La forma de contagio usual es el contacto de la piel de una persona infectada con otra que no lo está, con la salvedad de que el tipo 2 de la enfermedad se contrae a partir del coito. En este punto es importante señalar que la promiscuidad sexual y la adicción a alcohol y drogas, son las principales causas de infección, además de la desinformación y falta de cultura al respecto, sobre todo en la población de jóvenes que inician su vida reproductiva cada vez más temprano y sin una educación adecuada. El virus varicela-zoster lo portan las personas que en alguna etapa de su vida han padecido varicela.

En esta enfermedad las heridas de la piel sanan pero el agente infeccioso se aloja principalmente a nivel de los ganglios nerviosos, volviendo a manifestarse como herpes zoster cuando disminuyen las defensas orgánicas, ya sea por consumo de alcohol, drogas, antibióticos o aun por insolación, entre otras causas.

Por su parte, el herpes genital es producido por el VHS-2, y el principal problema que genera es la frecuencia de sus recidivas, ocasionando molestias a los pacientes pues afecta seriamente su vida sexual. (15,19).

Medicamentos: Es otro de los factores que influyen en las alteraciones bucales, ya que existen medicamentos que remedian problemas de salud en general, pero pueden afectar su boca, en particular. Por ejemplo, existen mas de 400 medicamentos que producen boca seca o xerostomía, la cual puede dañar el tejido de las encías, otras drogas causan crecimiento gingival, lo que significa que las encías se expanden y crecen sobre los dientes. Los medicamentos con azúcar como ingrediente principal, como jarabes y gotas para la tos, pueden incrementar la placa

bacteriana o hacer que ésta se adhiera más a sus dientes. Además, los medicamentos que provocan efectos depresivos, pueden hacer que las personas se hagan negligentes en cuanto a la observancia de sus hábitos de higiene oral.(20).

Entre las drogas que inducen a tener la boca seca, encontramos aquéllas que se usan para la presión alta, para aliviar el dolor, ansiedad y alergias, entre otras. Las personas con la boca seca tienen tendencia a acumular mayor placa dentobacteriana y experimentan cambios en los tejidos de las encías, lo que puede ocasionar enfermedad periodontal y caries.

Hay otros medicamentos que también pueden causar crecimiento de encías, como son los bloqueadores de canal de calcio, la fenitoína, usada para prevenir ataques, y la ciclosporina, administrada usualmente después de los trasplantes de órganos, para evitar el rechazo que a veces se produce.

Si al tomar alguno de estos medicamentos se presenta gingivitis, lo más probable es que se deteriore aún más la salud bucal. Por ello, a las personas que están usándolos, se les recomienda una higiene oral meticulosa.

Muchos medicamentos líquidos o masticables, especialmente los pediátricos, están hechos con sacarosa, glucosa o fructosa como endulzantes. Esto significa que pueden alterar la placa dentobacteriana, e incrementar el riesgo de caries y la posibilidad de una enfermedad periodontal (21).

Las investigaciones que se han realizado acerca de éste tema indican lo siguiente:

Se realizó un estudio en los Estados Unidos de Norteamérica en el cual se estima que 14.8 millones de norteamericanos de 12 años y más de edad consumían drogas ilícitas, (o sea, que habían consumido al menos una vez una droga ilícita durante el mes precedente a la entrevista). Esta cifra representa el 6,7 por ciento de la población de 12 y más años de edad.

El consumo de drogas alcanzó niveles máximos en 1979, cuando el 14,1 por ciento de la población (25 millones) era consumidor. En 1999, se estima que 14,8 millones de norteamericanos de 12 años y más de edad consumían drogas ilícitas. Esta cifra descendió notablemente entre 1979 y 1992, pasando de 25 millones a 12 millones.

Desde 1992, la cifra de consumidores actuales ha aumentado paulatinamente; ha habido cambios estadísticamente insignificantes cada año. Se estima que 3,6 millones de personas cumplan los criterios diagnósticos de la dependencia de drogas ilícitas en 1999, entre ellas, 800.000 jóvenes comprendidos entre los 12 y los 17 años (22).

Otra investigación es el que el área de prevención del uso indebido de drogas lleva a cabo por el personal de la División Prevención e Información de Colombia, nos indica que un tercio de la población estudiantil es adicta a las drogas .

Por lo cual la misma se encarga de desarrollar las siguientes tareas: - recorrer periódicamente la provincia de Santa Fe Colombia brindando mensajes de educación y toma de conciencia para los santafesinos, constituyendo uno de los más relevantes emprendimientos de esta dependencia además de otros con similares objetivos.

En nuestro país el Tecnológico de Monterrey Campus Guadalajara, esta llevando a cabo un programa que aún no arroja resultados, pero que se enfoca a dirigir a los padres en la tarea de detectar algún tipo de drogadicción en sus hijos, éste tema se relaciona con la investigación que estamos llevando a cabo, porque se aplica por medio de encuestas y tips señalados, así como también se enfoca a la creación de programas para la prevención y atención de la drogadicción en estudiantes adolescentes. En este contexto, la participación directa de los padres hace que estos tomen conciencia más profunda del problema y tengan un acercamiento directo e íntimo con sus hijos, ya que participan más en la vida de los mismos, aprenden a comunicarse con ellos, les indican el camino correcto, cuando se trata de establecer sus propias leyes, lo hace, y cuando tiene que elogiar y recompensar también (23).

Como hemos revisado en el desarrollo de la Información bibliográfica de este estudio, la drogadicción en la juventud se presenta de una manera drástica, debido a que los jóvenes se encuentran expuestos a la influencia de las drogas, ya que ésta ha invadido todos los sectores del país, Todo indica que la drogadicción se ha vuelto un problema de salud pública y provoca en los jóvenes actitudes negativas que los llevan hacia la autodestrucción, por lo que podemos decir que independientemente de los estragos físicos y psicológicos, también afecta el panorama familiar causando desestabilidad en su integridad física, económica y social.

Uno de los factores que más influye en la adicción en los jóvenes es que en el comienzo del uso de las drogas, se encuentran en una etapa en donde experimentan cambios mentales, emocionales y físicos (pubertad y adolescencia), y esto hace que el riesgo de adquirir una adicción sea muy grande, otro factor predisponente es la facilidad con que la droga se consigue, ya que ésta se vende por todas partes, otro factor nos indica que en la actualidad la mayoría de los jóvenes estudiantes no tienen necesidad de proveerse del sustento diario y esto hace que dispongan de más tiempo libre con la consecuente libertad para adquirir adicción a las drogas. Además de los factores de riesgo comentados, nos encontramos que la publicidad es uno de los mayores detonantes para adquirir una adicción debido a que constantemente bombardean la mente del usuario con propaganda de drogas lícitas.

Podemos decir que la problemática de las adicciones tiene en la mayoría de los casos su inicio dentro del contexto familiar, ya que la influencia viene desde los padres, hermanos, tíos etc., posteriormente viene la influencia de los amigos y la pareja. Todo esto se refleja en el bajo rendimiento escolar, baja asistencia a clases, cambios en su comportamiento, poca o nula atención, etc.

Por lo anterior podemos decir que la drogadicción aparte de ser un problema socioeconómico, también es un problema de salud, ya que aunque el deterioro de ésta es paulatino, puede llevar hasta la muerte. Por lo tanto podemos decir que La población estudiantil, se encuentra cada día más involucrada en la drogadicción y

éste factor impide el desarrollo académico óptimo en los jóvenes estudiantes, o lo trunca debido a los daños psicológicos y patológicos que se desarrollan por el consumo de drogas.

La importancia de ésta investigación, se basa en detectar el uso de drogas en los estudiantes e identificar a los alumnos que la consumen y de ésta manera ayudarlos, creando programas de prevención, atención profesional medico-psicológica, o rehabilitación según sea el caso, para de ésta manera apoyar a los estudiantes de la FES - Z para que puedan culminar sus estudios profesionales que normalmente se interrumpen por el consumo de drogas.

OBJETIVOS

General:

- ✓ Determinar el grado de dependencia a drogas lícitas e ilícitas en los jóvenes estudiantes de la carrera de Cirujano Dentista de la FES –Z, Periodo 2003 - 2004.

Específicos:

- ✓ Determinar la relación que tiene el género, turno con la adicción a drogas lícitas e ilícitas en alumnos de la carrera de Cirujano Dentista de la FES – Z.
- ✓ Determinar la relación que tiene por grupo etario y el año que cursan, contra la adicción a drogas lícitas e ilícitas en alumnos de la carrera de Cirujano Dentista de la FES – Z.
- ✓ Determinar el grado de información que tienen los alumnos sobre las adicciones.
- ✓ Determinar las principales influencias a que están sometidos los estudiantes de la carrera de Cirujano Dentista de la FES – Z para el consumo de drogas lícitas e ilícitas.

HIPÓTESIS

La drogadicción se ha incrementado de manera impresionante en el país, debido a un cambio social que entre otras cosas se debe principalmente a la desintegración familiar, problemas socioeconómicos, una enorme impunidad en la aplicación de la ley en materia de tráfico de drogas, además de estar afectados los valores sociales y morales. Todo esto se debe a que el país es productor de drogas, además de servir de paso al consumidor más grande de drogas del mundo que son los estados Unidos de Norte América, por lo que aseveramos que las adicciones entre los alumnos de la carrera de Cirujano Dentista van en aumento, sobre todo, se ha incrementado en las mujeres, por el cambio social en una mayor igualdad de derechos frente al hombre.

Material y Métodos

Tipo de estudio: Se realizará una investigación de tipo observacional, descriptivo, transversal y prolectivo.

Universo o Población: Se tomará una muestra aleatoria con reemplazo por estratos del 20% de los alumnos de la carrera de Cirujano Dentista, tomando en cuenta el genero, año escolar y turno.

De acuerdo a lo anterior de 342 alumnos encuestados, durante los meses de febrero-abril de 2004 se desarrolla la composición por año escolar, genero, turno y regularidad escolar como se indica a continuación:

Año que cursan	Femenino	Masculino
1er año	39	42
2º año	53	39
3er año	47	34
4º año	41	47

Año que cursan	Matutino	Vespertino
1er año	48	33
2º año	50	42
3er año	45	46
4º año	48	47

Año que cursan	Alumnos regulares	Alumnos irregulares
1er año	72	9
2º año	82	10
3er año	71	10
4º año	76	12

Variables:

Género.

Edad.

Año escolar.

Turno.

Regularidad escolar.

Nivel de adicción a drogas lícitas.

Nivel de adicción a drogas ilícitas.

Influencia que lleva a la drogadicción.

Operacionalización de variables:

Variable	Definición	Nivel de medición	Categoría
Género	Característica genotípica del individuo	Cualitativa nominal	Masculino y femenino
Edad	Característica cronológica del individuo	Cuantitativa continuo	Años cumplidos
Año escolar cursado	Avance académico del alumno.	Cuantitativa discreta	1° 2° 3° 4°
Turno escolar	Horario de asistencia a clases.	Cualitativa nominal	Matutino vesperino
Regularidad escolar	Situación académica en relación a los créditos estipulados por el plan de estudios.	Cualitativa nominal	Regular Irregular
Nivel de adicción a drogas lícitas	Promedio aritmético de los ítems que miden percepción a la adicción a drogas lícitas	Cuantitativa discreta	Numérico de 1 a 5
Nivel de adicción a drogas ilícitas	Promedio aritmético de los ítems que miden percepción a la adicción a drogas ilícitas	Cuantitativa discreta	Numérico de 1 a 5
Influencia que lleva a la drogadicción	Tipo de personas que influyen en el hábito de la drogadicción	Cualitativa nominal	Mamá Papá Mamá y Papá Hermano (s) Tío (a) Tu pareja Amigos Ninguno de ellos.

Técnicas e Instrumentos:

Por iniciativa de la Secretaría Académica, se propuso el tema al comité de titulación, una vez aceptado, se procedió a preparar el proyecto de tesis el cual se puso a consideración del citado comité, posteriormente se realizó una encuesta validada a

los alumnos de la carrera de Cirujano Dentista de la FES - Z, la cual se aplicó dentro de los salones de clase por el pasante que lleva a cabo éste proyecto, el cual nos arrojará datos sobre el grado de drogadicción en dichos alumnos. Una vez con las hojas de respuestas llenas se elaborará una base de datos, la cual se analizará en un paquete estadístico llamado SPSS, versión 11.0 donde se realizarán análisis estadísticos descriptivos, no paramétricos como Chi cuadrada, y paramétricos como son t de Student y ANOVA simple.

Validez y confiabilidad del instrumento: No. de Casos = 303.0, No. de partidas = 69

Alpha = .8489

Al realizar el análisis de fiabilidad para el instrumento se encontró que el valor de alfa de Crombach es de 0.8489, que es un valor excelente.

Alpha para parte 1 = .8177 Alpha para parte 2 = .8690

Al particionar el instrumento en dos se sigue teniendo buena confiabilidad, por lo que se asevera que existe congruencia en el instrumento.

Al realizar el análisis de cada ítem contra el instrumento el valor de corte es de 0.3 por lo que en los ítems por debajo de este límite se verá su pertinencia.

