



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MÉXICO.**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
IZTACALA.**

**FACTORES DE INCIDENCIA Y PREVALENCIA  
RESPECTO AL USO Y ABUSO DE SUSTANCIAS  
TÓXICAS EN ESTUDIANTES DE BACHILLERATO  
DEL PLANTEL FUNDACIÓN AZTECA.**

**TESIS EMPIRICA**

PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA.

AUTORES:

**ALEJANDRO LÓPEZ JAVIER.  
IVONNE VALDEZ CERVANTES.**

COMISIÓN DICTAMINADORA:

**MTRA. MARÍA ROSARIO ESPINOSA SALCIDO.  
LIC. CARMEN SUSANA GONZÁLEZ MONTOYA.  
LIC. JOSÉ ESTEBAN VAQUERO CÁZARES.**



TLALNEPANTLA, EDO. MÉX.

2004.



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.

## AGRADECIMIENTOS.

Cada belleza y cada grandeza de este mundo es creada por una sola emoción, o por un sólo pensamiento en el interior del hombre.

Cada cosa que vemos hoy fue, antes de aparecer, un pensamiento en la mente del hombre.

Las revoluciones que han derramado tanta sangre y han transformado las mentes humanas para orientarlas hacia la libertad, fueron la idea de un hombre.

Las supremas enseñanzas que han cambiado el destino de la humanidad fueron, inicialmente, la idea de un hombre.

Un solo pensamiento acudirá en la noche a la mente del hombre, y ese pensamiento puede elevarlo hasta la gloria o llevarlo a la locura.

En la actualidad hasta el mismo hombre piensa que estudiar psicología es una locura.

Al comentar que estudiaría psicología me llamaron loco, aun así tome el reto; no puedo olvidar que en el camino encontré grandes obstáculos pero con la ayuda de mis padres, mis hermanos y amigos logré superarlos.

Todos aquellos profesores que pasaron por mi vida han dejado huella en mi pensamiento.

Finalmente ahora que logro una meta más, me doy cuenta que es el principio de un camino largo, pero lleno de satisfacción en pro de la salud mental del hombre.

A todos aquellos que contribuyeron a favor de mi educación, y en especial a la memoria de mi padre y por el cariño y esfuerzo de mi madre.

A ti Marthita.

GRACIAS.

ALEJANDRO.

A mi padre celestial.  
Por darme la vida y ayudarme a tener fe.

A la memoria de mi papá.  
Por ser fuente de inspiración, amor y fortaleza que orienta gran parte de mi existencia.

A mi mamá.  
Gracias por la dedicación, esfuerzo y cariño que me ha brindado en el transcurso de toda mi vida y que hacen posible la culminación de una meta más.

A mis hermanos.  
Quienes siempre me otorgan su apoyo, comprensión y afecto, pero en especial a quien siempre me acompaña en los momentos difíciles de mi vida: Eréndira.

A mi tía Estela.  
Que siempre me ha alentado.

A Israel.  
Gracias por todo el amor, la confianza y ayuda incondicional brindada todo este tiempo.

A mis amigos.  
Laura, Vicky, Martha, Conchita, Lilí y Lorena gracias por su amistad sincera, y de manera especial a mi amigo Alejandro por su comprensión y apoyo.

A los asesores de tesis.  
Un agradecimiento muy especial por haber contribuido a la realización de este trabajo mediante su acertada asesoría y dedicación.

A todos mis profesores.  
Por su apreciable orientación y trabajo.

IVONNE.





# ÍNDICE TEMÁTICO.

Resumen.	3
Introducción.	4
Capitulo 1. El Adolescente.	
1.1. Definición.	6
1.2. Características de la adolescencia.	
1.2.1. Características físicas.	7
1.2.2. Características Familiares.	9
1.2.3. Características psicosociales.	18
Capitulo 2. La Droga.	
2.1. Definición.	32
2.2. Antecedentes en México.	34
2.2.1. Estudios poblacionales.	35
2.3. Los jóvenes y el consumo de drogas.	56
2.4. Clasificación.	60
2.4.1. Grandes Estimulantes.	65
2.4.2. Pequeños Estimulantes.	77
2.4.3. Distorcionadoras o creadoras de realidades psíquicas.	83
2.4.4. Derivados del cáñamo.	89
2.4.5. Depresoras.	94
Capitulo 3. Promoción de la Salud.	
3.1. Antecedentes.	112
3.2. Definición	119
3.3. Objetivos de Promoción de la Salud.	121
3.4. Características.	124
3.5. Promoción de la Salud, adolescencia y adicciones.	129
Capitulo 4. Investigación de campo.	
4.1. Objetivo general.	139
4.2. Objetivos específicos.	139
4.3. Método.	139
4.3.1. Sujetos.	139
4.3.2. Escenario.	140
4.3.3. Instrumento	140
4.3.4. Materiales.	140
4.3.5. Procedimiento.	141
4.3.6. Resultados.	141
4.3.7. Análisis de resultados.	158
Capitulo 5. Acciones de intervención basadas en Promoción de la Salud.	

5.1. Área Familiar.	160
5.2. Área Escolar.	162
5.3. Área Comunitaria.	164
Conclusiones	167
Bibliografía.	169
Anexos.	

## **RESUMEN.**

La adolescencia es una etapa del ser humano en la que es demasiado vulnerable debido a los cambios físicos y psicológicos, además de la influencia del ambiente familiar, las condiciones económicas, la escuela, los amigos y la sociedad que le rodea. Cuando el ambiente se torna como obstáculo para el desarrollo se pueden desencadenar problemas como la delincuencia y el uso y abuso de drogas.

El aumento de la magnitud del problema del consumo de drogas en nuestro país, despierta el interés por conocer los factores que facilitan su uso y con ello implementar acciones que eviten usarlas. Es así, que al detectar que los alumnos de bachillerato del plantel Fundación Azteca son calificados como de excelencia debido a su estricto control académico, se investigó por medio de la aplicación de un cuestionario si estaban exentos del deterioro familiar y social que presenta la sociedad en general.

Los resultados encontrados nos señalan que los muchachos viven como el resto de sus iguales fuera de la escuela, lo que quiere decir, que toman alcohol, fuman y consumen drogas; los factores que desencadenan que los jóvenes hagan uso de las diferentes sustancias son principalmente: la influencia del ambiente familiar desfavorable, el que algún amigo use drogas y el nivel socioeconómico en que se desenvuelve.

Se propone implementar programas de Promoción de la Salud que permitan el desarrollo de habilidades como la toma de decisiones en favor de hábitos saludables de vida. Para la construcción de una sociedad que se haga responsable de su cuerpo y de su salud se debe hacer uso de la desprofesionalización y crear redes de apoyo en las áreas de desarrollo de los adolescentes.

# INTRODUCCIÓN

Una de las consecuencias del deterioro familiar y social es el uso y abuso de drogas, de este grave problema también se derivan un gran número de efectos como: el que alguna persona pierda la vida a causa del consumo de drogas, evento doloroso y más si se trata de un niño o joven. Las causas por las que un niño inhala cemento parecen no importarle a la sociedad en general, pero para los profesionales de la salud como los psicólogos, no sólo es un compromiso sino que es un deber esclarecerlas para crear acciones que las reviertan.

La etapa de vida que representa mayor riesgo para insertarse en las adicciones es la adolescencia; el joven empieza a cuestionar la vida familiar y adentrarse en otras experiencias de socialización que pueden favorecer o entorpecer su desarrollo.

El objetivo de este trabajo fue identificar los factores de incidencia y prevalencia, respecto al uso y abuso de sustancias tóxicas, que sirvan como fundamento para instituir estrategias o programas de promoción de la salud en los adolescentes de nivel bachillerato del plantel Fundación Azteca.

La estructura de la tesis es la siguiente: En el capítulo uno se señalan las características de la adolescencia, así como del medio que les rodea como la familia, los amigos y los medios de comunicación que influyen en ellos y generan estereotipos que generalmente poco o nada tienen que ver con la mayoría de nuestros jóvenes.

Mientras que en el capítulo dos se describe una parte de la gama de drogas que se encuentra en el mercado al alcance de los adolescentes. Se hace un estudio sobre los antecedentes de cada una de las drogas, el estudio estadístico en México y algunas de las consecuencias por el consumo de las mismas.

En el capítulo tres nos proponemos dar a conocer en que consiste la Promoción de la Salud, la historia de cómo se ha construido y de manera breve algunas acciones realizadas por instituciones gubernamentales en relación con la Promoción de la Salud.

En el capítulo cuatro se describe la investigación llevada a cabo en el Plantel Azteca Bachillerato, pues esta población tiene ciertas características que nos han permitido reflexionar sobre su medio de vida, su familia y la sociedad que le rodea.

Por último, presentamos una propuesta de trabajo basada en la Promoción de la Salud y en los resultados de la investigación. En esta parte se mencionan algunas de las acciones que sugerimos para beneficio no solo de la población estudiada, sino de la sociedad en general.

# CAPÍTULO 1.

## EL ADOLESCENTE

### 1.1. Definición.

En el ser humano se encuentran ciertos periodos como la adolescencia donde ocurren cambios importantes en lo físico, lo emocional y lo psicosocial, pero ¿qué es la adolescencia? y ¿cuáles son sus características?.

Para Secadas (1981) la adolescencia no es sólo un concepto de agrupación, si no el resumen de características propias de los 14, 15 y 16 años fundamentalmente, aunque para algunos autores el periodo de la adolescencia comprende de los 12 a los 19 años (Pick de Weiss y Vargas, 1993; Gotwald y Holtz, 1983 y Master y Jhonson y Kolodny, 1992).