Scale	Scale Mean if Item Deleted	Corrected Variance if Item Deleted	Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
VAR1	258.7393	520.6503		.8537
VAR2	257.5248	529.1906		.8608
VAR3	256.0099	504.6456		.8532
VAR4	257.6007	514.1082		.8524
VAR5	258.1221	516.6506		.8494
VAR6	258.3729	515.4730		.8489
VAR7	255.7030	508.5274		.8551
VAR8	255.4851	497.0718		.8508
VAR9	253.4620	514.3553		.8493
VAR10	257.6700	489.6788	.4735	.8428
VAR11	258.1551	506.6547	.3623	.8461
VAR12	256.9274	489.2265	.5203	.8421
VAR13	256.9538	483.0641	.4077	.8436
VAR14	256.8713	491.0066	.4432	.8433
VAR15	257.2970	471.2691	.4353	.8432
VAR16	257.8878	496.2456	.4326	.8440
VAR17	258.2178	512.4756	.2105	.8478
VAR18	257.1650	494.6018	.4746	.8434
VAR19	257.1617	489.5863	.4115	.8437
VAR20	257.8251	493.4693	.3699	.8447
VAR21	257.0990	503.7054	.2891	.8464
VAR22	257.9934	488.1390	.3414	.8454
VAR23	256.4389	510.0550	.3459	.8468
VAR24	257.4983	507.3767	.3823	.8462
VAR25	255.5578	501.5654	.4644	.8447

VAR26	255.5083	498.3302	.4207	.8444
VAR27	255.5908	500.1896	.4278	.8447
VAR28	254.9406	488.5064	.4379	.8432
VAR29	256.3993	509.6380	.4091	.8466
VAR30	257.4290	507.3517	.4621	.8459
VAR31	255.5017	506.8800	.3292	.8464
VAR32	254.6436	495.3758	.4550	.8437
VAR33	255.4422	507.1813	.3633	.8462
VAR34	255.3465	502.4524	.3680	.8455
VAR35	256.4290	513.4113	.1852	.8480
VAR36	257.3399	514.4172	.2608	.8480
VAR37	255.3828	510.2437	.3252	.8469
VAR38	254.3960	510.6307	.2933	.8471
VAR39	255.3498	512.4467	.2884	.8475
VAR40	254.3795	508.6667	.3663	.8465
VAR41	256.4191	510.5820	.2842	.8472
VAR42	257.3861	513.4299	.2537	.8478
VAR43	255.4356	510.5778	.2799	.8473
VAR44	254.5083	502.1713	.3790	.8453
VAR45	255.5050	503.7806	.3349	.8459
VAR46	254.5710	501.8617	.3136	.8460
VAR47	256.3300	513.8973	.2982	.8478
VAR48	257.3432	511.6566	.3941	.8471
VAR49	255.4125	503.9716	.4415	.8453
VAR50	254.3828	505.1973	.4465	.8455
VAR51	255.3729	508.2611	.3987	.8463
VAR52	254.4488	502.6456	.4272	.8451
VAR53	256.3498	510.7779	.4010	.8469
VAR54	257.3333	511.8720	.4047	.8471
VAR55	255.3696	507.8298	.4087	.8462
VAR56	254.3828	505.1907	.4587	.8455
VAR57	255.3762	506.8977	.3928	.8461
VAR58	254.4851	500.6546	.3868	.8451
VAR59	258.2013	511.9494	.3719	.8481
VAR60	258.3069	513.8691	.3854	.8487
VAR61	258.1848	517.9459	.4099	.8494
VAR62	257.1683	502.4451	.3036	.8461
VAR63	257.3036	504.7287	.3592	.8467
VAR64	257.6799	500.2713	.3015	.8471
VAR65	257.5908	495.2823	.3125	.8459
VAR66	257.8515	498.3719	.3610	.8471
VAR67	257.0825	498.8905	.2902	.8463
VAR68	257.4257	500.5632	.2992	.8478
VAR69	258.9274	511.0212	.0538	.8528

Las preguntas del 1 al 9, son preguntas de índole personal, de las preguntas 17, 35, 36, 42, 43, se tendrá que revisar la redacción. Las preguntas 59, 60, 61, 63, 64, 66, 68 y 69, corresponden a opiniones sobre adicciones. El programa detecta que estas preguntas tienen poca relación con el resto de los ítems del instrumento.

Análisis de factores: Al realizar esta prueba se encontró que en la tabla de comunalidades todas las preguntas son útiles para explorar el tema.

Para la tabla de valores expandidos se encontró que de la columna de Kaiser se requieren 16 factores para explicar las respuestas del instrumento.

Matriz de componentes rotados. Método de extracción: Análisis de los principales componentes. Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser. Rotación que converge en 11 interacciones.

Al observar la tabla de la matriz de componentes rotados, que se encuentra en el anexo II, nos damos cuenta que el instrumento es consistente al organizarlos por temáticas de la pregunta.

Validación y pertinencia del instrumento: Al realizar la revisión de cada ítem se observa que las respuestas presentan un comportamiento adecuado a lo planteado en los objetivos de la investigación y en el contexto del instrumento, por lo que el instrumento es confiable, válido y pertinente.

Para poder describir la muestra estudiada y extrapolarla a la población que conforma la carrera de Cirujano Dentista se tiene lo siguiente:

Diseño Estadístico: Se realizará un diseño exploratorio, descriptivo de tipo correlacional y comparativo con análisis de Chi cuadrada, t de Student y ANOVA.

Recursos

Humanos.- Director de tesis, asesor de tesis, pasante, profesores que apoyan la encuesta.

Físicos.- cubículos Maestro Mora y Dra. Sánchez Villers, biblioteca de Campus I de la FES Z.

Materiales.- hojas, computadora, impresora, fotocopidora, lápiz, pluma, libros, revistas, fólдер, clips. Inter.

RESULTADOS

De un total de 342 alumnos de la carrera de Cirujano Dentista, el 53% (180) correspondió al sexo femenino y el restante al masculino 47% (162). (gráfica 1)

La edad de los mismos oscila entre los 18 y los 24 años y el grupo con mayor número fue el de 21 años con un 23%. (gráfica 2)

En relación al turno se encontró que el 53% fue del matutino. (gráfica 3)

Por lo que respecta al grado de estudios , se encontró que el 26% (95) se ubica en el 2º y 4º año de la carrera. (gráfica 4)

De acuerdo a la situación académica de los alumnos el 88% (301), son regulares en sus estudios. (gráfica 5)

Así mismo se encontró que el 83.9% (287) viven integrados en familia. (gráfica 6)

Al preguntarles acerca de con quien acuden cuando se les presenta algún problema el 48.5% (166 alumnos) acuden con la mamá, mientras que el 1.5% (5 alumnos) con cualquier otro familiar. (gráfica 7)

En relación a ésta pregunta también se hizo el desglose por género. (gráfica 41)

Cuando se les preguntó a cerca de que hacen en sus ratos libres el 45.6 % (156) escuchan música y el 5.3% no saben que hacer. (gráfica 8)

De igual forma a la pregunta si trabajan actualmente el 58.8% (201) indican no hacerlo, y 14.9% hacerlo ocasionalmente.(Gráfica 9)

De esta pregunta se hizo la separación por género. (gráfica 42)

Igualmente cuando se les interrogó sobre si practican algún deporte, el 51.2% (175) manifestaron no practicar ningún deporte y 19% un día a la semana. (Gráfica 10)

También el 48.4% (165) de ellos dice aburrirse fácilmente y el 18.5% ocasionalmente.(gráfica 11)De la pregunta anterior también se hizo la separación por género. (gráfica 46)

En relación a la influencia familiar para el consumo del tabaco, se encontró que el 35.7% (122) no lo consumen y el 13.2% (45) mencionan que los hermanos fuman.

En cuanto a la pregunta de a que edad los alumnos comenzaron a fumar?, el 43.9% (150) indica que fue entre los 16 y 20 años y 3.8% antes de los 10 años. El 43.7% (149) de ellos nos indica que fueron inducidos principalmente por un amigo. (gráfica 12 -14)

De la anterior pregunta se separo la misma por género (gráfica 43)

Con respecto a la adicción al alcohol el 23.4% (80) de los alumnos nos reportan que el papá consume alcohol y 12.9% que los hermanos. El promedio de edad en la que la mayor parte de los alumnos comienza a alcoholizarse, se encuentra entre los 16 y 20 años de edad, porque según la encuesta, el 50% (171) de los alumnos manifestaron comenzar a beber a esa edad y 5% antes de los 10 años. La principal influencia para el inicio del alcoholismo es propiciado por los amigos en un 45% (154). (gráfica 15 - 17)

Por otro lado en la adicción a la cocaína crack o piedra, el 6.1% (21) de los jóvenes estudiantes se encuentra entre los 16 y 20 años, y el 3% comenzó a los 10 años de edad. La influencia para el consumo de ésta droga se encuentra principalmente en la pareja y los amigos 9.6% (33) 3.5% (12) respectivamente. (gráfica 21,22)

De ésta pregunta, se separo por género también (gráfica 44)

Por otro lado con respecto al consumo de drogas ilícitas, se encontró que en el seno familiar el 1.2% (4) de las mamás se drogan. (gráfica 18)

De la pregunta anterior también se hizo la separación por género y por adicciones en general. (gráficas 45 y 48)

En cuanto a la adicción a la marihuana, el 7% (24) se inició en ésta droga entre los 16 y los 20 años, y los amigos son los principales factores para el inicio a ésta adicción en un 6.4% (22). (gráfica 19, 20)

Para la adicción a Inhalantes (solventes), el 3.2% (11) de los alumnos nos dice que se iniciaron después de los 20 años de edad. En este tipo de adicción la influencia para el consumo de ésta droga se da con la pareja en un 6.1% (21), y por un amigo en un 1.5% (5). (gráficas 23,24,)

En la adicción a sedantes, el 3.5% (12) de los adictos se encuentra entre los 16 y 20 años de edad, y el 1.2% (4) se inicia entre los 10 y los 15 años. El consumo es propiciado por la pareja en un 3.2% (11), y por los doctores 3.2% (11). (gráficas 25,26)

Por otra parte en la adicción a euforizantes, el 2.3% (8) de los alumnos, se inicia entre los 16 y 20 años de edad, y el 1.5% (5) después de los 20 años. En este tipo de adicción la influencia mayor se da con la pareja en un 2.9% (10). (gráficas 27,28)

En relación con la adicción a la heroína, el 2.9% (10) de los alumnos, declara que se comenzó a drogar entre los 16 y 20 años de edad, y el 3% (1) antes de los 10 años. la pareja como es el principal inductor a este tipo de droga, en un 4.1% (14). (Gráfica 29,30)

Por lo que respecta a la opinión de los alumnos en relación a la imagen que tienen de los consumidores de tabaco, el 46.2% (158) nos dice que está mal y un 22.2% (76) opinan que está bien. En tanto que para el consumo de bebidas alcohólicas el 45.6% (156) de los encuestados opina que está mal y el 27.5 (94) que está bien. (gráfica 31, 32)

Por otro lado y en respuesta a la pregunta a su opinión de que los alumnos consuma drogas ilícitas, el 78.1% (267) de ellos afirmaron que está mal y el 15.8% (54) no entienden la pregunta. (gráfica 33)

En relación al conocimiento que tienen los estudiantes de las drogas lícitas e ilícitas, el 57.3% (196), afirma que la adicción a cigarro o puro puede ocasionar daño al hígado. Y por lo que respecta al consumo del alcohol, el 51.5% (176) opinó que Hay daños a corazón, hígado, riñón, y pulmón. Para la adicción a la marihuana, el 29.8% (102), dijo que hay cambios en la conducta. 37.4% (128) opina que los daños originados por el consumo de cocaína, crack ó piedra causa la muerte y el 35.7% (122) que se mueren las neuronas. En cuanto al consumo de Inhalantes, el 45% (154) piensa que se mueren las neuronas y el 28.4% (97) manifiesta que produce la muerte. Y según el razonamiento de los mismos para el consumo de pastillas llamadas Roche, Reinas, Diazepam, o Rohypnol (relajantes, sedantes y depresores), el 38.6% (11.1) afirma que produce la muerte y el 18.7% (64) opina que se producen cambios en la conducta. Y por último con respecto al consumo de euforizantes y excitantes (Pastillas llamadas tachas, éxtasis o anfetaminas, el 35.1% (120) de ellos manifiestan que causan la muerte, y el 23.7% (81) nos dice que se mueren las neuronas. (gráficas 34 - 40)

Por otro lado, para dar cumplimiento a los objetivos de la investigación, se indaga si existen diferencias entre el género de los alumnos encuestados, para lo cual se usa la prueba de t de Student para los promedios aritméticos de las diversas modalidades de adicciones contra el género del alumno. Se tiene que para el valor numérico de adicciones al alcohol, la marihuana y la cocaína, existen diferencias significativas con una confiabilidad del 95%, y muestra que las alumnas presentan un mayor grado de adicciones. Al realizar las pruebas t de Student considerando los promedios aritméticos en las diversas modalidades de adicciones contra el turno que tiene el alumno, no se encontraron diferencias significativas. En las pruebas t de Student, para el valor aritmético de la adicción al alcohol con una confiabilidad del 95%, en el caso de los alumnos regulares e irregulares, existen diferencias significativas que demuestran que los alumnos irregulares, tienen mayor grado de adicciones. (tabla 1 -4)

Para continuar con el cumplimiento de los objetivos de esta investigación se realiza la prueba de la varianza (ANOVA) que en su análisis nos permite saber si existen diferencias en el grado de adicción entre los diferentes grupos etarios de los alumnos de la carrera contra el promedio aritmético de las diversas modalidades de adicciones. Se tiene que para el valor numérico de adicciones a el alcohol y al cigarro, existen diferencias significativas con una confianza del 95%, entre los grupos

etarios de los alumnos de la carrera de Odontología; en los tres casos los alumnos de 18 y 19 años son los que presentan mayor grado de adicción. (tablas 5 y 6)

También para cubrir el objetivo que busca conocer las opiniones sobre las consecuencias, prevención etc. que tiene el uso de drogas; se propone usar la prueba de Chi cuadrada que nos permite conocer si existe independencia entre las variables cualitativas.

Por lo que respecta a género del alumno, contra cuando tienes un problema acudes con?; en la tabla de Chi cuadrada de Pearson da un valor inferior a 0.05 lo que significa que no existe independencia entre lo que opinan las alumnas y los alumnos, y ambos géneros acuden principalmente con la mamá. (tabla 7)

Entre las variables género del alumno contra Actualmente trabajas; se tiene un valor inferior a 0.05 lo que significa que no existe independencia entre las alumnas y los alumnos. Lo que significa que tanto alumnos como alumnas en su mayoría no trabajan. (tabla 8)

Para las variables género del alumno contra De estas personas ¿quién fuma?; se tiene un valor superior a 0.05 lo que significa que existe independencia. Lo que significa que tanto alumnos como alumnas tiene una percepción diferente sobre las personas que ven fumando. (tabla 9)

Por lo que respecta a las variables género del alumno contra De estas personas ¿quién toma bebidas alcohólicas?; se tiene un valor superior a 0.05 por lo que existe independencia, lo que significa que tanto alumnos como alumnas tiene una percepción diferente sobre las personas que ven tomando bebidas alcohólicas. (tabla 10)

También se tiene que para las variables género del alumno contra de estas personas ¿quién se droga?; se tiene un valor superior a 0.05 por lo que existe independencia, lo que significa que tanto alumnos como alumnas tienen una percepción diferente sobre las personas que ven drogándose. (tabla 11)

Entre las variables género del alumno contra te aburres?; en Chi cuadrada de Pearson se tiene un valor inferior a 0.05 por lo que no existe independencia entre las alumnas y los alumnos. Lo que significa que tanto uno como otro tienen la misma percepción del aburrimiento. (tabla 12)

Para las variables género del alumno contra practicas algún deporte; en la tabla de Chi cuadrada de Pearson se tiene un valor inferior a 0.05 por lo que no existe independencia entre las alumnas y los alumnos. Lo que significa que tanto alumnos como alumnas tienen la misma percepción de la práctica del deporte. (tabla 13)

Discusión

El estudio sobre la adicción a drogas lícitas e ilícitas realizado en jóvenes estudiantes de la carrera de Cirujano Dentista, demostró que el rango de edad más afectado se encuentra entre los 20 y 22 años, en contraste con lo que se ha reportado en los Estados Unidos de Norteamérica y Colombia en donde el rango de edad es de 12 a 17 años, posiblemente esto se deba a que Estados Unidos está considerado el primer consumidor a nivel mundial y Colombia como el primer productor de cocaína en el mundo.

En México la drogadicción aún no alcanza las dimensiones que tienen ellos, pero está creciendo a pasos agigantados, ya que de alguna manera la droga se obtiene fácilmente y su difusión es muy fuerte, lo cual justifica esta tesis.

Aunque las investigaciones realizadas en otros países no refieren datos acerca de los factores que inducen a los adolescentes al uso de drogas lícitas e ilícitas, en éste trabajo, se encontró que un factor muy importante de inducción lo constituyen principalmente los familiares, la pareja y los amigos.

Debido a éste hecho, hay que destacar, que un alto porcentaje de los estudiantes analizados se inducen en la drogadicción a través de la familia; es decir cuando existe algún miembro de ésta que consume drogas, y esto provoca que se vaya extendiendo generación tras generación.

Cabe mencionar que la población femenina es la más afectada por la adicción a las drogas, principalmente tabaco y alcohol. Considero que se debe a que la población de la carrera es predominantemente de éste género, además de un repunte social muy fuerte en todos los aspectos que hay en las mujeres.

Finalmente podemos discutir que si bien los datos analizados en esta investigación nos indican que aunque el problema de drogadicción aún no son muy grave en los estudiantes de la carrera de Cirujano Dentista de la FES Zaragoza, va en aumento, por lo que es necesario tomar acciones que nos permitan instrumentar programas preventivos. Además de poder detectar a los estudiantes consumidores de droga lícitas e ilícitas, con el fin de darles un apoyo personalizado por parte de la carrera y del las áreas de apoyo con que cuenta la facultad. Esto repercutiría en la planeación y establecimiento de acciones metacurriculares que hoy en día constituyen un aspecto muy importante en la formación profesional y que según datos históricos no se han considerado dentro de un plan de estudios.

Por lo que considero que los resultados de ésta investigación fortalecen , tanto la dimensión curricular (de formación profesional) como la metacurricular que tiene que ver con todos los aspectos tanto de hábitos, valores y actitudes que tiene el estudiante durante su formación profesional, y que evidentemente se requiere que sean los mejores y los más positivos, ya que de ésta manera posibilitan el logro del éxito académico.

Conclusiones

La drogadicción ha alcanzado niveles alarmantes en todo el mundo. Sin que en la actualidad, se tenga un parámetro individual para cada región y esto se debe a los cambios sociales que se dan en cada una de ellas. Además de la publicidad y de la manera fácil de adquirirla, ya sea de la manera legal o en el mercado negro, la droga se ha extendido a todos los estratos sociales, por lo que la población más susceptible es la de los niños y los jóvenes, por los cambios físicos, sociales y psicológicos que se presentan en ellos. Por otra parte la población estudiantil no puede ser la excepción de ser influenciada por este tipo de cambios, por lo que en el presente trabajo, la finalidad es conocer como se comporta este peligroso fenómeno que es la adicción a las drogas.

En la Carrera de Cirujano Dentista, la población que predomina es la femenina, por lo que los encuestados en su mayoría fueron de este género. Los resultados obtenidos se inclinan un poco hacia que la mujer es más adicta que el hombre, esto tal vez se deba a que la carrera es predominantemente femenina.

- ✓ Se utilizó un instrumento que al ser analizado es válido, confiable y pertinente.
- ✓ La mayor parte de la población encuestada, no trabaja, no practica ningún deporte, Por lo que es una comunidad fácilmente expuesta a la drogadicción.
- ✓ Las estadísticas nos muestran que en relación a las drogas lícitas, la adicción al cigarro es muy alta.
- ✓ La adicción al cigarro es muy alta, ya que es una de las drogas más consumida por los alumnos y desgraciadamente que hay quien se inicia a muy temprana edad.
- ✓ De ésta misma población y por lo que respecta a la adicción al alcohol se concluye que en gran medida la adicción en el hogar, influye a que los alumnos sean consumidores crónicos, ya que tienen el ejemplo desde la niñez, debido a que los familiares fuman en una proporción importante.
- ✓ La adicción a las drogas ilícitas, también se fomenta en el hogar. Por referencia de ellos, se sabe que algunos familiares de los encuestados, son adictos a las drogas, y esto influye a que el alumno por el ejemplo recibido desde temprana edad sea consumidor de dichas drogas.
- ✓ La marihuana, cocaína, crack o piedra, se está fomentando a más temprana edad, ya que la población susceptible se encuentra desde los 10 años o tal vez antes y esto es debido a la influencia de los amigos o de la pareja, según sea el caso.
- ✓ Con relación a los solventes, son de las drogas que se obtienen más fácilmente, por lo cual está al alcance de cualquier persona u a cualquier edad,

debido a su bajo costo y su venta en todos los expendios de pinturas. Por ello la adicción normalmente empieza a muy temprana edad, siendo inducidos principalmente la pareja y/o los amigos.

✓ Los sedantes son drogas que también llegan fácilmente a manos de los estudiantes, ya sea por medio de amigos, mercado negro, y hasta por vía de los médicos en algún tratamiento, por lo que los adictos pueden llegar a drogarse desde muy temprana edad.

✓ Los euforizantes (tachas, éxtasis o anfetaminas), son las drogas de moda, ya que actualmente son las que más se venden en el mercado negro siendo también de las menos costosas y también son de las drogas ilícitas, las más consumibles por los jóvenes,

✓ Por lo que respecta a la heroína su consumo puede darse también a muy temprana edad y su consumo puede ser inducido por algún tratamiento médico o por un amigo, aunque es de las drogas más caras.

✓ Los problemas de salud que relacionan al Cirujano Dentista con las consecuencias por el consumo de drogas se basa en las alteraciones que se presentan en cavidad bucal y en sus estructuras adyacentes. Las consecuencias en el organismo en general por el consumo de drogas lícitas e ilícitas, son múltiples y variadas, hasta causar la muerte. Y por lo que respecta a las afecciones del aparato estomatognático, La principal y más preocupante enfermedad es el cáncer bucal y otras afecciones, y esto es debido a la capacidad de las drogas de alterar las funciones del organismo en general por causa de la adicción a éstas.

RECOMENDACIONES

Se propone armar programas que incluyan niveles de prevención, tales como:

- ✓ Empezar acciones de prevención en personas sanas y que no han tenido contacto con alguna droga, para concientizarlas y evitar que se conviertan en drogodependientes.
- ✓ Empezar acciones con personas que ya han tenido contacto con alguna droga, tratándose las mismas de iniciadoras o experimentadoras en el uso de sustancias. El peligro de experimentar consiste en que las drogas pueden formar parte de la vida cotidiana o pueden pasar a ser un medio para tratar de enfrentar o evitar problemas.
- ✓ En el caso de existir entre los alumnos la presencia de adictos considerados enfermos, se canalizará a instituciones especializadas.
- ✓ Realizar tareas concientizadoras en las clínicas multidisciplinarias, que es donde asisten niños, jóvenes, adultos, por lo cual resultará beneficioso para toda una población mejorándose a su vez la calidad de vida, tan anhelada y necesaria para una buena convivencia.
- ✓ Tener buena información sobre la problemática de la drogodependencia para fomentar la calidad en el aprovechamiento del tiempo libre, buena relación familiar, comunicación participativa, responsabilidad en las actividades y expectativas de vida.
- ✓ Fomentar las alternativas intelectuales y el esparcimiento, formar un club que tenga que ver con su actividad favorita, organizar un grupo de deportes o debates, hacer amistades nuevas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1).- Massún E. Prevención del Uso Indebido de Drogas. México: Trillas; 1991. P 13-40.
- 2).- Bhaskar S. N. Patología Bucal, 3ª Ed., Argentina: Ateneo; 1977. P- 280- 286.
- 3).- Fernández J. R. Guía para la Atención de Intoxicaciones por Drogas. México: S. S. A; 2000. P- 7-9.
- 4).- Campo J. Infecciones Micóticas de la Cavidad Oral, España: 2001 (Yahoo. com. mx/).
- 5).- Datos estadísticos de la División Policía de la provincia de Santa Fe. prevención e información de la drogadicción – DI.GE.DRO.P. Colombia: 2001 (Gogle. Com. Mx/).
- 6).- Natera G. La familia victima de un adicto a las drogas. Gaceta UNAM No.3616, México: 2003 (Yahoo. Com. Mx/).
- 7).- Washton M. A. La Adicción a la Cocaína. España: Paidó;1987. P-196
- 8).- Maden J. S. Alcoholismo y Fármacodependencia. 2ª Ed. México: el Manual Moderno; 1986. P-13-17-27-29-30-41-63.
- 9).- De la Garza F. Adolescencia Marginal e Inhalantes. México: Trillas; 1977. P- 89.
- 10).- De la Garza F. La Juventud y las Drogas. 2ª Ed. México: Trillas;1990. P-9-39-77-110.
- 11).- Grinspan. D.. Enfermedades de la Boca. Argentina, Mundi. 1985. P-795.
- 12).- Artículo de Revisión. "Enfermedad Periodontal y su Relación con el Tabaquismo". Practica Odontológica. 1998. México. 19 (2) 17-19
- 13).- Glickman. Periodontología Clínica. 4ª Ed. México: Interamericana; 1974. P-182.
- 14).- Ciancio G. S. Farmacología Clínica para Odontólogos. 2ª Ed. México: Manual Moderno;1987. P- 292-303.
- 15).- Las sustancias adictivas. La gracia de la democracia. 2001 (Yahoo. Com. M/x).

- 16).- Lynch A. M. Medicina Bucal. 7ª Ed. México. Interamericana. 1985 P-70-544
- 17).- Shafer G. W. Tratado de Patología Bucal. México: Interamericana; 1980 P-88-108-113-118.
- 18).- Toledo Á. J. Trinidad. Alternativa para el tratamiento del herpes. México; 2001 (Gogle. Com. Mx/).
- 19).- Spouge J. D. Patología Bucal. Argentina: Mundi; 1977. P- 400-416.
- 20).- Sormani Leticia. Tratamiento del complejo sicca. Argentina; 2002. (Gogle. Com. Mx/).
- 21) Tabaquismo. Práctica Odontológica. México, 19. (2) 17-19.
- 22).- Office of National Drug Control Police. Perfil del consumo de drogas en los Estados Unidos Estados Unidos de Norteamérica: 2001 (Yahoo. Com. Mx/)
- 23).-Tecnológico de Monterrey. Las sustancias adictivas y su consumo HTM. 2001. (Gogle.Com. Mx/).
- 24).- Namakforoosh Nagui. M. Metodología de la investigación. 2ª Ed. México: Limusa; 2001. P- 59-83.
- 25).- Tamayo y Tamayo. M. El Proceso de la Investigación Científica, 4ª Ed. México: Limusa; 1981. P- 71-140, 400,406.

ANEXOS

Anexo 1

Cuestionario

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA 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-esposo.(a)
- g) Solo.

2. Cuando tienes un problema acudes con:

- a) Mamá.
- b) Papá.

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

3. ¿Practicar 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) Sí.
- 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 (a).
- 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) Los tomo donde los 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 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 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 los 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. ¿Cuándo 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 thinner, 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 thinner, 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 o "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 o "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 o "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 o "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. ¿Cuántos 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 invitó 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) La compro con mi dinero.
- b) Me la regalan mis amigos.
- c) Robo para comprarla.
- d) Pido prestado para adquirirla.
- e) La tomo donde la encuentro, aunque no sean mía.
- f) Nunca he consumido.

59. ¿Qué opinas 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 opinaz 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 opinaz 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 marhuana 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.

69. Si conoces alguna otra droga anota su nombre y menciona las consecuencias de consumirla:

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

Tabla 1.-

Estadísticas para la prueba t de Student por género.