Para tener una visión más clara respecto a las definiciones de adolescencia, en primer lugar se considera una perspectiva biológica, la cual afirma que el individuo se convierte en adolescente cuando es capaz de reproducirse y por lo general a esta etapa se le llama pubertad, este periodo inicia con el desarrollo de las características sexuales secundarias que fluctúa entre los 10 y 15 años en los niños y los 9 y 14 años en las niñas (Pick de Weiss, op. cit.; Master y Jhonson y Kolodny, op. cit.). Este desarrollo se efectúa desde la acción hormonal hasta la completa madurez sexual (Berryman, 1994). Desde el punto de vista de Horrocks (1984) la adolescencia termina cuando el individuo alcanza su madurez emocional y social, cuando esta listo para asumir el papel de adulto; en el logro de esa madurez se ven influidos diferentes factores tanto personales como culturales e históricos por lo que se dificulta en gran medida establecer edades precisas.

Algunos autores como Horrocks (op. cit.) consideran a la etapa de la adolescencia como intermedia entre la infancia y la edad adulta y otros como Rogers (1972) se refiere a ella como un proceso de inserción del individuo en el

marco social. La adolescencia es un periodo en donde los individuos empiezan a afirmarse como seres humanos distintos entre sí; comienza tras los cambios psicológicos de la infancia a la adultez y de las exigencias que la sociedad demande en él. Sin embargo esta etapa del desarrollo del individuo se define desde diferentes perspectivas: la interpretación de científicos, investigadores, interesados en el tópico, hasta el padre de familia que está involucrado personalmente.

Lo que es indiscutible es la definición que se tiene de la palabra adolescencia: proviene de ad: a, hacia y descere: de crecer y que significa la condición y el proceso de crecimiento.

Finalmente, el término adolescencia se refiere al enfrentamiento de una revolución biológica en el cuerpo, los jóvenes parecen despertar del sueño de la infancia a la vida real en todas sus direcciones, no sólo en la vida sexual si no más bien en la vida mental y moral.

## 1.2. Características de la adolescencia.

### 1.2.1. Características físicas.

Obligado a abandonar su rol de niño, que regulaba hasta entonces sus relaciones, el adolescente debe hacer suyo aquello que le es impuesto por la sociedad, tanto por su evolución física como por razones sociales, debe incorporarse ese nuevo papel a la personalidad en formación y una vez asumidos el muchacho adquirirá los elementos que le permitirán desenvolverse en su medio social como un individuo con características propias (Conger, 1980).

Los cambios más notables en el sujeto son los fisiológicos y en especial el desarrollo del aparato reproductor (Bolinches, 1988). Como ya se indicó este se presenta de manera más temprana en las niñas entre los 9 y 14 años de edad; y más tardíamente en los niños entre los 10 y 15 años de edad.



De esta manera Berryman (op. cit.) y Master y Jhonson y Kolodny (op, cit.) señalan, atinadamente la explicación del desarrollo fisiológico de la siguiente manera: En las niñas los cambios son provocados por las hormonas segregadas por la hipófisis, glándula situada en la base del cráneo, estas hormonas hacen que los ovarios maduren segregando estrógeno en la corriente sanguínea, el estrógeno provoca el oscurecimiento de los pezones y el crecimiento de los senos, la aparición del vello púbico, seguido del axilar que gradualmente se irá haciendo más áspero, oscuro y abundante. Un año después aproximadamente, del comienzo de estos cambios empiezan los periodos menstruales, que se refiere cuando el útero pierde su revestimiento cada mes. La menarca (primera menstruación) suele ir precedida de un flujo claro durante uno o dos meses, los primeros periodos pueden ser poco abundantes pero también pueden llegar al nivel de hemorragia. La ovulación suele empezar unos meses después de la presencia de la primera menstruación, aunque en algunas chicas se produce ya al iniciarse la menarca. Los estrógenos inducen también el crecimiento del útero, la vagina, los ovarios y la vulva, cambian las secreciones vaginales de alcalinas a ácidas, la pelvis se ensancha para permitir el parto.

En cuanto a los varones los cambios también se deben a las hormonas de la hipófisis, pero en este caso es la hormona llamada testosterona, que segregada en la sangre ocasiona un desarrollo acelerado del cuerpo y un aumento de peso de forma considerable, las hormonas hacen crecer los testículos y el escroto, que se arruga y oscurece, se empiezan a formar los espermatozoides, el pene empieza a crecer primero en longitud y después en grosor, empieza a formarse vello en las axilas y en la región púbica, en algunos varones pueden presentar una incomoda hinchazón de uno o los dos pechos que desaparece enseguida. La próstata empieza a segregar sustancias que forman parte del liquido seminal y un año y medio después aproximadamente empiezan los sueños húmedos, que son emisiones nocturnas de semen debidas a que el muchacho eyacula durante el sueño. Las cuerdas vocales se agrandan con los cambios de la laringe y la voz se va haciendo más grave lentamente; empieza a crecer la barba, primero sobre el labio superior y sobre

las mejillas y por último en la barbilla y el cuello; se ensancha el cuello y los hombros.

En ambos sexos las proporciones corporales también sufren cambios, como: el fortalecimiento de los músculos aunque se manifiesta más en los varones, aumento de la estatura comenzando por las piernas, brazos y el tronco, también se presenta el aumento de peso. La cara de la niñez comienza a desaparecer, la frente estrecha empieza a elevarse y a ensancharse, la boca se agranda y los labios delgados se engruesan, la barbilla comienza a sobresalir, la cabeza relativamente grande se logra una proporción normal a la longitud de todo el cuerpo.

Berryman (op. cit) señala que es hasta la pubertad que niños y niñas tienen similares cantidades de ambas hormonas, con sólo una pequeña proporción más de la hormona relevante al sexo (estrógenos o testosterona) y es hasta los 16 años de edad aproximadamente en que la niña o el niño promedio tiene un desarrollo sexual completo.

#### 1.2.2. Características familiares.

Las experiencias que tienen los niños en sus relaciones familiares son de suma importancia para el desarrollo de las diferentes etapas de su vida, la familia proporciona una estructura dentro de la cual el niño puede encontrar raíces, continuidad y un sentido de pertenencia; se puede decir que la adolescencia es una recapitulación de las actitudes de los padres hacia la infancia.

Leventon (1989) y Conger (op. cit) señalan que en la adolescencia hay una lucha afectiva porque su amor, que antes sólo otorgaba a sus padres ahora lo volcará a otros adultos o amistades de su mismo sexo o del sexo opuesto, todos estos cambios emocionales de adaptación son a veces mucho más difíciles para algunos padres y adolescentes que para otros.

Ante esto Fishman (1989), señala que en esta fase los conflictos con los padres resultan naturales provocando tensiones en toda la familia, para algunos de ellos es difícil comprender que lo que una vez se consideraba apropiado y bueno para sus hijos, es posible que siendo adolescente ya no sea igualmente apropiado, es factible que el enfoque familiar pueda desequilibrar al adolescente ya que es producto de su época y como tal esta en continuo cambio.

La separación del adolescente de sus padres no solamente es afectiva, idealmente el joven aspira a independizarse económicamente, se aleja físicamente de ellos y pasa poco tiempo en casa, esta relación es compensada por las relaciones con sus compañeros en los cuales encuentra apoyo y comprensión, descubre que ellos están teniendo los mismos conflictos; de la misma forma el grupo de iguales le ayuda a independizarse del núcleo familiar.

El desligue psicológico es necesario para una adaptación social, muy probablemente el adolescente manifestará su deseo de independencia y se esfuerce por alcanzar ese objetivo sin lograrlo; cuando esa independencia se niega o retrasa, quizá pueda llegar a aceptar y preferir su condición de inmaduro, más adelante cuando descubra que es maduro físicamente se da cuenta que no tiene la experiencia ni la habilidad para adaptarse y competir en su medio y su estatus de protegido le resulta cada vez más necesario, dando como resultado una gran dependencia.

El grado de dependencia es diferente entre hombres y mujeres por ejemplo: La conducta de dependencia inculcada en niñas de diez años de edad perdura en la edad adulta, sin embargo en los casos de los varones a medida que crecen reciben presiones para inhibir la expresión abierta de sus sentimientos de dependencia, mientras que la presión para las muchachas no es tan fuerte.

En el mundo del adolescente muchas cosas cambian debido a que la verdadera independencia no se obtiene de un momento a otro, si no que la independencia es gradual. Sin embargo las necesidades de dependencia

siguen existiendo, puesto que se necesita una base de seguridad y estabilidad en el hogar proporcionando los elementos necesarios de maduración al adolescente que le permite enfrentarse sanamente al medio social.

Así, la adolescencia es una etapa de desafíos no sólo para quienes la atraviesan, si no también para sus padres quienes se dan cuenta que sus hijos ya no son unos niños y por otra parte reflexionan sobre su propia vida, si sus sueños profesionales o sociales no se han realizado es poco probable que los lleven a cabo. Ante esta crisis asumen posturas como la agresión o el rechazo. Horrocks (op. cit.) afirma que existen diferentes grados de rechazo paterno, desde suave, severo o absoluto. El rechazo ordinario es indirecto, parece como regaño insistente, críticas excesivas, impaciencia o mal humor y comparaciones denigrantes. El padre que rechaza activamente tiende a mostrar hostilidad, amenazar, a negar cosas que desea el adolescente, hasta ser indiferente y no prestar atención. Una característica que presenta el tutor es que cuando se le hace ver ese rechazo, suele negarse admitir o reconocer sus propios sentimientos.

Se ha hipotetizado mucho respecto a las razones del rechazo de los padres, una razón importante es que muchos niños han nacido sin que los padres los desearan; el niño no deseado puede ser blanco de una disciplina demasiado severa, ha de aceptar la ropa y juguetes usados de sus hermanos mayores, sin que se le permita tener algo nuevo y de su propiedad. El niño que es consiente de su situación intenta obtener afectos y seguridad que le falta por todos los medios posibles y cuando sus esfuerzos no dan resultado cae en el resentimiento, la amargura y el descontento dentro de su hogar y fuera de él, es posible que tenga problemas para ajustarse a las exigencias que la sociedad le impondrá, a la larga como adolescente y adulto es probable que generalice de sus padres a sus maestros, sus patrones u otros adultos y los considere como padres sustitutos para comportarse con ellos de la misma forma infantil con la finalidad de ganar aceptación (Secadas, op. cit.).

Así las cosas, los efectos del rechazo en el adolescente pueden adoptar diversas formas, por ejemplo: un cuadro clínico de inseguridad, tratar de

provocar evidencias de aceptación y de afecto de sus padres y otros adultos, llamar la atención recurriendo a los extremos para lograrlo, incluso procurará que sus padres se molesten con él, cuanto más abierto o definitivo sea el rechazo mayor será la reacción del muchacho.

Por otro lado las atenciones exageradas a los niños también tienden a provocar efectos negativos en el desarrollo de los adolescentes, porque cuando aparece la protección excesiva las consecuencias suelen ser desafortunadas.

A todas luces, señala Conger (op. cit.), esta es una época en la que los padres e hijos deben aprender a establecer y estimular una mayor independencia ya que de no ser así, podría darse una dependencia continua e inadecuada por parte del adolescente o un enfrentamiento entre padre e hijo.

Una de las principales dificultades de los padres es la aceptación de que sus hijos ya no son niños, y por lo tanto las normas y reglas establecidas con ellos ya no son las apropiadas, aunque se dan cuenta que sus hijos están creciendo les es difícil romper con sus costumbres.

Por tanto el adolescente con un historial hogareño de protección e indulgencia excesiva presenta más dificultades para adaptarse al mundo exterior, la exagerada atención de sus padres le fomenta el hábito de esperar ayuda y atención de todas las personas a su alrededor y piensan que esa atención total es su derecho. Fuera de casa se esfuerza por ser el centro de atención y mimos en cualquier situación en la que interviene, y naturalmente al no recibirla, su reacción es agresiva o tímida. Por ejemplo la posición que ocupan los hijos al nacer puede convertirse en un factor de excesiva protección, como el primogénito o el último en nacer.

Por su parte, los padres protectores esperan que en la escuela el profesor adopte el papel de un padre indulgente y hasta actúe como un padre sustituto; a largo plazo cuando el adolescente consiga empleo puede convertirse en una molestia debido a que espera atención por parte de todos los que le rodean, en el matrimonio esperará que su cónyuge se comporte como un padre o una

madre, aquellos adolescentes que han recibido demasiada indulgencia encontrarán grandes dificultades para separarse de sus padres.

Como ya vimos, padres rechazantes y/o indulgentes obstruyen el desarrollo de los hijos, para que esto no ocurra debe haber un equilibrio entre la confianza y la responsabilidad para una buena adaptación al medio psicosocial del muchacho.

Leventon (op. cit.) indica que un alto porcentaje de las luchas dentro de la familia se basa en la confianza que reclama el adolescente, ya que en su mundo aparecen circunstancias como por ejemplo: el consumo de alcohol, que el adolescente debe enfrentar y adquirir las habilidades necesarias para evitar caer en adicciones; éste tipo de circunstancias son percibidas por los padres como peligrosas queriendo evitar que sus hijos no se expongan a tales peligros. Algunos padres tan sólo desean ser amorosos y proteger a sus niños de dificultades, otros intentan ocultar el rechazo o ganar una reputación de buen padre (Horrocks, op. cit.). De estas circunstancias los jóvenes se sienten reprimidos y enojados al verse privados de experiencias vitales para su crecimiento.

La lucha dentro de la familia para lograr dependencia, Leventon (op. cit.) indica que esta se produce cuando en la vida del adolescente que ha carecido de adecuada atención paterna para lograr sus objetivos con frecuencia hace las mismas cosas que el adolescente que busca la independencia, se incurre en un comportamiento antisocial, consumen drogas, roba, se escapa de casa, etc. Sin embargo estos adolescentes desean ser atrapados, aun más que su contraparte, sus acciones expresan, a veces, un inconsciente deseo de transformar a sus débiles padres en las fuertes y verdaderas figuras de autoridad.

Los padres en general, tienen preocupaciones acerca de los riesgos y transformaciones imprevisibles durante este periodo, por lo tanto tienden haber estos años como de tormenta y tensión que tienen que tolerar más que disfrutar. Una duda común entre los padres con hijos en esta etapa es ¿qué

hacer para fomentar la responsabilidad en los jóvenes? Para esto Horrocks (op. cit.) señala que un factor importante de considerar es otorgarles responsabilidades, es decir, permitiendo autonomía e independencia en cuanto sean capaces de aceptarlas, e indica que los adultos deberían incluir la opinión de los jóvenes en los procesos de toma de decisiones y enseñarles a tomarlas, el joven necesita de experiencia participativa con el fin de probar la validez de sus juicios y conocer los límites de lo que puede hacer.

Para el adolescente, normalmente es un periodo de esperanzas e ideales que frecuentemente no tiene nada que ver con la realidad y se apasiona de tal forma que a los adultos les resulta de poca importancia; suelen presentarse periodos de gran entusiasmo e intentos de grandes logros y a estas le siguen periodos de depresión, pasividad e insatisfacción; de ahí surgen las grandes emociones y sentimientos por el sexo opuesto o amistades llenas de promesas. Ante esto el hogar se vuelve asfixiante y prisionero debido a las restricciones de los padres, lo que le impide al adolescente accionar como son sus deseos y surge por tal motivo una actitud desafiante.

Para muchos, los padres parecen inútiles y quizá puedan verlos como el enemigo, para estos adolescentes, como ya se mencionó. el papel de los padres será proporcionar una gran estabilidad en la familia, no puede venirle de dentro o de sus pares tan inestables como él. Los muchachos niegan su necesidad de los padres y los padres olvidan que los muchachos los necesitan más que cuando eran niños. Los adolescentes si bien miran con temor reverente al poder, sabiduría, gracia y seguridad de sus padres, hacen todo lo posible para que se sientan débiles, feos, cansados e impotentes.

Pero también existen adolescentes, que contrario a lo que se cree socialmente, el distanciamiento entre padres e hijos no es un patrón básico, se presentan jóvenes que están vinculados de manera positiva a sus hogares dependiendo de apoyo emocional, buena voluntad y aprobación (Berryman, op. cit.).

A todas luces los padres con hijos en la etapa de la adolescencia deben estar preparados, pues tan pronto los golpee una crisis, el hijo quizá acuda a solicitarles ayuda creándose confianza; estas pequeñas crisis son decisivas para las relaciones entre padres e hijos.

Para Pick de Weiss y Vargas (op. cit.) la base de una buena relación entre dos personas es, generalmente, una frecuente, clara, abierta y directa comunicación entre ambas partes. Muchos padres tienen la habilidad y el gusto de comunicarse francamente con sus hijos, pero otros no saben como hacerlo o tienen miedo y a otros más les hace falta interés. Por lo que es importante la formación de valores la cual se inicia desde el nacimiento y continua el resto de la vida del sujeto, llegando a su actividad máxima en la etapa de la adolescencia. A medida que el tiempo transcurre, el adolescente se da cuenta que sus valores y forma de vida familiar no es la única, si no que hay otras creencias y formas de hacer las cosas y buscará respuestas a sus preguntas con otras personas que no sean de su familia, pero con bases firmes.

Como se puede observar la familia influye en gran medida en los valores y las actitudes de los adolescentes y esto depende del clima psicológico que prevalece en el hogar, su dinámica y condiciones económicas. Algunos ejemplos:

a) Situación socioeconómica.

Cuando los adolescentes abandonan la escuela llevados por un deseo de ganancias económicas inmediatas y esto a su vez es estimulado por condiciones hogareñas difíciles o negativas que lo orillan a pensar en su futuro pero de manera inmediata ( Horrocks, op. cit.).

b) Familia disfuncional.

Una relación enferma puede surgir, señala Secadas (op. cit.) cuando un padre utiliza al adolescente egoístamente, como sustituto emocional por la decepción del matrimonio o lo mismo puede pasar en un hogar donde destrozado por la muerte o el divorcio, el padre que esté presente puede recurrir al niño en busca de compañía y seguridad emocional.



c) Trato de los padres por la posición al nacer.

El primogénito o el último en nacer puede que se le trate con mayor indulgencia los demás tendrán un trato de mayor severidad.

Horrocks (op. cit) señala que si se toma en cuenta la libertad y el respeto de los padres por la individualidad del adolescente, se le dota de formación con la finalidad de que tome sus propias decisiones consiente de las consecuencias y alternativas, el joven tiene más facilidades para lograr su emancipación y tiende a sentirse menos restringido por su papel preadulto.

Sin embargo, señala Conger (op. cit.) la influencia más importante para ayudar a obstaculizar al adolescente a enfrentarse a las exigencias del desarrollo, son los padres que pueden ser indiferentes, nerviosos, rígidos y desinteresados.

El principal problema es que los padres perciben la adolescencia con idealización, pero tienen un escaso sentido de las variaciones posibles dentro de la normalidad. Tal vez ignoren que los adolescentes normales se embriagan, tienen relaciones sexuales, se deprimen, fuman marihuana, mienten, destrozan automóviles, tienen berrinches, no ponen en orden su habitación, usan ropa chillona, escuchan música bárbara, mantienen interminables conversaciones telefónicas, se sienten atraídos por personas repulsivas, les desagrada visitar aquellos parientes a quienes no conocen bien, etc. Estas conductas aún siendo normales, pueden no ser buenas y requerir el comentario, control o intervención de los padres. Los progenitores son quienes deben mantener una visión general de la naturaleza temporal de todo el caos adolescente.

La percepción que tenga una persona de su familia, ya sea el padre hacia los hijos, o los hijos hacia el resto de los integrantes es de gran importancia para el ajuste de las relaciones intrafamiliares: Cuando ambos padres tienen similares conceptos e ideales acerca de su familia y tratan de llevarlos a la práctica, el ajuste de toda la familia tiende a ser bueno; cuando surgen dificultades y malos entendidos en las relaciones familiares, o cuando varios

miembros de una familia no están de acuerdo entre sí, puede asumirse que, debido a la percepción del hogar, este ejerza poca influencia ideológica o que las diferencias representan el esfuerzo del adolescente para destacar gran parte de lo que su hogar significa, es decir que la percepción que tenga el muchacho de su familia lo va a reflejar en la sociedad.