Independent Samples Test

		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
valor número de adicciones v10,11,16,17,23,24,29, 0,35,36,41,42,53,54	Equal variances assumed	7.549	.006	4.068	340	.000	.1250	.03072	.06453	.18538
	Equal variances not assumed			4.005	294.112	.000	.1250	.03120	.06355	.18636
opinión sobre adicciones v59 a v61	Equal variances assumed	4.039	.045	-410	340	.682	-.0243	.05920	-.14073	.09217
	Equal variances not assumed			-409	331.323	.683	-.0243	.05938	-.14108	.09252
consecuencias de las adicciones v62 a 68	Equal variances assumed	.487	.486	-.642	340	.588	-.0599	.11045	-.27712	.15737
	Equal variances not assumed			-.541	333.317	.589	-.0599	.11066	-.27755	.15780
adicción a cigarro v10,	Equal variances assumed	1.110	.293	1.077	340	.282	.0963	.08945	-.07965	.27224
	Equal variances not assumed			1.074	332.169	.284	.0963	.08968	-.08011	.27270
adicción a etanol v18,	Equal variances assumed	3.808	.052	3.678	340	.000	.2685	.07300	.12494	.41210
	Equal variances not assumed			3.696	339.915	.000	.2685	.07285	.12561	.41142
adicción a marihuana v23, 24	Equal variances assumed	24.146	.000	2.508	340	.013	.1451	.05783	.03130	.25882
	Equal variances not assumed			2.453	267.439	.015	.1451	.05915	.02661	.26152
adicción a cocaína v29 30	Equal variances assumed	45.946	.000	3.310	340	.001	.1593	.04812	.06481	.25391
	Equal variances not assumed			3.213	239.462	.001	.1593	.04956	.06162	.25689

Tabla 2

Estadísticas para la prueba t de Student para adicciones por género

Group Statistics

genero del alumno		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
valor númerico de adicciones v10,11,16,17,23,24,29,30,35,36,41,42,53,54	femenino	180	3.1016	.24018	.01790
	masculino	162	2.9766	.32522	.02555
opinión sobre adicciones v59 a v61	femenino	180	2.0148	.53182	.03964
	masculino	162	2.0391	.56268	.04421
consecuencias de las adicciones v62 a 68	femenino	180	2.7849	1.00228	.07471
	masculino	162	2.8448	1.03903	.08163
adicción a cigarro v10, 1	femenino	180	2.3833	.80892	.06014
	masculino	162	2.2870	.84663	.06652
adicción a etanol v16, 1	femenino	180	2.3056	.70193	.05232
	masculino	162	2.0370	.64161	.05041
adicción a marihuana v23, 24	femenino	180	3.3611	.40958	.03053
	masculino	162	3.2160	.64480	.05066
adicción a cocaína v29, 30	femenino	180	3.4278	.29954	.02233
	masculino	162	3.2685	.56321	.04425

Tabla 3

Estadísticas para la prueba t de Student para opinión y consecuencias de las adicciones a etanol, cigarro, marihuana y cocaína.

Independent Samples Test

		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
valor númeroico de adicciones v10,11,16,17,23,24,20,35,36,41,42,53,54	Equal variances assumed	.948	.331	1.793	340	.074	.0564	.03148	-.00549	.11836
	Equal variances not assumed			1.788	318.574	.075	.0564	.03157	-.00587	.11854
opinión sobre adicción v59 a v61	Equal variances assumed	3.644	.057	1.192	340	.234	.0708	.05942	-.04604	.18771
	Equal variances not assumed			1.157	275.977	.248	.0708	.06122	-.04968	.19135
consecuencias de las adicciones v62 a 68	Equal variances assumed	.049	.824	.574	340	.566	.0638	.11105	-.15467	.28220
	Equal variances not assumed			.572	316.627	.568	.0638	.11152	-.15565	.28317
adicción a cigarro v1	Equal variances assumed	.605	.437	1.918	340	.056	.1719	.08961	-.00437	.34816
	Equal variances not assumed			1.912	317.641	.057	.1719	.08992	-.00503	.34881
adicción a etanol v1	Equal variances assumed	.152	.697	1.499	340	.135	.1119	.07460	-.03488	.25859
	Equal variances not assumed			1.500	322.343	.135	.1119	.07458	-.03487	.25858
adicción a marihuana v23, 24	Equal variances assumed	10.049	.002	1.552	340	.122	.0907	.05848	-.02429	.20577
	Equal variances not assumed			1.497	266.239	.135	.0907	.06060	-.02857	.21005
adicción a cocaína v30	Equal variances assumed	.237	.627	-.192	340	.848	-.0094	.04916	-.10814	.08724
	Equal variances not assumed			-.196	337.298	.845	-.0094	.04833	-.10451	.08561

Tabla 4.-

Estadísticas para la prueba t de Student por alumno regular e Irregular.

Group Statistics

	alumnos regulares e irregulares	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
valor número de adicciones v10,11,16,17,23,24,29, 0,35,36,41,42,53,54	alumnos regulares	301	3.0479	.29487	.01700
	alumnos Irregulare	41	3.0017	.25127	.03924
opinión sobre adiccione v59 a v61	alumnos regulares	301	2.0155	.55155	.03179
	alumnos Irregulare	41	2.1057	.50243	.07847
consecuencias de las adicciones v62 a 68	alumnos regulares	301	2.8491	1.03214	.05949
	alumnos Irregulare	41	2.5505	.88211	.13776
adicción a cigarro v10,	alumnos regulares	301	2.3621	.83172	.04794
	alumnos Irregulare	41	2.1585	.77006	.12026
adicción a etanol v16,	alumnos regulares	301	2.2043	.68446	.04003
	alumnos Irregulare	41	1.9878	.59674	.09319
adicción a marihuana v23, 24	alumnos regulares	301	3.2924	.52527	.03028
	alumnos Irregulare	41	3.2927	.63221	.09874
adicción a cocaína v29 30	alumnos regulares	301	3.3571	.44481	.02564
	alumnos Irregulare	41	3.3171	.49694	.07761

Tabla 5.

Tabla descriptiva para la ANOVA por grupos étnicos

Descriptives

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
valor numérico de ediciones v10,11,16,17,23,24,29,30,35,36,41,42,53,54	no contesto	3	3.1190	.10911	.06299	2.8490	3.3901	3.00	3.21
	18 años	27	3.1678	.23702	.04562	3.0941	3.2816	2.71	3.50
	19 años	58	3.1158	.27284	.03583	3.0440	3.1875	2.29	3.50
	20 años	52	3.0041	.32699	.04535	2.9131	3.0952	2.00	3.50
	21 años	78	2.9890	.31882	.03608	2.9172	3.0608	1.84	3.50
	22 años	58	3.0222	.23375	.03069	2.9807	3.0838	2.43	3.50
	más de 23	66	3.0280	.28844	.03528	2.9558	3.0984	2.14	3.50
	Total	342	3.0424	.29004	.01568	3.0115	3.0732	1.84	3.50
adicción a cigarro v10, 1	no contesto	3	2.8687	.76378	.44098	.7694	4.5640	2.00	3.50
	18 años	27	2.7778	.88070	.16949	2.4284	3.1262	1.00	3.50
	19 años	58	2.5517	.78188	.10288	2.3461	2.7573	1.00	3.50
	20 años	52	2.2212	.83874	.11803	1.9882	2.4541	.50	3.50
	21 años	78	2.2179	.83195	.09420	2.0304	2.4055	.00	3.50
	22 años	58	2.1488	.81854	.10722	1.9319	2.3813	1.00	3.50
	más de 23	66	2.3561	.75838	.09335	2.1698	2.5425	1.00	3.50
	Total	342	2.3377	.82815	.04487	2.2498	2.4258	.00	3.50
adicción a etanol v10, 1	no contesto	3	2.1687	.57735	.33333	.7324	3.6009	1.50	2.50
	18 años	27	2.4074	.79707	.15340	2.0921	2.7227	1.00	3.50
	19 años	58	2.4397	.71378	.09372	2.2520	2.6273	1.50	3.50
	20 años	52	2.2115	.70950	.09839	2.0140	2.4091	.50	3.50
	21 años	78	2.0192	.64888	.07324	1.8734	2.1851	1.00	3.50
	22 años	58	2.0431	.81819	.08091	1.8811	2.2051	1.00	3.50
	más de 23	66	2.1384	.83578	.07828	1.9801	2.2927	1.00	3.50
	Total	342	2.1784	.88831	.03711	2.1054	2.2514	.50	3.50

Tabla 6

Tabla descriptiva para la ANOVA de consecuencias y opinión sobre las adicciones

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
valor númeroico de adicciones v10,11,16,17,23,24,29,30,35,36,41,42,53,54	Between Groups	1.241	6	.207	2.524	.021
	Within Groups	27.445	335	.082		
	Total	28.686	341			
opinión sobre adicciones v59 a v61	Between Groups	1.958	6	.328	1.097	.364
	Within Groups	99.694	335	.298		
	Total	101.652	341			
consecuencias de las adicciones v62 a 68	Between Groups	7.095	6	1.183	1.142	.337
	Within Groups	346.839	335	1.035		
	Total	353.934	341			
adicción a cigarro v10, 11	Between Groups	12.177	6	2.029	3.082	.006
	Within Groups	220.567	335	.658		
	Total	232.743	341			
adicción a etanol v16, 17	Between Groups	8.587	6	1.431	3.153	.005
	Within Groups	152.033	335	.454		
	Total	160.620	341			
adicción a marihuana v23, 24	Between Groups	1.182	6	.197	.676	.669
	Within Groups	97.578	335	.291		
	Total	98.760	341			
adicción a cocaína v29, 30	Between Groups	1.244	6	.207	1.021	.412
	Within Groups	88.049	335	.203		
	Total	89.293	341			

Tabla 7

Tabla de variables género del alumno contra cuando tienes un problema acudes?

Prueba de Chi cuadrada

	valores	grad. libertad	Significancia a dos colas
Chi cuadrada de Pearson	27.934 ^a	7	.000
Likelihood Ratio	30.988	7	.000
Linear-by-Linear Association	2.732	1	.098
N of Valid Cases	342		

a. 4 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .47.

Tabla 8

Tabla de variables género del alumno contra actualmente trabajas?

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9.750 ^a	3	.021
Likelihood Ratio	10.158	3	.017
Linear-by-Linear Association	.267	1	.605
N of Valid Cases	342		

a. 2 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .47.

Tabla 9

Tabla de variables género del alumno contra de estas personas quien fuma?

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8.369 ^a	7	.301
Likelihood Ratio	8.818	7	.266
Linear-by-Linear Association	.008	1	.929
N of Valid Cases	342		

a. 2 cells (12.5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .47.

Tabla 10

Tabla de variables género del alumno contra de estas personas quien toma bebidas alcohólicas

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4.545 ^a	7	.715
Likelihood Ratio	5.314	7	.622
Linear-by-Linear Association	.278	1	.598
N of Valid Cases	342		

a. 4 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .95.

tabla 11

Tabla de variables Género del alumno contra de éstas personas quién se droga

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9.739 ^a	6	.136
Likelihood Ratio	12.597	6	.050
Linear-by-Linear Association	.000	1	.990
N of Valid Cases	342		

a. 12 cells (85.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .95.

Tabla 12

Tabla de variables Género del alumno contra te aburres?

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11.375 ^a	3	.010
Likelihood Ratio	11.843	3	.008
Linear-by-Linear Association	2.904	1	.088
N of Valid Cases	341		

a. 2 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .47.

Tabla 13

Tabla de variables género del alumno contra practicas algún deporte?

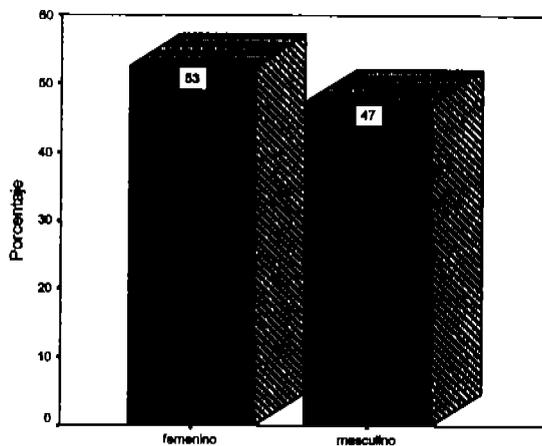
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	31.105 ^a	6	.000
Likelihood Ratio	31.660	6	.000
Linear-by-Linear Association	17.977	1	.000
N of Valid Cases	340		

a. 2 cells (14.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .95.