### 1.2.3 Características psicosociales.

Es importante señalar que el desarrollo psicosexual esta interrelacionado con el área física, familiar y social, de manera particular se señalaran aspectos importantes en el área del desarrollo psicosocial.

Según Horrocks (op. cit.) el adolescente cumple varios papeles a la vez; es un individuo perteneciente a un grupo de personas que tiene la misma edad, es un individuo que pertenece a una cultura y es reflejo de ésta, de tal forma que se incluye en subgrupos dentro de una cultura mayor (escuela, religión, grupo social, aficiones, etc).

Este autor diseñó un listado de cualidades que permite diferenciar a los adolescentes de los adultos, según él los adolescentes tienen:

- 1) Sentimientos volubles.
- 2) Necesidad de recompensas frecuentes e inmediatas.
- 3) Poca capacidad para analizar la autocrítica.
- 4) Indiferencia frente a los sucesos que no estén relacionados con él.

Lo anterior evidencia una lucha entre dejar de ser un niño y no querer asumir responsabilidad del mundo adulto.

A todas luces un factor sumamente importante dentro de esta etapa, es la búsqueda de la identidad, esa búsqueda se caracteriza por una rebeldía hacia la autoridad, se ponen en tela de juicio los valores familiares, se exponen dudas acerca de lo que se tiene y lo que se quiere tener, y tratan de saber quienes son y lo que les gustaría ser.

En esta fase del desarrollo del sujeto existe una timidez intensa, una conciencia de las deficiencias personales, aún de las más leves y una preocupación constante por la posición que ocupa entre los pares. Cada momento cada estado de ánimo, le parecen eternos, son poco capaces de actuar contrariamente a sus impulsos, ni aún por su propia supervivencia y todavía menos en bien de su futuro.

Berryman (op. cit.) indica que los adolescentes, para dar una respuesta satisfactoria a la pregunta ¿quién soy?, pueden experimentar una gran variedad de identidades, buscar y experimentar en diferentes redes. Si existe un fracaso en aclarar y dar sustancia a su identidad personal, es posible que se viva en la depresión y en la desesperación.

La búsqueda de la identidad es un aspecto esencial de la experiencia misma de la adolescencia, para Fishman (op. cit.) la madurez de identidad se adquiere desde el contexto de una progresiva y mutua definición de la relación padre e hijo; por otra parte Conger (op. cit.) añade que además de la influencia familiar, la identidad es buscada en el grupo de iguales; esto se debe a la disminución de intensa preocupación por la propia persona y el debilitamiento de los vínculos con los padres y de los valores paternos interiorizados, teniendo como resultado un interés manifiesto por los valores culturales, las ideologías y las fuerzas sociales.

Para adquirir identidad dice Fishman (op. cit.) los adolescentes deben forjarse alguna perspectiva y dirección centrales para ellos mismos, por su parte los padres para contribuir a esa formación de la identidad, deben mostrar pasión e interés por el mundo y por el futuro, a manera de ejemplo deben brindarles una atmósfera de esperanza y control, es decir la base de como actuar fuera de la familia. Con estos elementos el individuo puede ser tanto un miembro de su contexto como el creador de un nuevo contexto

El adolescente tiene la necesidad de afiliación y de logro, la presencia o ausencia de una necesidad o de una tensión orgánica quizá aumente o

disminuya el potencial o fuerza de un hábito, los hábitos ya sea que retengan o incrementen su fuerza cuando la satisfacción o recompensa le sigan a su ocurrencia. La influencia de los hábitos se extiende más allá del individuo, el reemplazo del hábito origina dificultades para los adolescentes, ya que tienen que desplazar los hábitos infantiles, así el ajuste personal se puede considerar en parte como un asunto de equilibrio-desequilibrio en la satisfacción de necesidades psicológicas (Horrocks, op. cit.)

Es imposible por otro lado afirmar que el desarrollo de la personalidad en los adolescentes es similar, cuando se habla de personalidad se hace referencia a las características únicas del individuo considerando cuestiones como temperamento, modos de respuesta habituales y tendencias que definen al individuo.

Dentro de los rasgos específicos de la personalidad de los adolescentes, Horrocks (op. cit.) menciona dos formas de expresión: extroversión e introversión. La introversión representa el interés y la atención orientada hacia la interioridad hacia los pensamientos y sentimientos, la imagen de una persona introvertida es de aislamiento social. En contraste el extrovertido está mucho más interesado en los demás y busca establecer y mantener relaciones con ellos.

Existen como subclasificaciones las relaciones recíprocas de ansiedad y hostilidad, estas relaciones son estrechas y se llevan una a la otra, por ejemplo una persona ansiosa al tratar de remediar o justificar sus sentimientos puede provocar un comportamiento hostil, a la inversa la hostilidad conduce a la ansiedad, porque los actos y pensamientos hostiles son inaceptables tanto para la sociedad como para el individuo mismo.

Se debe tener en cuenta, como lo señala Gotwald, Holtz (op. cit.) y Berryman (op. cit.), que el período del desarrollo adolescente varía de una cultura a otra. En la base de la autoconciencia del adolescente, la auto imagen es una representación de su cuerpo, de cómo es y como lo ven los demás, esta

naturaleza radical del crecimiento que ocurre en ese momento es lo que transforma al niño en adulto.

De tal forma la adolescencia plantea problemas de ajuste cultural y social, sin embargo la variable adolescencia no es la única que determina la situación conflictiva, consideramos que también participa el ambiente en general, las características personales, la pertenencia a una clase social determinada, etc. El adolescente esta en constante cambio de imagen corporal que evidencia una excesiva preocupación por el cuerpo, en el aspecto intelectual tiene la necesidad de las ideas políticas, ideológicas, artísticas o literarias. Aunque estas características no siempre concuerdan con las que posee la mayoría de las personas, siendo así que muchos adultos se formen en concepto o definición de adolescencia con base en ciertos estereotipos presentados por los medios de comunicación masivos (mujeres demasiado esbeltas, hombres musculosos y ambos vestidos a la moda) y en menor grado por ciertos profesionales que escriben sobre el tema.

Así podemos considerar los estereotipos que actúan, de dos formas: por un lado el adolescente sabe lo que se dice de él y considera que es la forma en la que debe actuar y ser, es más hace su mejor esfuerzo por ser la imagen que ha sustentado la sociedad; por otro lado cuando el adolescente trata de comportarse como los adultos sospechan que debe ser y el adulto que es testigo de ese comportamiento confirma el estereotipo.

Los ideales y actitudes del adolescente constituyen una parte importante de su personalidad, que se conforma por una serie larga de experiencias y sucesos internos y externos, que ayuda a formarse una idea parcial en cada nueva situación o evento que se le presenta. Pero también es difícil generalizar las actitudes y valores de los adolescentes debido a los ambientes distintos y tampoco se puede categorizar un sólo valor que se aplique únicamente a esta etapa.

En muchas ocasiones se hace uso de los términos de actitud, ideal y valor de forma desmedida en la sociedad, sin tener un verdadero concepto. Una

actitud es una expresión de palabra o hecho de la reacción o sentimiento que tiene un individuo frente a una persona, un hecho, un objeto o una idea. Por otro lado un valor, es un proceso específico que le permite a un individuo o un grupo social tomar decisiones sobre que medios son convenientes para llegar a una meta o fin; los valores constituyen el criterio para que un individuo establezca su sistema de necesidades. Por último un ideal es una serie de actitudes hacia la conducta, los motivos de uno mismo y de otras personas que motiven una conducta que se desee alcanzar.

Para Secadas (op. cit.) el adolescente es en esencia idealista, es común que adopte una línea de valores elevados y los tome mucho en cuenta, puede también que esos valores sean demasiado irreales y origine individuos que no manejen el mismo sistema, hace críticas dirigidas a aquellos que él siente como diferentes, observándose cierta intolerancia y generaliza esta actitud con un número mayor de individuos; de ahí la importancia de educar, y guiar al adolescente crítico e intolerante para que acepte a las personas como son y reorganice su estándar elevado de valores desarrollando una relación placentera entre sus valores y la realidad que se le presenta.

Otro aspecto cultural en la vida de las personas es la fe religiosa y/o la pertenencia a una iglesia, a éste tipo de personas se les califica de valores e ideales correctos en la sociedad. Horrocks (op. cit.) plantea que si la religión se remarca en el entorno del adolescente, presentándosele de tal forma que satisfaga sus necesidades, entonces se convertirá en una esfera importante en su vida; por otro lado si la religión se muestra como algo que resulte extraño a las necesidades del individuo o de forma estricta, sin razón entonces probablemente el joven la rechace o ignore.

Un aspecto que llama la atención, indicado por Secadas, es que a la Universidad se le considera como fuente de cambios radicales en actitudes religiosas, ya que los estudiantes universitarios suelen volverse liberales en sus creencias y actitudes hacia la religión. Por lo anterior es posible indicar que las actitudes y los valores de los adolescentes se originan a partir del ambiente y de las influencias a las que los jóvenes están sujetos.

Otra variable sociocultural es el pertenecer a una clase socioeconómica en donde se marcan diferencias entre un joven de clase obrera para quien la preocupación principal es la supervivencia, logrando su independencia antes que los adolescentes que no tienen necesidad de trabajar.

Según Secadas (op. cit.) es común notar algunos niños hablar de su banda o nuestro grupo; ésta es la camarilla que puede definirse como un grupo de miembros que interactúan íntimamente y que están de acuerdo con excluir a otros de su grupo; los miembros tienen características similares de estatus social y de intereses. Las camarillas están formadas por niños que son idénticos en habilidades, valores y actitudes, estas se conforman por pequeños grupos de dos o tres o seis, que están juntos debido a las satisfacciones que resulten de estar juntos. Pertenecer a una camarilla le permite al adolescente sentirse más relajado y sentirse alguien, por lo regular los padres y maestros inconformes puede castigar u ordenarle a algún miembro de la camarilla alejarse de los demás porque considera que son mala influencia, sin embargo esto sólo traerá como consecuencia que el grupo se una más.

Para comprender la relación entre el adolescente y la sociedad parece necesaria la descripción de la adolescencia en esencia, los jóvenes empiezan a liberar su pensamiento de sus raíces a partir de su propia experiencia, se vuelven capaces de desarrollar un pensamiento preposicional general, o sea, pueden proponer hipótesis y deducir consecuencias. También el adolescente es activista con energía e impulso, tiende a diferenciar en forma categórica lo bueno y lo malo, lo permitido y lo prohibido, sus distinciones están muy bien marcadas, es impaciente, es revolucionario, está dispuesto a defender causas que considera suyas y en las que se siente involucrado, se considera dominado por los adultos y apartado de las cosas y decisiones importantes de la vida, sin embargo pese a esto, la paradoja está presente, el mundo adulto admira, imita y es influenciado pero retira, excluye y no permite la pertenencia completa; de aquí la sanción parcial de las tendencias activistas de los jóvenes.

Por otro lado en términos de desarrollo, el adolescente concibe al tiempo como ilimitado, sin prisa, se considera inmortal, sueña y siente que hay tiempo para formarse así mismo y alcanzar lo que desee; pero también interviene en el tiempo del adolescente la escuela, los medios de comunicación y las presiones sociales. La sociedad no está paralizada, cambia, evoluciona, esa evolución viene del correr de las generaciones, muchas veces los cambios son casi imperceptibles, otros son dramáticos pero lentos o repentinos, los cambios se dan y cada generación es diferente de la otra; cuando los cambios son lentos existe una relativa estabilidad y es más fácil para una generación enfrentarse con la otra, pero si los cambios son súbitos se forma un hueco entre ambas generaciones, la comunicación suele volverse más difícil, una ayuda importante para abrir el puente de comunicación entre una y otra aparece cuando la generación antigua reconoce el cambio y lo acepta, aunque cabe mencionar que esta comunicación en la mayoría de las ocasiones no es en dos direcciones, ya que la generación más joven está demasiado ocupada en comprenderse así misma como para lograr entablar un diálogo con sus mayores y llegar a entenderlos. (Conger, op. cit.)

Las complicaciones a las que se enfrenta un adolescente en su vida social son diversas, es un individuo con pocas experiencias que se encuentra a sí mismo en lo que le parece un mundo adulto de rápida expansión. El proceso es difícil en especial por las relaciones que provoca con otras personas, ya sean contemporáneos o como se ha señalado, con adultos pertenecientes a otras generaciones; el adolescente debe establecer relaciones sociales y estas deben ser adecuadas para que logre obtener un grado de ajuste social como adulto. Leventon (op. cit.) indica que el adolescente debe aprender a dominar las destrezas sociales necesarias para su ulterior desarrollo; hacer amigos, contender en el mundo del trabajo y desenvolverse socialmente. El fracaso puede significar falta de aceptación por sus compañeros, incapacidad para lograr la independencia por medio de la escuela o el hogar. Así en el desarrollo de la competencia social, es tarea esencial durante la adolescencia incluir la construcción de nuevas estrategias para enfrentar cambios en las relaciones interpersonales y para redefinir el sentido de sí mismo a la luz de nuevas realidades sociales y societarias.



Cabe señalar que resulta conveniente examinar la ubicación de los amigos del adolescente dentro de una comunidad; cuando es muy pequeño sus amigos bien pueden ser sus familiares y los niños que van a su casa de visita, cuando es capaz de salir de casa tiene un grupo de amigos en su calle pero muy raras veces en otra parte, poco después los amigos estarán más diseminados en otras colonias, para cuando entra a la primaria sus amigos pueden ser de colonias más cercanas a la suya, llega a la secundaria y preparatoria donde los amigos estarán afuera de la comunidad donde vive, aunque todavía habrá una concentración dentro del barrio. A medida que se amplían sus contactos sociales, el niño cambia tanto en el aspecto psicológico como en el físico, aparecen nuevos intereses, actitudes y valores que reemplazan a los anteriores. De esta manera las amistades se vuelven más importantes e influyen fácilmente en el adolescente, cuando los jóvenes comparten placeres adultos, como el alcohol y las drogas, suelen hacerlo furtivamente; hasta los hijos de familias con apertura se sienten presionados por sus pares criados menos abiertamente, quienes les exigen que esas actividades formen parte del mundo clandestino del adolescente.

La primera manifestación notable de los grupos adolescentes es restarle importancia a los grupos del mismo sexo en favor de los amigos íntimos que se complementan y aparece una oportunidad para el intercambio de confidencias y largos silencios. Los amigos brindan la oportunidad de tratar y llegar a conocer bien a una persona de su propia edad y sexo, que se convierte en un laboratorio en el que puede contemplar a los otros ensayando con él o ella sus propias ideas y percepciones. Secadas (op. cit.) afirma que uno de los cambios más difíciles en la adolescencia radica en la necesidad de intercambiar un papel social pasivo por uno activo; para que el adolescente sea incluido en un grupo debe hacer algo para su aceptación. Para este autor hay muchos papeles que desempeñar en cualquier grupo, algunos deseables otros muy indeseables, como el líder, el bufón, el seguidor, el creador de problemas, el esclavo, el teniente o segundo al mando, el que tiene las respuestas, el presumido, el chismoso, el buen muchacho y muchos otros. Diversas clases de factores influyen en la asignación del papel personal que a veces el grupo le

impone al adolescente y que en ocasiones el individuo mismo opta y promueve voluntariamente; la dotación física o mental son factores que forman al adolescente atleta, al muchacho con anteojos, al gordo, al de razonamiento lento o a la persona talentosa. Por otro lado las posesiones personales también dan estatus dentro de un grupo, sin embargo la naturaleza del papel y su valor de estatus depende del tipo de grupo y de los objetivos.

A medida que las normas de la familia y del mundo adulto son menos importantes en la subcultura del adolescente, las normas del grupo son más significativas y mientras más sea la cohesión del grupo más se reemplazará a la familia en el proceso de socialización; cuando los adolescentes discuten problemas personales de interés inmediato, casi siempre surge el tema de las relaciones heterosexuales y aún más en los adolescentes de menor edad debido a que es nuevo para ellos, se enfrentan a nuevas experiencias y tienen muchas preguntas; algunos obtienen información más o menos exacta al comparar puntos de vista con sus amigos durante las largas sesiones de discusión, es evidente que pocos obtienen información de sus padres y más escasos los que la reciben de programas de estudio en las escuelas y esto precisamente es un factor que significa un reto para los adultos que deseen ayudar a los adolescentes en sus problemas de ajuste.

En nuestra cultura occidental es evidente la importancia de la imagen corporal, individuos de todas las edades buscan de manera constante, por medio de ropas, tintes, preparaciones para la piel, cosméticos, tatuajes y aún cirugía plástica, cambiar su apariencia y verse como algún ideal de moda, esta preocupación se hace más patente de modo particular entre los adolescentes.

Ante esto Gotwald, Holtz (op. cit.) y Berryman (op. cit.), agregan que los adolescentes desarrollan un conjunto de sentimientos y actitudes hacia sus propios cuerpos, lo que atribuye de manera significativa a la evolución de su sentido de identidad personal. Típicamente los adolescentes parecen conformarse a las opiniones, las actividades, la apariencia de otros adolescentes, estos son conservadores y en lo que se refiere a sus compañeros de la misma edad, sin importar cuanto puedan apartarse de los

estándares de la conducta adulta, del modo de vestir o de la aceptación de valores.

Secadas (op. cit) hace la observación general que la mayoría de los adolescentes tienden a evitar la preocupación por los factores significativos de tipo social, económico y cultural y prefieren jugar a trabajar; este tipo de jóvenes son el blanco de los medios de comunicación de masas para la formación de actitudes. El autor diferencia dos tipos de jóvenes en este sentido, por un lado están los sofisticados que son los más alertas e informados, se enfrentan con el ambiente social con una actitud de rebeldía y desafío más o menos abierto, que critica la justicia social y la discriminación racial, la pobreza, la enfermedad y otros males sociales; por el otro lado están los conformistas que defienden e idealizan su posición.

Un adolescente que haya desarrollado las actividades, intereses y actitudes que son aceptados por sus semejantes y que participa con los miembros de ambos sexos de su propia edad no sólo se ajusta bien a su ambiente presente, sino que también establece una base firme para el ajuste y éxito personal como adulto; el hecho de que muchos adolescentes estén lejos de haber logrado un ajuste óptimo se demuestra por el número de jóvenes que entra a la Universidad sin haber estado nunca en una fiesta, en un baile, sin haber tenido una cita o sin haber encontrado experiencias sociales exitosas y satisfactorias con otras personas de su propia edad. Debido a que el adolescente pasa por experiencias nuevas, sensaciones y cambios que son misteriosos para él y asume nuevos valores y actitudes y por encima de todo no esta seguro de la forma de enfrentarse a su medio tiende a sentirse inseguro en muchas áreas de su vida cotidiana; por esa razón no sorprende que el grupo de coetáneos adquiera tanta importancia para un adolescente y que la exclusión de él o la falta de estatus adecuado dentro del mismo sea una experiencia traumática y difícil para él. Así las cosas, no es extraño que un adolescente rechazado por un grupo muy deseable, se niegue a unirse a otro grupo en el que pueda encontrar estatus, a veces esta situación es temporal, porque los valores del adolescente cambian con rapidez y lo que parece ser deseable hoy, no lo será tanto la semana que entra.