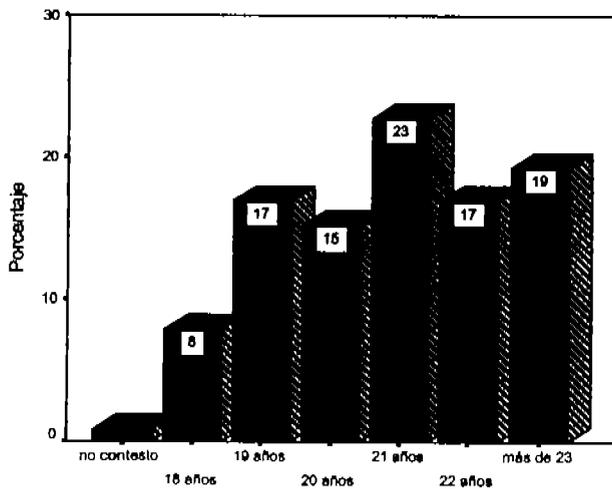
Gráfica 1

Género del alumno

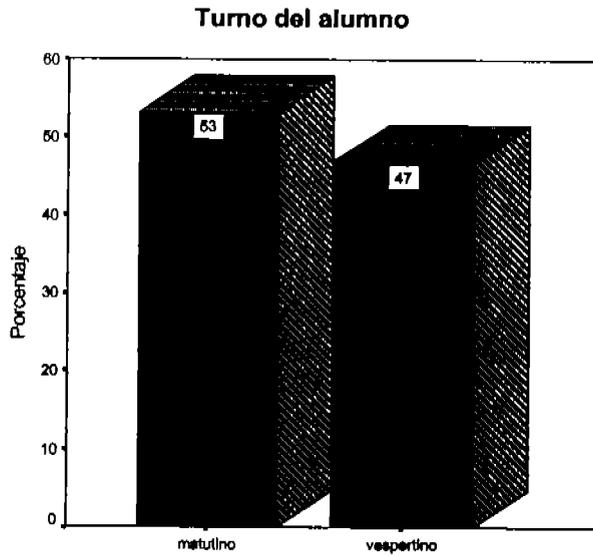


Gráfica 2

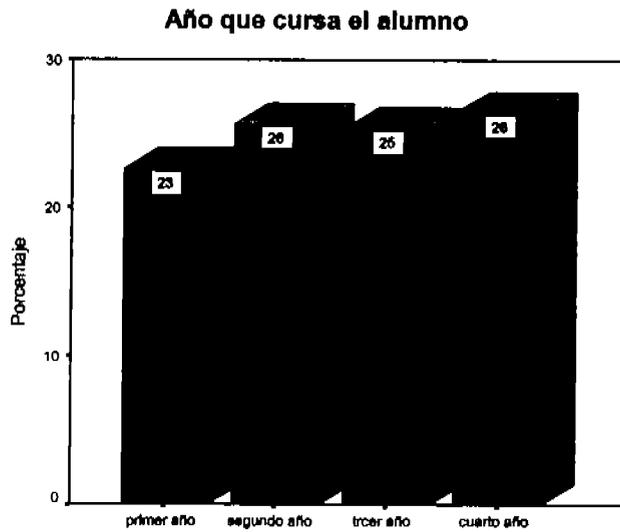
Edad del alumno



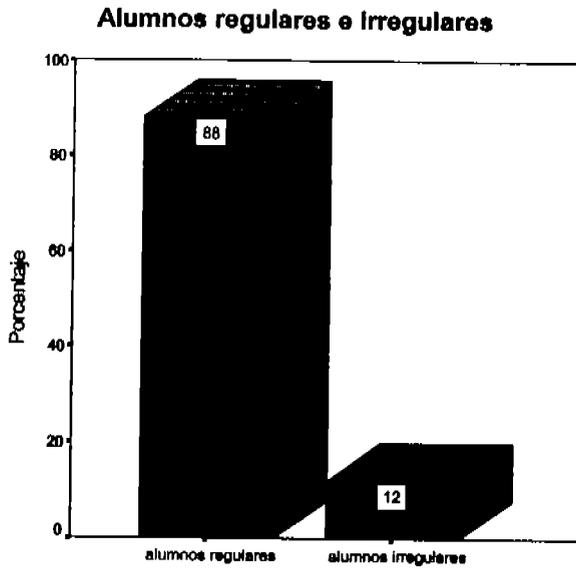
Gráfica 3



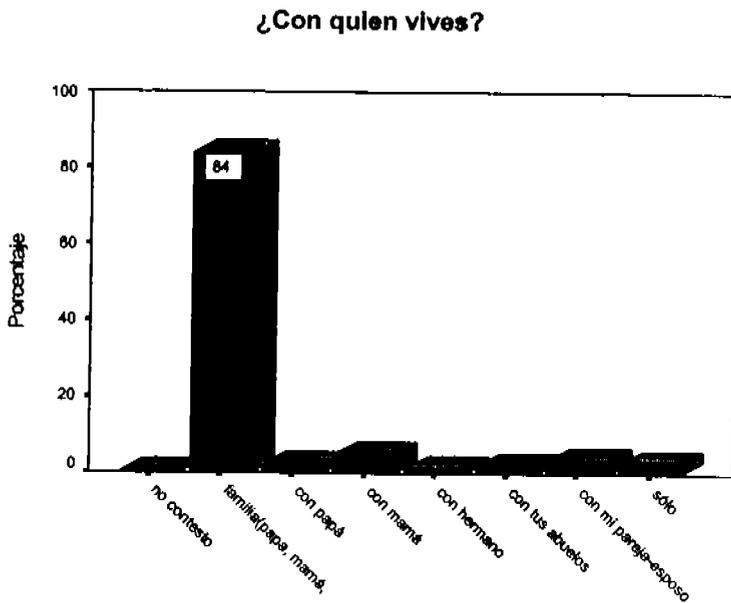
Gráfica 4



Gráfica 5

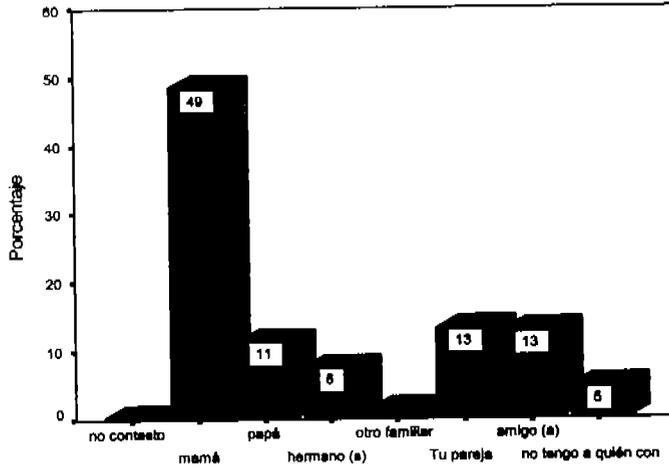


Gráfica 6



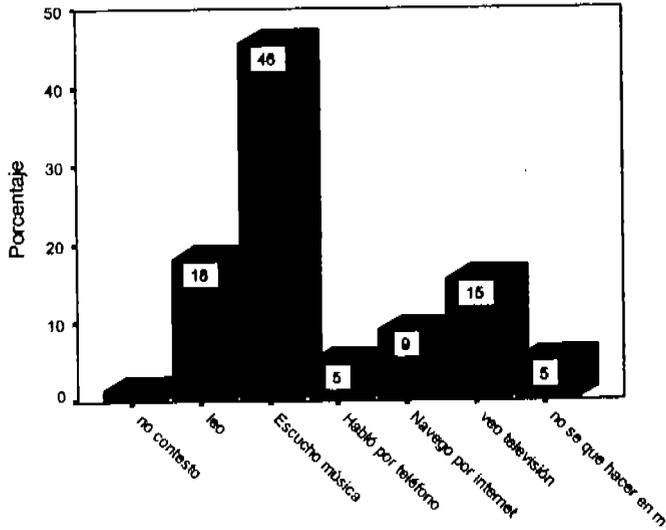
Gráfica 7

¿Cuándo tienes un problema acudes con?

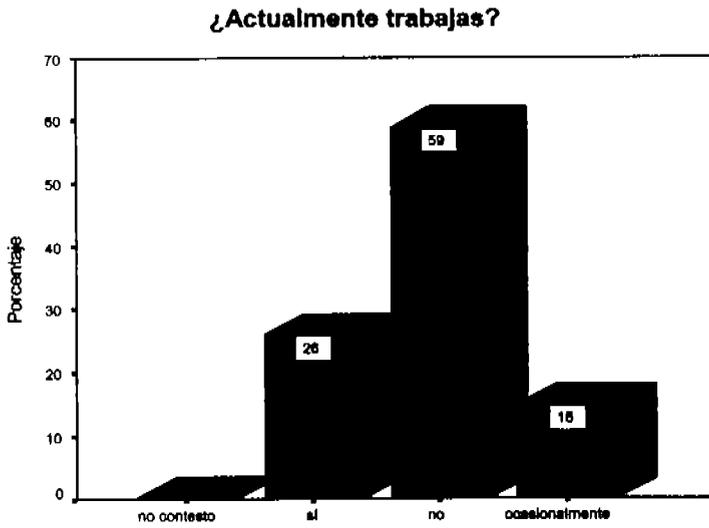


Gráfica 8

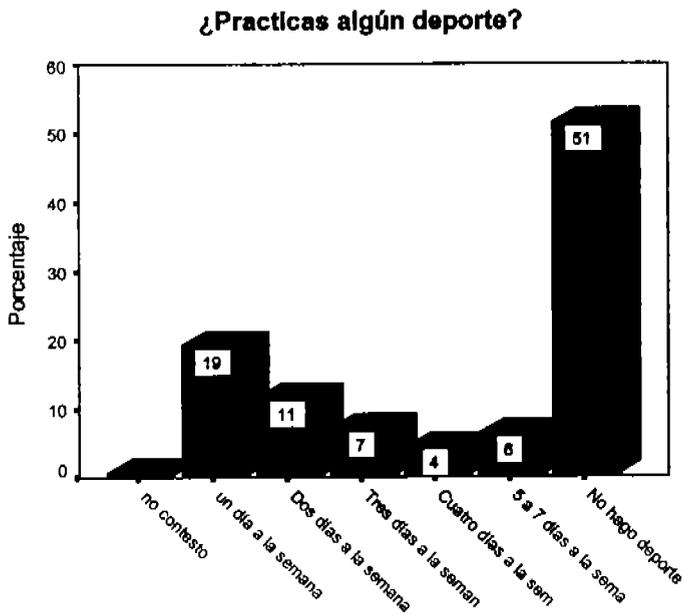
¿Que haces en tus ratos libres?



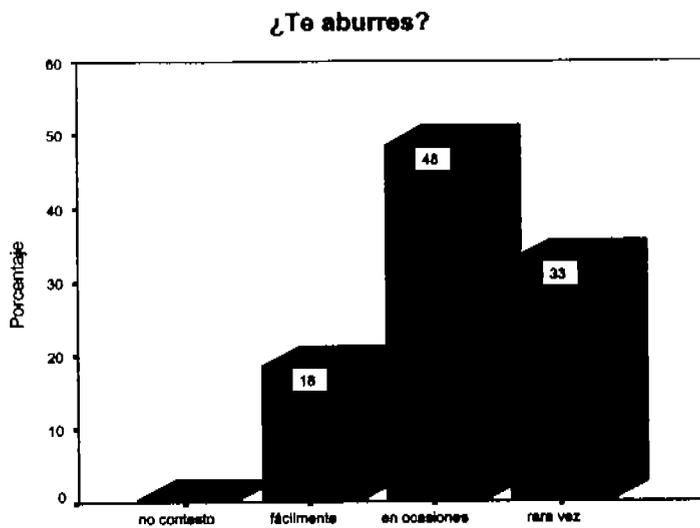
Gráfica 9



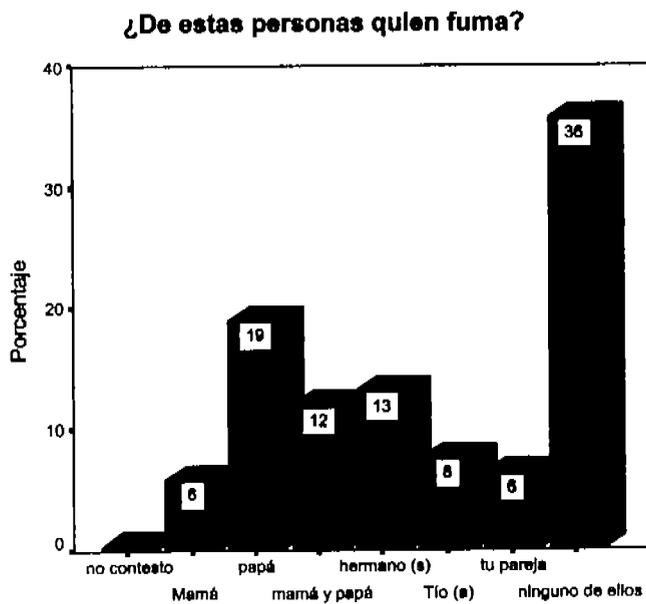
Gráfica 10



Gráfica 11

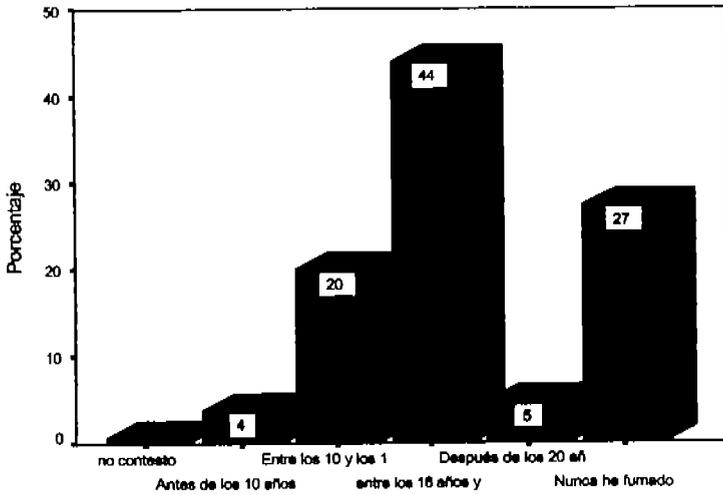


Gráfica 12



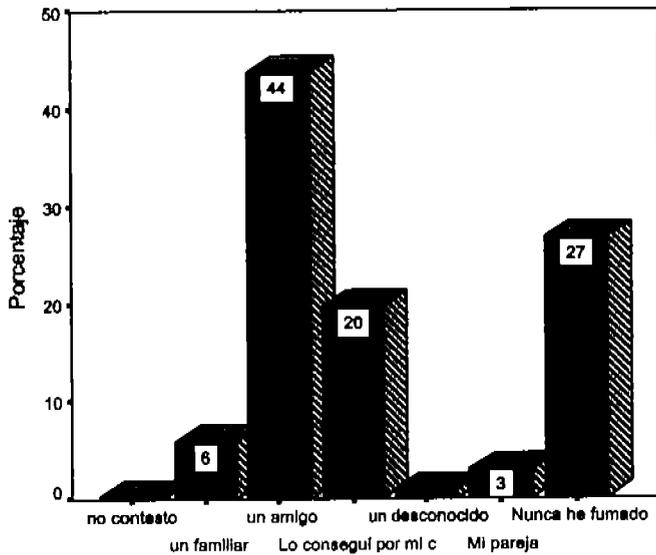
Gráfica 13

¿Cuántos años tenías cuando fumaste tu primer cigarrillo?



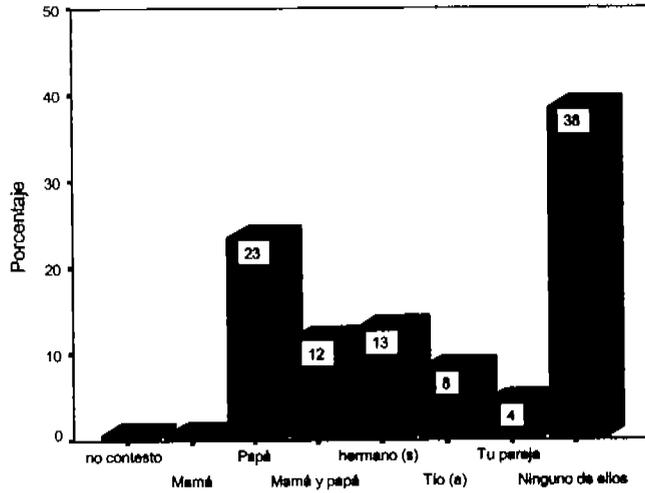
Gráfica 14

¿Quién te invitó tu primer cigarrillo?