Las condiciones que privan durante el crecimiento, hace que la adolescencia resulte una etapa difícil, debido a que a los muchachos les faltan habilidades para enfrentarse a los problemas y en cualquier situación en la que no pueda salir adelante se vuelve en potencia el más hostil y ansioso en su afán por terminar el conflicto que lo incomoda; la hostilidad puede manifestarse de distintas formas como el ocio, consumo de drogas, conductas delictivas, destructivas, trampas escolares o conductas extravagantes. Si debido a la conducta delincuente o actividad conflictiva fuera de casa, las conductas del adolescente le cuestan a su padre tiempo y dinero, el castigo será más duro. Así que la rebeldía surge a partir de una necesidad enorme de afirmación personal frente a personalidades que le privan o coartan el desarrollo de su autonomía; esta característica viene acompañada de otras más como un estado continuo de ansiedad, un ánimo irritado y susceptible frente a escenarios como: el hogar, la escuela, la iglesia, con el objetivo de alcanzar su tan ansiada independencia de acción y pensamiento.

Conger (op. cit.) señala que la conducta delictiva se debe a que muchos adolescentes no son capaces de aprender y adaptarse socialmente por sí mismos, sin el auxilio de padres o tutores. Actualmente la delincuencia se presenta en grupos socioeconómicos de diferentes niveles, bajo, medio y alto, tiene mayor incidencia en los medios urbanos que en los rurales y en los primeros se suele delinquir en grupo y de forma individual. También hay diferencia respecto al sexo en donde hay mayor número de varones delincuentes que mujeres. En las mujeres son más recurrentes los robos menores y la prostitución; mientras que en los muchachos la mayoría de los delitos consiste en la agresión física, robos, alteración del orden, entre otros.

Fishman (op. cit.) señala que los orígenes del problema de los adolescentes delincuentes no residen únicamente en una disfunción triangular entre las figuras parentales y el adolescente, si no que además se presentan las tensiones propias del desarrollo y de manera trascendental, los efectos de un sistema externo de amigos, hermanos y otras personas que puedan ejercer una enorme influencia sobre el adolescente.

Por su parte Secadas (op. cit.) señala que el adolescente manifiesta dos tipos de responsabilidad, la interior que esta vinculada con lo que el individuo quiere para sí y la exterior que tiene que ver con otras personas, instituciones, etc. Un primer nivel de responsabilidad en el adolescente como conducta, es que las cosas las hace porque las tiene que hacer y le molesta la supervisión de los adultos al hacerlo. Un segundo nivel, la responsabilidad significa para el adolescente un medio de autorrealización, es decir, que asume la tarea y la lleva a cabo voluntariamente por el bien de otras personas o para una causa común, un peligro de este nivel es que la responsabilidad asumida puede quedar fuera de control cuando interfiere con los asuntos de otras personas, lo que propicia el rechazo social y produce en él desequilibrio emocional. Por el contrario a medida que la irresponsabilidad aumenta, las personas se centran más en sus intereses, son más propensas a conductas delictivas y se vuelven menos confiables.

Según Horrocks (op. cit.) para que un adolescente sea catalogado como responsable, debe de haber interiorizado la responsabilidad como un significado para sí mismo y debe ser interno en el sentido que crea que los sucesos puedan cambiarse y pueden crearse nuevas condiciones como resultado de sus esfuerzos. La adolescencia puede traer como consecuencia que el joven se centre en sí mismo considerándose centro de atención, en especial en la familia; ese narcisismo le produce una sensación de omnipotencia y le hace sentir que no necesita adaptarse a las realidades sociales y en consecuencia, no tiene porque cambiar. Durante esta etapa de desarrollo el joven debe comprender que debe bastarse a sí mismo y aceptar el hecho de que no siempre contará con mamá y papá para socorrerlo, salvarlo y rescatarlo de las situaciones difíciles de la vida, desprenderse de ese narcisismo y aceptar el cambio necesario forman parte de la maduración.

Finalmente en nuestra sociedad, se considera que se ha llegado a la madurez cuando una persona: desarrolla valores independientes, libres de demandas de los padres, llega a tener la capacidad de ser independiente de los aspectos económico, social y psicológico, de los primeros pasos para elegir

una profesión y trabajo, decida que tipo de estado civil quiere tener en la vida (soltero, casado, unión libre, tener hijos o no), este capacitado para enfrentar conflictos y puede funcionar bajo presión.

Expuesto lo anterior, la adolescencia implica cambios fisiológicos, ajustes familiares y un contexto psicosocial adecuado que ayude al desarrollo integral de los jóvenes. Tarea difícil ante el aumento de la desintegración familiar, las presiones económicas que generan desempleo y delincuencia y por supuesto una presencia notable de consumo de drogas en los adolescentes.

## *CAPÍTULO 2.*

### LA DROGA.

#### 2.1. Definición.

Partimos de que las sustancias adictivas, siempre han estado, y van a seguir estando presentes en la humanidad, afectando de forma importante la manera de entender la felicidad, de establecer las relaciones y de organizar la sociedad. A pesar de la alarma social con la que se tiende a abordar el fenómeno de las drogas, es necesario recuperar el sentido común y mirar con esa realidad, con la atención y la preocupación justas, para poder aplicar las soluciones pertinentes en cada caso.

El problema de las drogas es una realidad tan antigua como la Humanidad misma; por más cruzadas que se pongan en marcha, y aunque los poderes establecidos declaren sistemáticamente la lucha contra las drogas estas siempre aparecen. Anteriormente hubo épocas en las que el análisis del azote de la humanidad partía de los borrachos y los alcohólicos; también hubo períodos donde se le consideró, como un componente revolucionario alterador del orden y del poder, basado en bocanadas de humo de marihuana; a finales de los 70s y durante la década de los 80s se definió por consumo mayor de heroína. En la década de los 90s se vivió bajo el desenfreno enloquecedor de una vida basándose en rayas de cocaína; en la actualidad el mayor consumo es de pastillas llenas de promesas de éxtasis de bienestar.

En nuestro país como parte del mundo occidental, la cuestión de las drogas y las políticas con que se aborda descansa en dos pilares ideológicos que en nada o poco han ayudado; por un lado se encuentra la distinción diáfana entre drogas legales e ilegales, considerando a las primeras como no problemáticas, o en todo caso como causantes de daños tolerables desde el punto de vista de la protección de la sociedad. El segundo pilar es la profunda convicción de que el único medio eficaz para la lucha de los daños producidos por las drogas ilegales es la represión penal, en un proceso de ilegalización y

de criminalidad cada vez mayor de cualquier conducta relacionada con ellas, considerando que esto evita el contacto de los potenciales usuarios con las mismas.

Pretender dar una definición esclarecida acerca de las drogas no es fácil, la dificultad radica en que se trata de un conjunto de sustancias muy diversas, con pluralidad de efectos sobre el sistema nervioso humano, de las que se hace uso por razones muy diferentes.

Pero tratando de crear una definición válida. Funes (1996) menciona que droga es cualquier de las múltiples sustancias que el ser humano ha usado, usa o inventará, y usará a lo largo de los siglos, con capacidad de modificar las funciones del organismo, que tienen que ver con su conducta, su juicio, su comportamiento, su percepción o su estado de ánimo. Todo ello sin una connotación, sin afirmar previamente si son buenas o malas, legales o ilegales, asumidas por la cultura o no, usadas adecuadamente u objeto de abuso.

De este modo, cuando se habla de droga, se manejan unos símbolos dentro de un marco explicativo vital, condicionado por un determinado contexto económico, social, político, ideológico y cultural; ejemplo de ello ocurre en nuestra sociedad no considerando al alcohol como droga, pero si a otros productos con efectos muy similares como algunas pastillas para relajarse o dormir, tomadas sin prescripción médica.

Cuando alguien se plantea la cuestión de las drogas, como lo señala y lo explica en el presente capítulo Dianne (1992), es porque detrás de ellas está la capacidad de modificar el psiquismo, el mundo interior, la manera de ser y la conducta; con ellas se puede modificar el estado de ánimo, alterar las relaciones sociales, o reducir los padecimientos, así como obtener más placer, otras experiencias y otras percepciones o sensaciones. Por lo tanto, son sustancias que directa o indirectamente actúan sobre los sistemas responsables del pensamiento, las emociones o el comportamiento.

## 2.2 Antecedentes en México.



Al lado de la curiosidad característica del ser humano que lo ha llevado a probar vegetales, animales, minerales, sustancias y sus derivados, pronto pudo apreciar que algunas de ellas le provocaban efectos y sensaciones placenteras que lo movían a buscar la repetición de la experiencia, que busca porque lo acerca a su propia esencia, aún cuando muchas veces crea que le facilita huir de ella. Algunas culturas no sólo han permitido la entrada a estas esferas, si no que además la han propiciado, otorgándoles un lugar dentro de la estructura que la conforman y una función, a veces de trascendental importancia en la dinámica de su reproducción y mantenimiento, por ejemplo el éxtasis budista que conduce al nirvana, es decir, a realidades internas que pueden exteriorizarse y convertirse en marcos de referencia para interpretar el mundo que es válido por la aceptación social que les brinda la cultura de las que se originaron.

Había personas que utilizaban sustancias divinas que incluso las controlaban, en tanto que otras caían completamente bajo su dominio y nunca más se liberaban de ellas, la voluntad se diluía en el placer provocado por la experiencia o quedaba sofocado ante la angustia y el tremendo malestar debido a la carencia de la sustancia en cuestión.