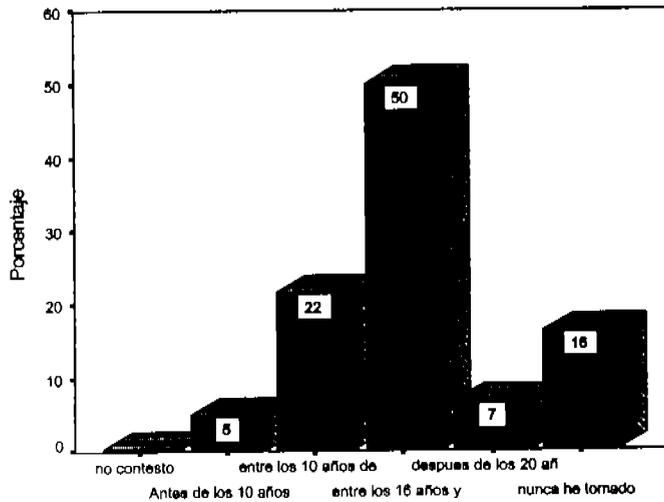
Gráfica 15

¿De estas personas quien toma bebidas alcohólicas?

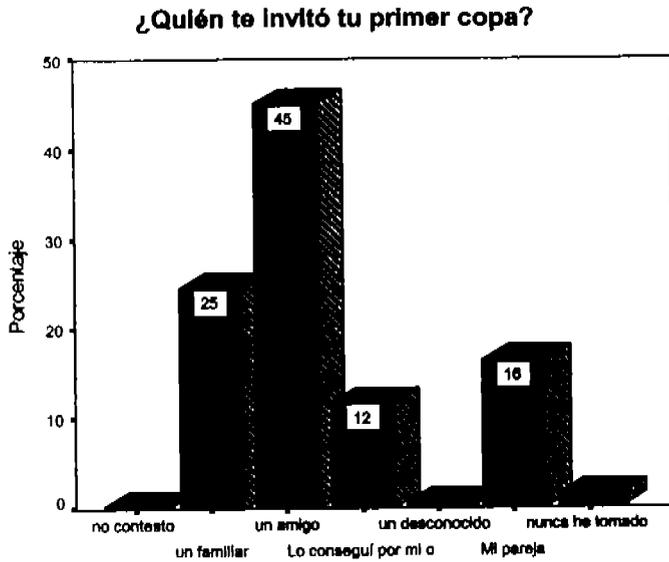


Gráfica 16

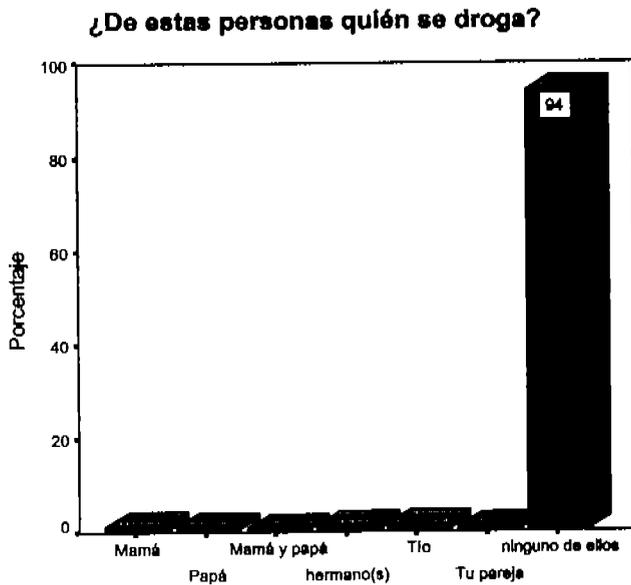
¿Cuántos años tenías cuando bebiste tu primer copa?



Gráfica 17

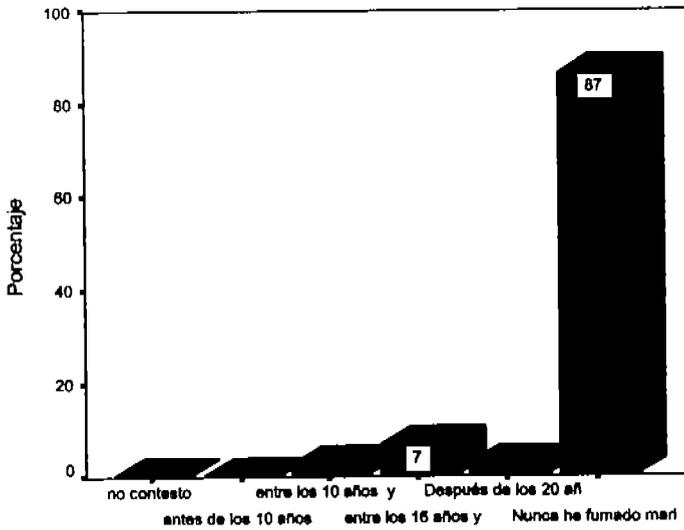


Gráfica 18



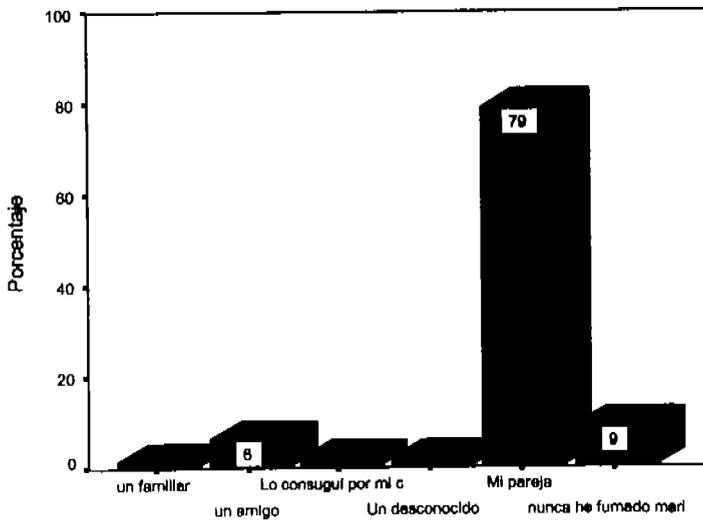
Gráfica 19

¿Cuántos años tenías cuando fumaste por primera vez marihuana?



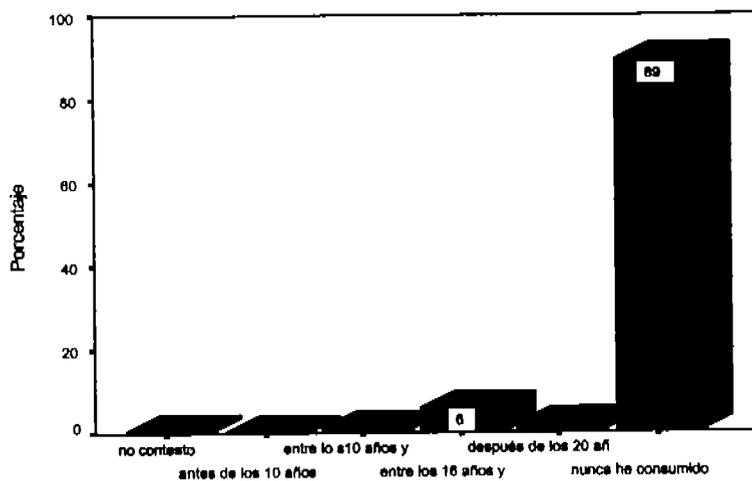
Gráfica 20

¿Quién te invito tu primer cigarro o churro de marihuana?



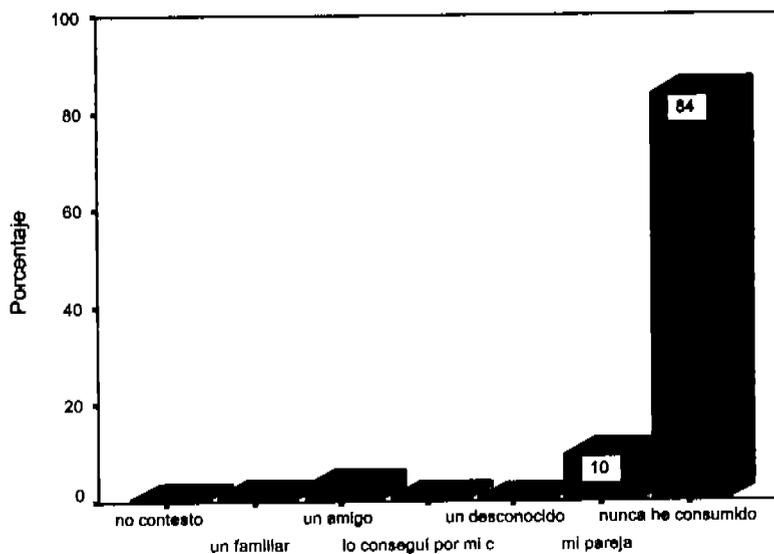
Gráfica 21

¿Qué edad tenías cuando probaste cocaína crack o piedra?



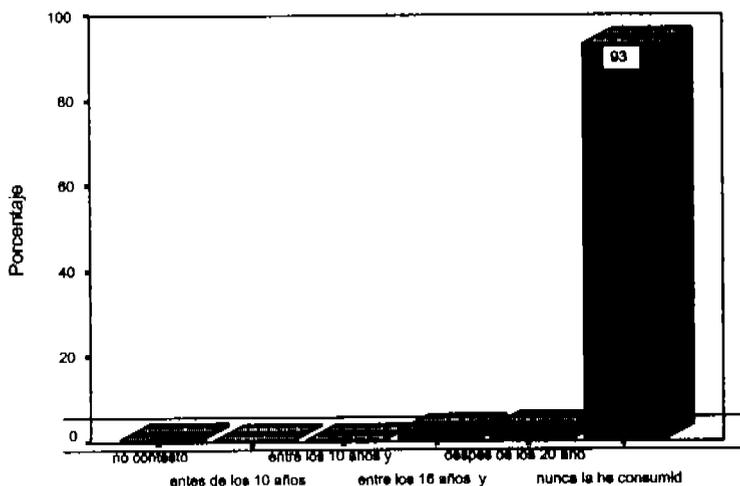
Gráfica 22

¿Quién te invitó por primera vez cocaína crack o piedra?



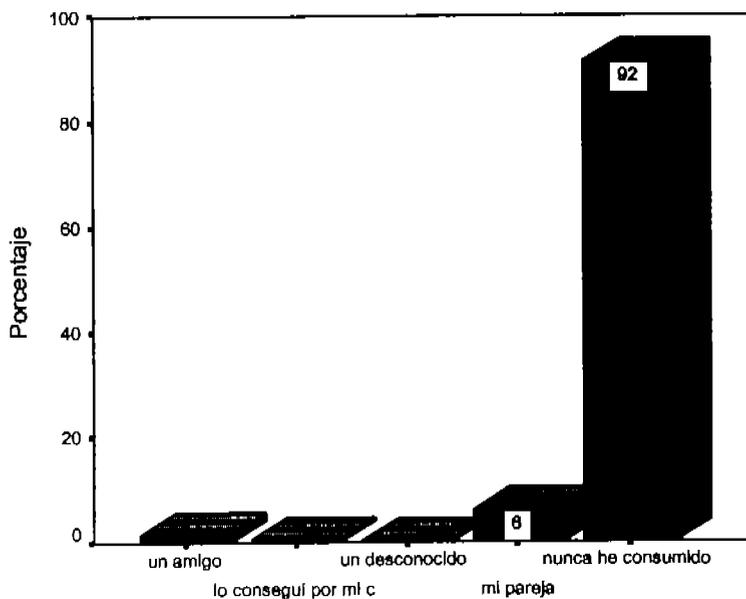
Gráfica 23

¿Cuántos años tenías cuando probaste thinner, resistol, ácido, cemento o mona?



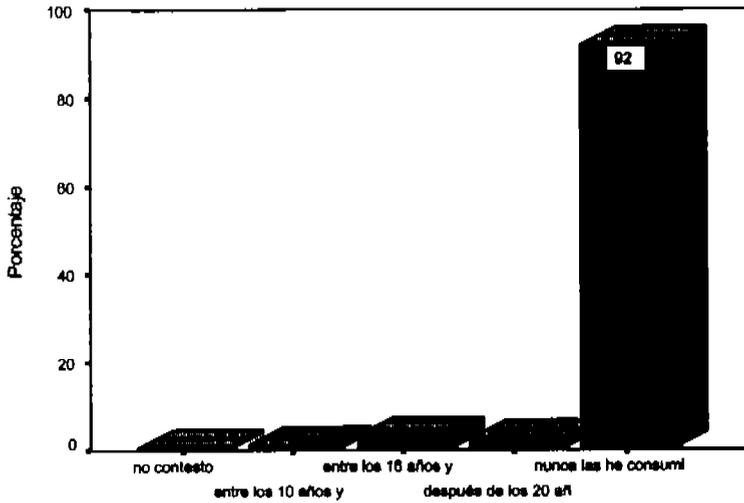
Gráfica 24

¿Quién te invitó por primera vez thinner, resistol, ácido, cemento o mona?



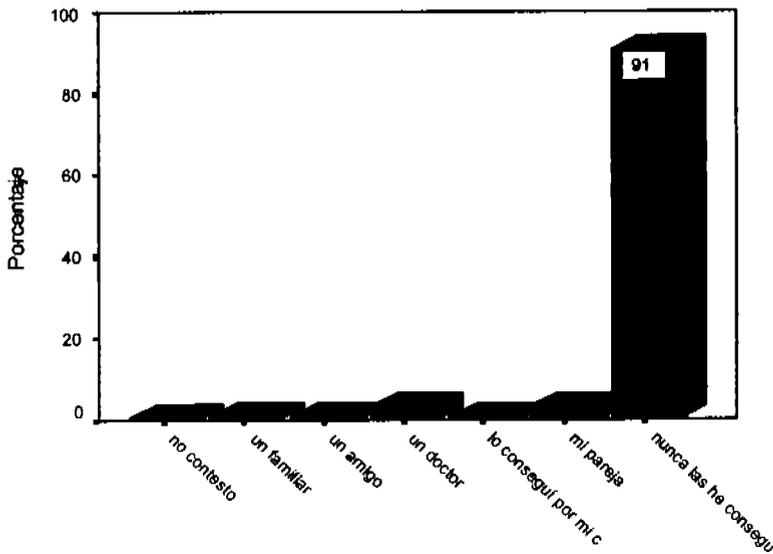
Gráfica 25

¿Cuántos años tenías cuando probaste por primera vez pastillas llamadas Roche, Reina o Dlacepam?