### 2.2.1 Estudios Poblacionales.

#### ◦ Alcoholismo.

En México están identificadas las sustancias adictivas y las conductas de consumo desde la Época Prehispánica; todas las culturas orientadas en lo que es ahora el territorio mexicano tenían un conocimiento amplio del ambiente en que vivían, incluido un saber preciso acerca de los efectos psicotrópicos de

ciertos vegetales. Quizá la sustancia de uso más extendido en el México prehispánico fue el pulque, bebida fermentada por excelencia, era de todos conocido el riesgo que corría el bebedor de pulque de ser poseído por los centzontotchtin (los cuatrocientos conejos), deidades del pulque que representaban la gran variedad de efectos que la embriaguez puede provocar en los diferentes individuos. Así pues, el conejo era considerado como símbolo de los dioses del pulque, en honor de quienes celebraban fiestas y banquetes en donde se bebía el pulque. De entre todos los dioses destaca la diosa Mayahuel, que se representa con vestimenta blanca (como el color del pulque), sentada sobre un maguey con sus hojas tiesas, ligeramente curvas hacia afuera y con espinas en sus extremos a su lado tiene una olla de pulque, y saliendo de su boca la espuma de la bebida, rodeada de banderolas, de papel pintado y traspasada con una flecha que posiblemente expresa la idea de castigo, en caso de ser bebida fuera de ciertas ceremonias.

Relacionado con la luna, el pulque fue considerado como una bebida divina que sólo podía ser consumida en ocasiones especiales o por individuos específicos, el pulque tenía un uso ceremonial reglamentado y por lo tanto se controlaba el consumo, el cual iba desde dar a beber el teoctlí (pulque de los dioses) a los prisioneros y víctimas en sacrificio, hasta la borrachera general.

Con respecto al patrón de consumo, en las sociedades Náhuas prehispánicas, que se regían por criterios absolutamente diferentes a los válidos dentro de nuestra cultura actual, el que bebía podía embriagarse como práctica ritual en fiestas, por otra parte en condiciones normales, sin fiesta, sólo podían beber los viejos, ya que los espíritus moradores del pulque no pueden hacerles daño, ni obligarlos a realizar actos ilícitos o de mal ejemplo. Dentro de la parte prohibida existía un riguroso código de control social, de acuerdo con este código, cuanto más ilustre o noble era el bebedor mayor sería el castigo como la muerte, a otros, en el caso de los plebeyos, si era la primera vez se les trasquilaba o se les daba de palos, pero la reincidencia significaba la muerte.

Con la llegada de los españoles estos castigos fueron abolidos por inhumanos, lo cual provocó consecuencias graves de consumo social

inmoderado y la destrucción de una cultura divina milenaria. De tal forma que con la conquista todo cambió, los cronistas de la época señalaban a los indios como individuos proclives al vicio del alcoholismo, y que era enorme la proporción de bebedores. Estos hechos pueden explicarse por un incontrolado manejo del pulque y la desaparición del sentido religioso; por otra parte se incluía el vino en los oficios religiosos y se manifestaba que se podía beber con moderación de manera consuetudinaria sin discriminación de edad. (Corcuera, 1991)

A partir del siglo XVI el pulque se convierte en bebida discriminada, socialmente rechazada y considerada propia de la plebe; en este siglo, también aparecen productos de bebidas alcohólicas como el aguardiente de caña, más tarde el mezcal y el tequila, de esta forma el consumo de bebidas alcohólicas fueron y son un problema de salud pública.

De los primeros estudios publicados en el campo poblacional, destaca la revisión llevada a cabo por Cabildo (1967) en donde indica una prevalencia de alcoholismo de 0.7% destacando una falta de definiciones. Después de esta primera etapa de estudios, se propusieron nuevas definiciones de consumidores, en consecuencia Cabildo realiza en 1969 otro estudio en una población en el norte del Distrito Federal, encontrado que 46% de los hombres y 19% de las mujeres fueron clasificadas como bebedores moderados, en tanto que 12.5% eran hombres de consumo excesivo y 11.7% calificados como los alcohólicos.

Con otro enfoque de estudio en 1979 México participó en una investigación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la que por primera vez se abordaron aspectos de frecuencia y cantidad relacionados con problemas de ingesta de alcohol, incluyéndose a los bebedores consuetudinarios y a los bebedores frecuentes. El estudio comprendió sólo habitantes de una zona urbana y otra rural, ambas del sur de la Cd. De México. Se encontró que la prevalencia de abstemios en las dos zonas fue de 67%, por otro lado, el 85% de los hombres notificaron haber consumido bebidas alcohólicas en los 12 meses previos al estudio. En mujeres se redujo la cifra a

48% y 5% comunico haber consumido bebidas alcohólicas por lo menos dos veces al mes, en comparación con el 37% de los hombres (Calderón, 1983).

En 1983, el Instituto Mexicano de Psiquiatría realizó una investigación entre estudiantes de enseñanza media y superior del Distrito Federal. De ellos el 39% se clasificaron como usuarios leves, el 8% con un consumo alto, considerándose a estos últimos como aquellos que comunicaron consumir más de 200 ml de alcohol en cada ocasión; esta información es relevante, pues la edad de la población entrevistada fluctuaba entre los 14 y 18 años. De los usuarios de bebidas alcohólicas 22.4% refirieron haber tenido problemas asociados al patrón de consumo; como alcoholizarse los fines de semana, beber antes del desayuno, y el deseo frustrado de beber menos alcohol. (Castro, 1987).

Para 1988 en la Encuesta Nacional de las Adicciones (Tapia y Conger 1990) se estimó que el 27% de la población entre los 12 y los 17 años consumían bebidas alcohólicas, cifra que casi se duplica en el grupo de 18 a 65 años con el 53.5%. De los consumidores de 12 a 17 años 31.9% eran hombres y el 22.9% corresponde a mujeres. En el segundo grupo de 18 a 65 años es 2.3 veces más elevado el número de consumidores masculinos con el 73.4%, mientras que en las mujeres es 1.5 veces mayor por grupos de edad, se observa que 19.4% de los individuos entre los 30 y 39 años son bebedores frecuentes y se conserva la misma proporción en el siguiente grupo de edad de 40 a 49 años con el 19.3%. Es en este grupo de edades donde se encuentra el mayor porcentaje de hombres que son bebedores frecuentes; para el primer grupo se obtuvo 36.3% y en el segundo 33.4%. A diferencia de las mujeres con hábitos de consumo frecuentes, encontramos que el grupo de edad con mayor representatividad corresponde al de 40 a 49 años con 7.3%.

Esta Encuesta Nacional de Adicciones permitió conocer la proporción de individuos dependientes del alcohol, los cuales se definieron teniendo en cuenta si presentaba tres o más de los siguientes factores: compulsión de uso, incapacidad de control, síndrome de abstinencia, uso de bebidas alcohólicas para aliviar la abstinencia, tolerancia, reducción del repertorio conductual,

abandono de actividades y placeres alternativos por el uso del alcohol, persistencia de abuso a pesar de sufrir consecuencias. De la población urbana entre los 18 y 65 años, 5.9% cumplieron con el criterio de dependencia al alcohol, entre los hombres alcanzó el 12.5%, en tanto en la población femenina fue de sólo 0.6%. Por grupos de edad, la población masculina entre los 18 y 29 años fue la que presentó mayor prevalencia de dependencia al alcohol con el 13.6%, y en las mujeres de 50 a 65 años de edad se detectaron ser las más afectadas con una prevalencia de 0.9%.

Durante 1991 el Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP) y la Secretaría de Educación Pública (SEP), realizaron la encuesta nacional de uso de drogas en la comunidad de los estados de Baja California, Tamaulipas, Chiapas, Oaxaca, Jalisco y Distrito Federal. Se encontró que el consumo de tabaco y alcohol son las drogas más consumidas en la comunidad estudiantil, porque entre el 5 y 6% informó haberse embriagado por mes, lo cual refleja una cifra alarmante, pues alrededor de 15% de los estudiantes encuestados eran menores de 18 años. (Medina - Mora, 1992).

En ese mismo año el IMP y la SEP llevaron a cabo otra investigación, esta a nivel nacional sobre el consumo de drogas en la comunidad escolar. En esta investigación se entrevistaron a 61,779 estudiantes de todo el país entre los 13 y los 18 años de edad. Dato importante de esta encuesta es que la mitad de la población ha consumido alguna (s) ocasión (es) en su vida bebidas alcohólicas, una tercera parte lo hizo en los últimos doce meses y el 15% en el último mes. Los números indican que la cantidad de abstemios es mayor entre las mujeres que entre los hombres. Una cuarta parte de ambos sexos ha consumido bebidas alcohólicas 1 ó 2 ocasiones en su vida; el 12% de hombres y 8% de mujeres bebieron de 3 a 9 ocasiones en el último año. Alrededor del 8% de mujeres de 18 años o más consumen 5 copas o más 1 ó 2 veces a la semana. El 80% informa que nunca se ha emborrachado y 2.5% lo han hecho por lo menos una vez al mes. La cifra más alta de estudiantes que no se emborracharon el último año están entre los más jóvenes, sucede lo contrario entre los que si se han emborrachado, ya que son los estudiantes de más edad.

Para 1993 el IMP y la SEP aplicaron una encuesta en la comunidad estudiantil del D.F., de nivel medio y medio superior a través de las 16 delegaciones, en acorde con registros de la SEP, correspondiente al ciclo 1993-1994 de escuelas públicas y privadas. La encuesta se aplicó a 10,879 estudiantes de los cuales el 50% eran mujeres y 50% hombres; el 74% señaló que ha consumido alcohol alguna vez en su vida y el 25% lo hizo el mes anterior al estudio. Las diferencias por sexo son que el 78% de hombres y 70% de mujeres consumieron alcohol experimentalmente. El 64% de los menores de 13 años reportaron haber ingerido alcohol alguna vez, esto ocurrió en el 88% de los que habían alcanzado la mayoría de edad. En el mes previo al estudio el consumo fue 5 veces superior entre los mayores de 16 años (38%) que entre los de menor edad (8%). El 3% de los encuestados reportaron haber bebido 5 copas o más por ocasión de consumo, una vez por semana y el 9% lo hace alrededor de una vez por mes. Esta práctica es más propia de los varones en una proporción de 18 hombres por cada mujer. El 3.91% de hombres y 0.22% de mujeres reportaron haber ingerido alcohol 3 o más veces por semana.