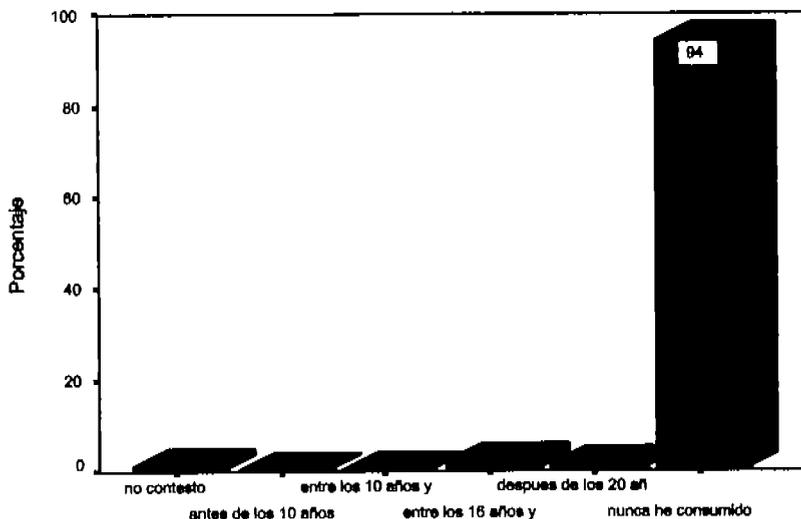
Gráfica 26

¿Quién te invitó por primera vez, las pastillas llamadas Roche Reina o Dlacepam?



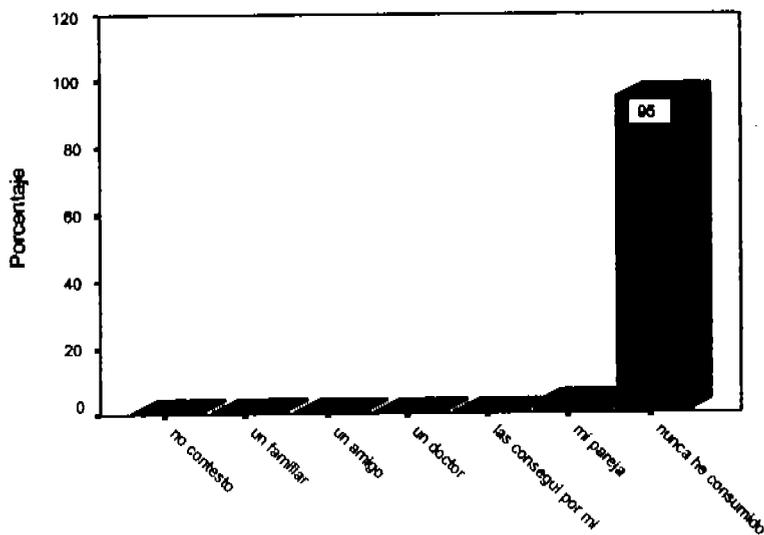
Gráfica 27

¿Cuántos años tenías cuando probaste por primera vez pastillas llamadas tachas o éxtasis?



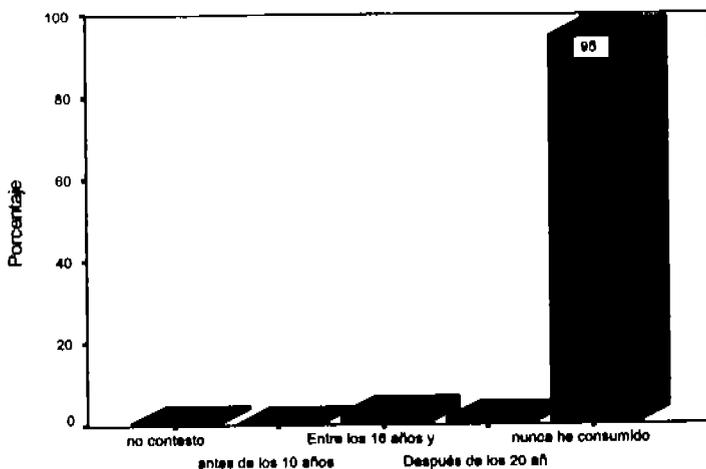
Gráfica 28

¿Quién te invitó por primera vez las pastillas llamadas tachas o éxtasis?



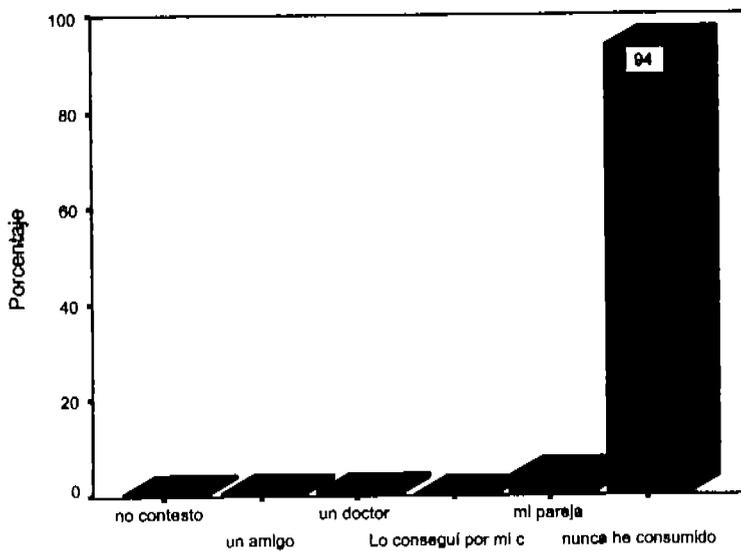
Gráfica 29

¿Cuántos años tenías cuando probaste por primera vez heroína?



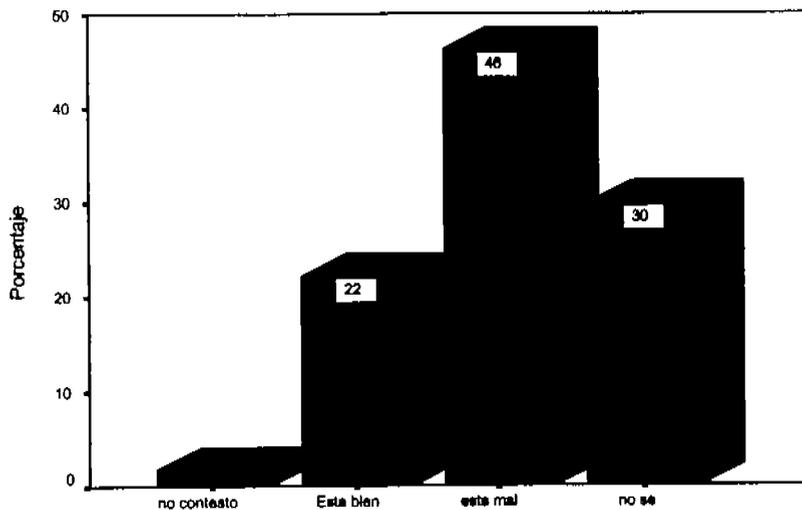
Gráfica 30

¿Quién te invitó por primera vez heroína?



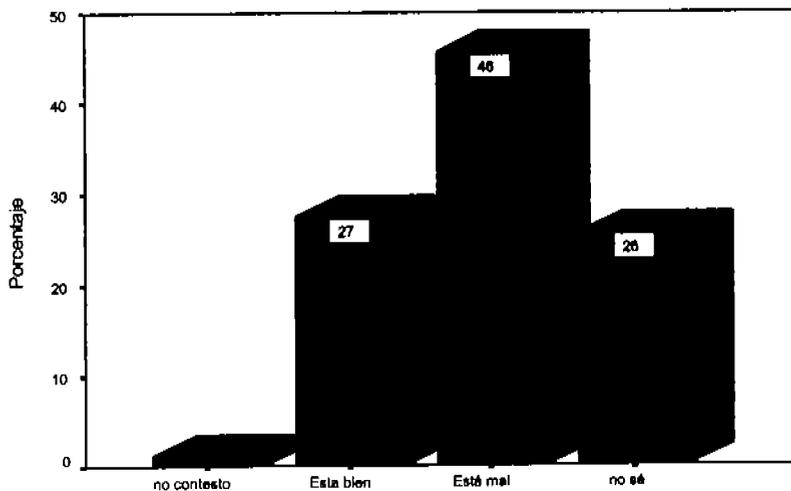
Gráfica 31

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



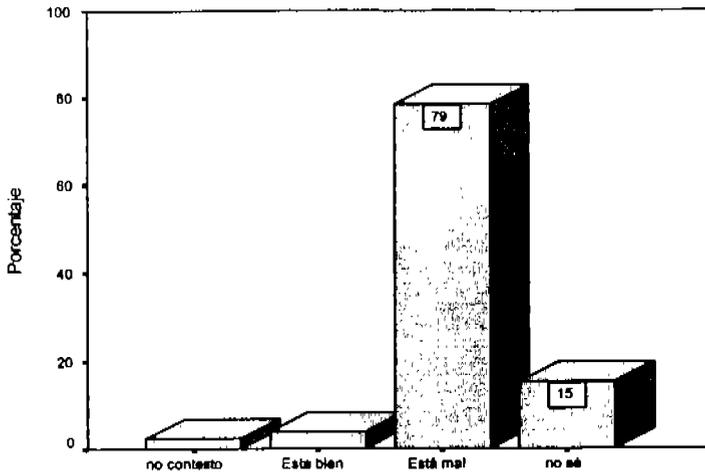
Gráfica 32

¿Qué opinas de los jóvenes de tu edad que consumen bebidas alcohólicas?



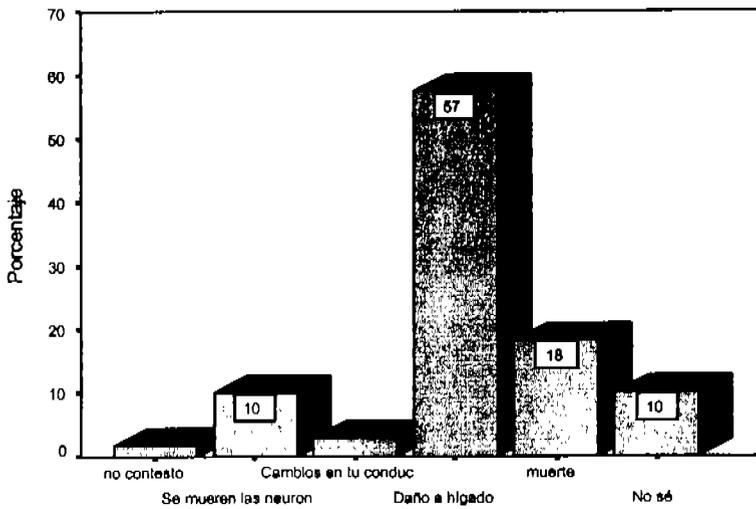
Gráfica 33

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



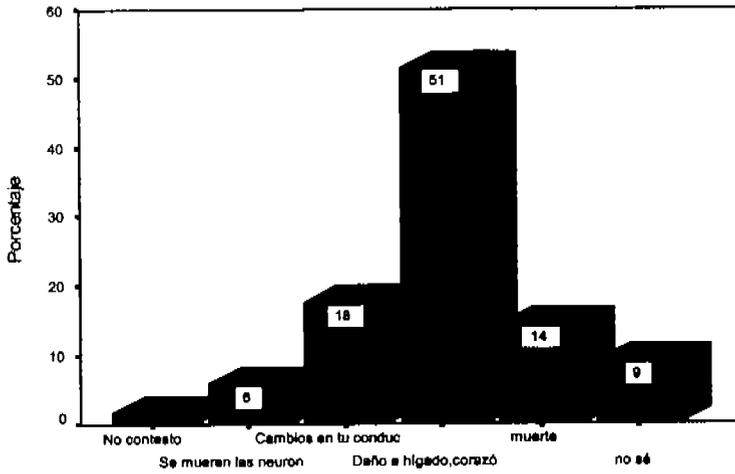
Gráfica 34

Las consecuencias de fumar cigarro o puro ¿pueden ser?



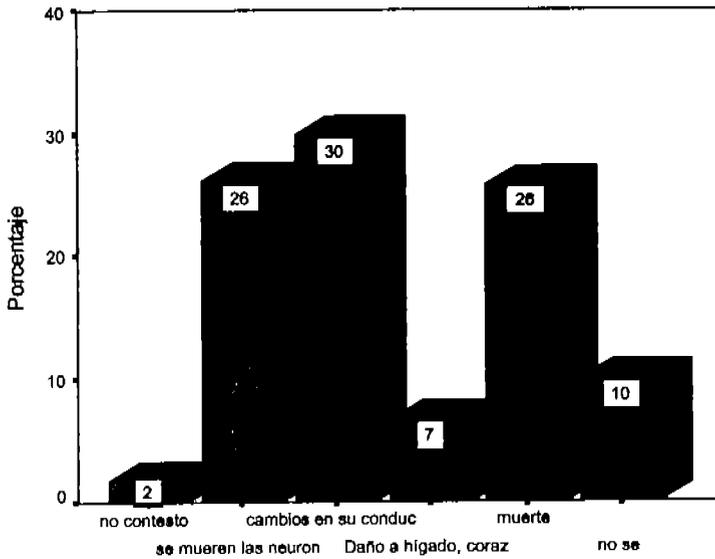
Gráfica 35

Las consecuencias de tomar bebidas alcohólicas ¿pueden ser?



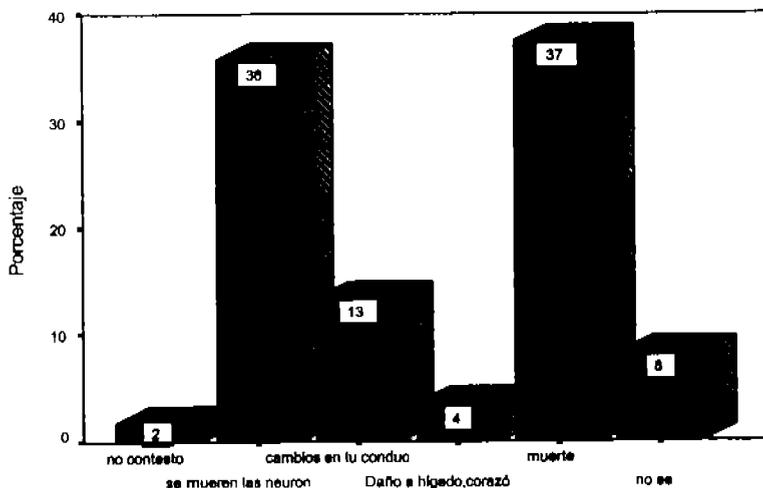
Gráfica 36

Las consecuencias de consumir marihuana ¿pueden ser?



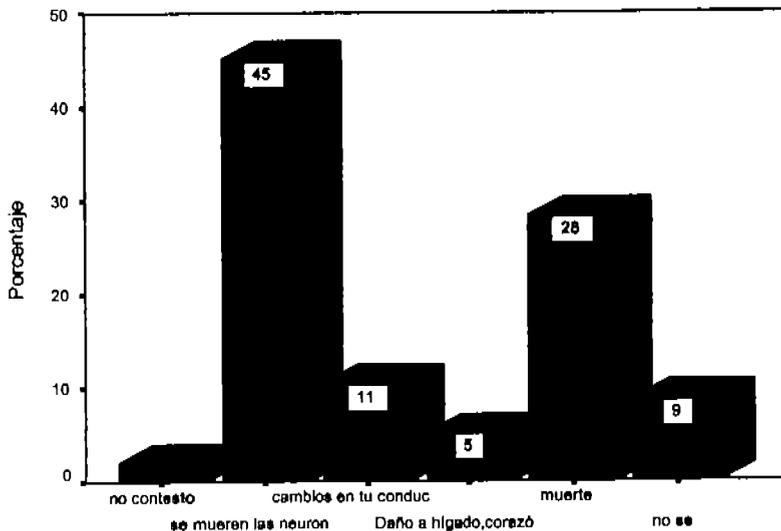
Gráfica 37

Las consecuencias de consumir cocaína crack o piedra ¿pueden ser?



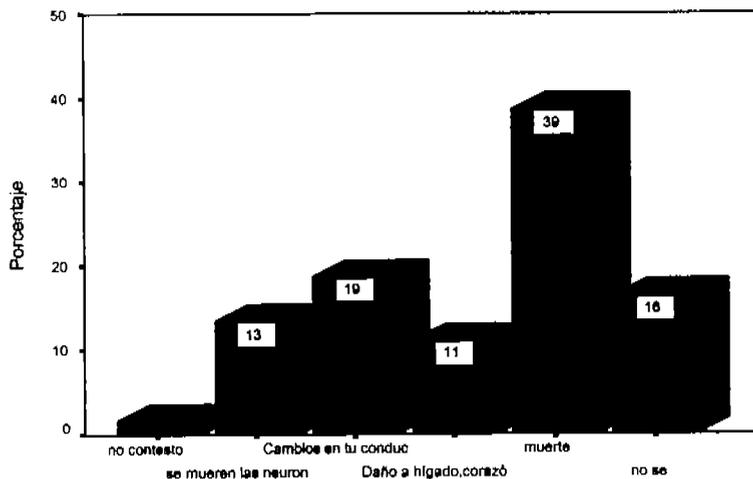
Gráfica 38

Las consecuencias por consumir thinner, resistol, ácido o mona ¿pueden ser?



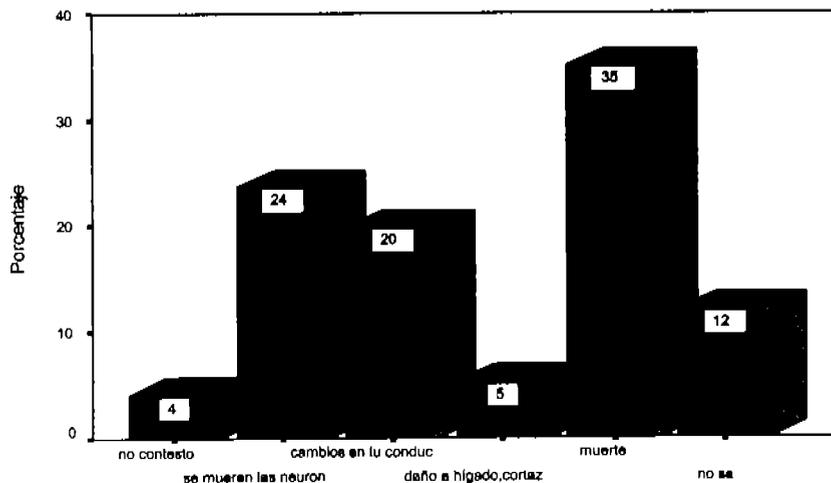
Gráfica 39

Las consecuencias por consumir pastillas llamadas Roche, Reinas o Diacepan, ¿pueden ser?



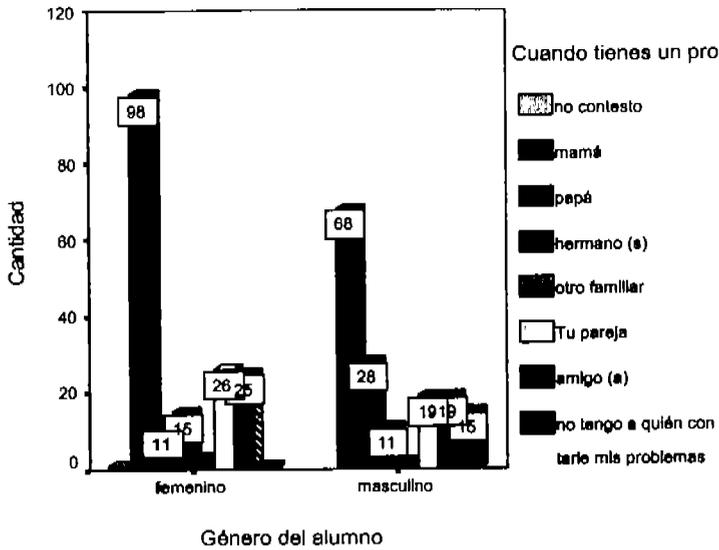
Gráfica 40

Las consecuencias de consumir pastillas llamadas tachas, éxtasis o rophinol, ¿pueden ser?



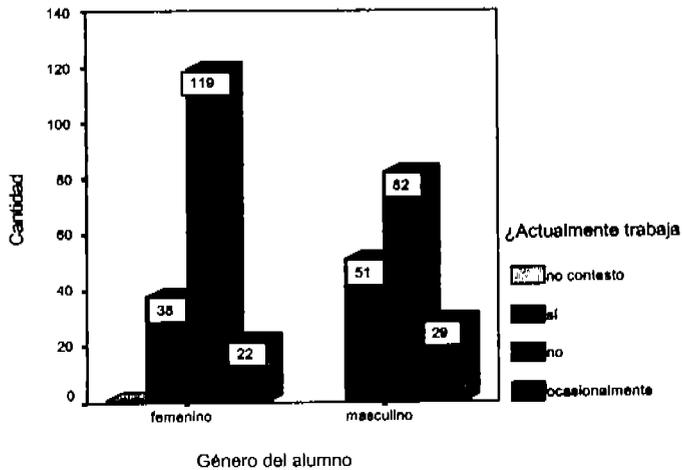
Gráfica 41

Género del alumno contra ¿cuando tienes un problema acudes?



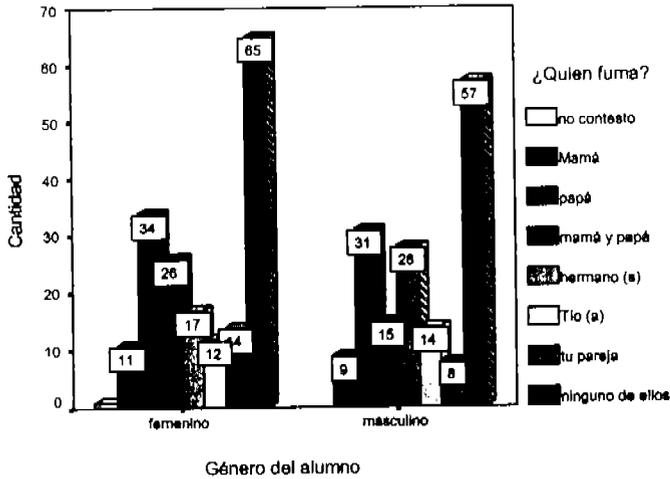
Gráfica 42

Género del alumno contra ¿actualmente trabajas?



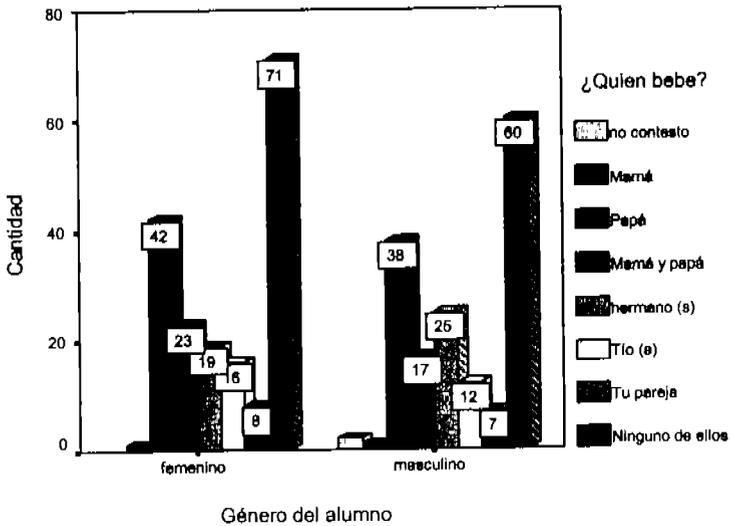
Grafica 43

Genero del alumno contra ¿de estas personas quien fuma?



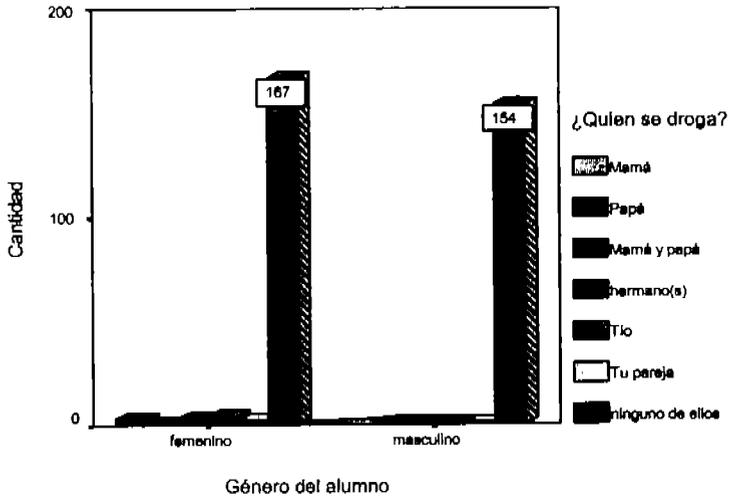
Gráfica 44

Genero del alumno contra ¿de estas personas quien bebe?



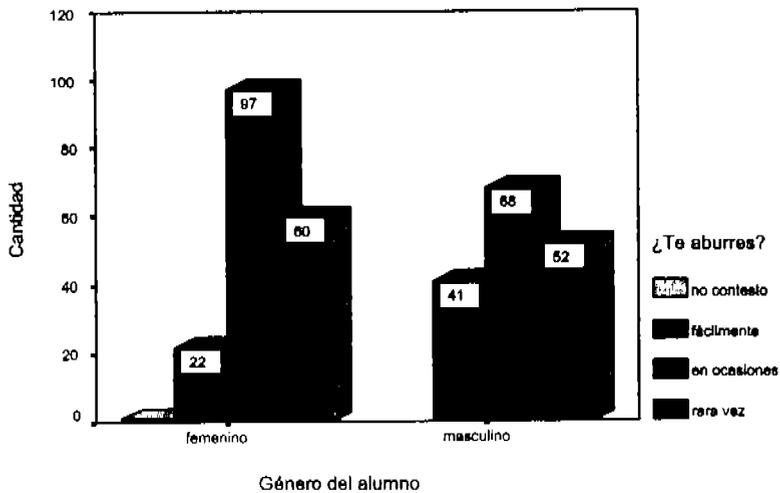
Grafica 45

Género del alumno contra ¿de estas personas quien se droga?



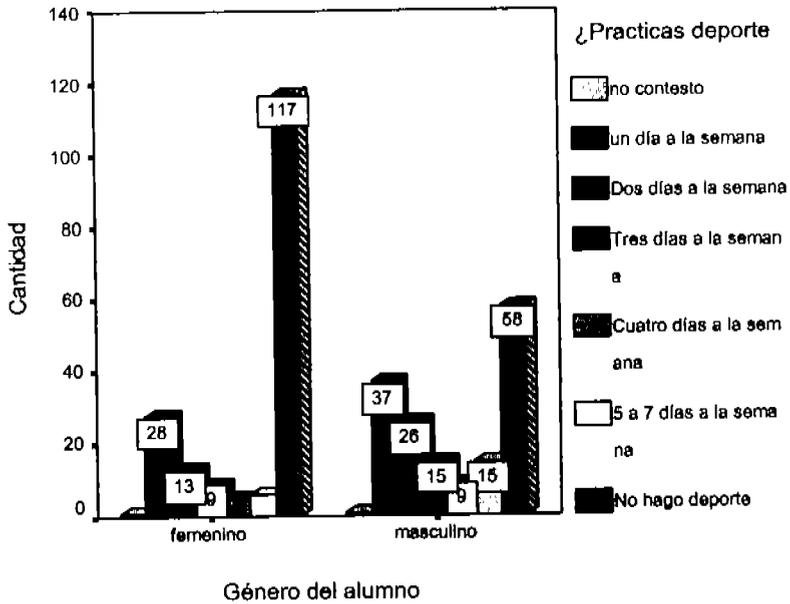
Gráfica 46

Género del alumno contra ¿te aburres?



Gráfica 47

Género del alumno contra ¿prácticas algún deporte?



Gráfica 48

Total de adicciones a drogas lícitas e ilícitas