En 1997 se aplica una encuesta a 10,173 estudiantes de escuelas públicas y privadas de nivel medio y medio superior a nivel nacional, en ella se reporta que el 54% de la población encuestada ha consumido alcohol alguna vez en su vida y el 30% en el último mes. En cuanto a diferencias por género la población masculina lo consume en un 33.2% y la femenina en un 27.2%. el 21.1% de adolescentes de secundaria lo consumieron en el último mes, a nivel bachillerato reportaron 46.3% de jóvenes que lo consumió en ese tiempo. El porcentaje de consumidores de 14 años o menos es casi la mitad en relación con los que tienen 18 años o más. El 49.8% de adolescentes de 17 años o más reportó haberlo consumido en el último mes menos una vez al mes. El 23% indica consumir 5 copas o más por ocasión de consumo, al menos una vez al mes.

En junio del año 2000 el Secretario de Salud admitió que el 10% de la población mexicana es consumidora asidua, esto quiere decir que son unos 8 millones de personas, de las cuales 4 millones de mexicanos son considerados

como alcohólicos. (Cruz, 2000). También señala que 20% de los accidentes que ocurren en el país son provocados por personas que han bebido en exceso; el 80% de los percances que sufren los jóvenes tiene como antecedentes el consumo excesivo de alcohol; así mismo, el consumo excesivo es la principal causa de muerte entre los 18 y 30 años, en accidentes vinculados con el consumo de esta sustancia. (Secretaría de Salubridad y Asistencia, 2000). Por otro lado, cabe señalar que en los últimos 10 años ha aumentado el consumo de bebidas alcohólicas en 500%. (Beltrán, 2001).

#### o Tabaco.

En cuanto al tabaco (nicotina rústica) en Mesoamérica se consume y cultiva desde tiempos inmemorables, siendo una planta oriunda del lugar, puede decirse que esta presente en estas regiones desde los inicios mismos del desarrollo cultural; ya que se creía que los dioses prehispánicos fumaban, los sacerdotes mesoamericanos portaban bolsas con tabaco y en algunas estatuas aparece la planta, tal es el caso de Xochilpilli (el señor de las flores).

Tapia (op. cit.) señala que los patrones de consumo fueron variables; era bebido, masticado, fumado y aspirado el humo. Entre los mexicas era costumbre extendida fumar, existían vendedores de tabaco en los mercados; debe recordarse que en todas las culturas prehispánicas el tabaco jugó un papel ritual de extraordinaria importancia, siendo ofrenda común a gran número de dioses.

A la llegada de los conquistadores, estos vieron la planta americana como amenaza, y se le atribuyeron efectos dramáticos; causante de provocar visiones espantosas en relación directa con el demonio, es decir, con los dioses de la cultura prehispánica.

Mucho se ha discutido sobre los efectos alucinógenos del tabaco, sin embargo, todos los informes procedentes de la cultura prehispánica dejan abierta esta posibilidad. Tampoco debe olvidarse que existen en América muchas variedades de tabaco y que es frecuente que las plantas cultivadas pierdan sus propiedades al cambiar las características del suelo cuando son trasladadas a otros climas o si cambian sus características físicas.

A pesar de la conquista y sus consecuencias, los indígenas continuaron consumiendo el tabaco en diferentes festividades hasta sufrir intoxicación fuerte, que al despertar no presentaban ningún síntoma de fatiga, estos efectos permitieron el consumo para contrarrestar los terribles efectos de la fatiga en individuos sujetos a trabajos corporales excesivos, presas del hambre y la desnutrición. La percepción que los europeos tuvieron al consumo del tabaco en los años subsecuentes al descubrimiento de América fue de desconfianza, aunque se le atribuyó ser placentero, acepción que resultó finalmente ser la dominante.

Los estudios poblacionales en México del consumo de tabaco tardaron en aparecer, en 1971 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) llevó un estudio poblacional teniendo resultados sorprendentes como cuando indica que el consumo en hombres es de 44.7% y 16.5% en las mujeres. (Puente, 1986)

Por otro lado, en investigaciones de poblaciones estudiantiles, en 1980 se realizó un estudio en 89 escuelas del D.F. con resultados también sorprendentes; el 23% de los estudiantes eran fumadores cotidianos y 46% eventuales. (Castro y cols, 1982).

En 1985, un estudio efectuado a 495 médicos indicó que el 75% de los médicos refirieron haber fumado ocasionalmente y 44% fumaban en el momento del estudio, además un gran porcentaje eran fumadores desde hacía de 10 años, y más de la mitad dijeron haberla iniciado antes de los 20 años. (Puente, 1985)

En la Encuesta Nacional de las Adicciones de 1988 (Tapia - Conger, op. cit.) se indica que el 47.4% de mexicanos entre los 12 y 65 años había consumido tabaco en alguna etapa de su vida, el 25.8% lo consumía en el momento de la encuesta y 21.6% eran exfumadores. En una división por género se encontró que el reporte de hombres fumadores a la aplicación de la encuesta era de 38.3% y 26.9% eran exfumadores; por el lado de las mujeres



se encontró que 14.4% eran fumadores a la aplicación de la encuesta y 16.8% eran exfumadoras. Lo que más resalta de esta encuesta es que el porcentaje de mayor consumo de tabaco se ubicó entre los 18 y 29 años con 42.4%, es decir, casi la mitad de la población encuestada. Un poco más bajo se encontró en el grupo de 30 a 39 años con el 24.7%. Además la edad de inicio oscilaba entre los 12 y 17 años con un 48.5% y después entre los 18 y 29 años, por tanto, al englobarse el dato significa que el 90% de los fumadores se iniciaron antes de cumplir los 30 años y la mitad de ellos antes de alcanzar la mayoría de edad.

En la Encuesta Nacional de Adicciones aplicada a la comunidad estudiantil de 1991, una tercera parte reportó haber fumado, 17 de cada 100 ocurrió en el último año, el 10% fumo en el mes anterior al estudio y 3% reporto fumar diario o casi diario. La edad de inicio se da entre los 11 y los 14 años, ejemplo de ello es que los estudiantes de 14 años consumidores de tabaco comenzaron con este hábito entre los 11 y los 12 años, los de 14 y 15 años que lo consumen comenzaron entre los 13 y 14 años. Esto indica que el inicio de consumo del tabaco ocurre cada vez a más temprana edad.

De acuerdo con la encuesta a la comunidad estudiantil de 1993 realizada por el IMP y la SEP el 48% de los estudiantes ha fumado alguna vez, los índices de mayor consumo se da en varones en 1.3 por cada mujer. El 31% de estudiantes de 13 años de edad reportó haber fumado, situación observada en el 68% de los estudiantes de 17 años y en 72% de aquellos de 18 años. El índice más elevado se da en bachillerato con 63%, en escuelas técnicas se presenta en un 60%, mientras que en secundaria el porcentaje es de 49%.

En la encuesta de 1997 en la comunidad estudiantil del D.F. más del 50% refiere haber probado en alguna ocasión el tabaco, 58.7% de los hombres y 52.3% de las mujeres. El 21.4% lo consume durante la aplicación de la encuesta, la población masculina lo consume en mayor proporción (24.3%). Por nivel educativo el 13.7% de secundaria lo consumen, el 34.4% lo hacen en bachillerato y el 35.3% en escuelas técnicas. Al considerar la edad se observa que el porcentaje de consumidores de 14 años o menos es casi la mitad de los

que tienen 18 años o más. Aún así, un porcentaje importante (36.9%) de 17 años ha fumado en el último mes.

De acuerdo con datos de la SSA para agosto del 2000, alrededor de 34 millones de personas están expuestas al humo del cigarro, de las cuales 13 millones son los fumadores activos, con edad de inicio entre los 13 y 14 años. Al año mueren 44 mil personas por enfermedades relacionadas con el tabaquismo, y a pesar de esto se destaca que aunque no ha aumentado el número de adictos, sí se ha modificado la población de consumo, ya que cada vez son más las mujeres que fuman. En la población adolescente se encuentra que la relación de género es de uno a uno y se puede recalcar que un millón de personas menores de 18 años están fumando. (Cruz, op. cit.).

#### o Marihuana.

Con respecto a la marihuana, Tapia (op. cit.) aprecia que era ajena a México, la cannabis indica llegó a nuestro país en una época muy difícil de precisar, sin embargo, se ha sostenido que una de las especies del mismo género, la cannabis sativa, era representada en la flora mexicana, y las investigaciones etnográficas han resaltado la existencia de plantas de efectos semejantes a los que produce la intoxicación con la marihuana, estos efectos que horrorizaban a los conquistadores eran identificados con el demonio encarnado en los dioses prehispánicos.

Al establecimiento de los conquistadores, el consumo de la marihuana se limitó a cuarteles y a ciertos grupos pequeños de adictos que la consumían al parejo de muchas otras drogas pero sin lucrar con la planta. Es hasta mediados del siglo XX que el fumar marihuana se convierte en un hábito, aunque se tiene referencia que durante la revolución también se consumió en grandes cantidades tanto por parte del ejército como por parte de los revolucionarios.

Con los movimientos estudiantiles y establecida como mota, fue consumida habitualmente en los años sesentas y con tanta influencia en los medios artísticos de Estados Unidos en donde el común denominador era

protestar contra una sociedad exageradamente restrictiva y anclada en los valores de los adultos.

En un acercamiento en los patrones de consumo, se encuentra que existen grandes diferencias marcadas de acuerdo a los modelos de aproximación de la planta: por un lado se encuentran los que consideran a los efectos como extraordinarios y placenteros, y otros como alteradores, además también hay para quienes la marihuana es un objeto de consumo y venta en el que la curiosidad y el espíritu de aventura y de investigación se lucen cotidianos. La posibilidad de comerciar con la planta en gran escala, abre las puertas a la conformación de modelos basados en el afán de lucro y la explotación.

Respecto a los estudios poblacionales, destacan los datos que en 1976 se encontró en estudiantes de enseñanza media y superior en diferentes partes del país, la prevalencia del uso del marihuana en esta población fue de 1.6%. Para 1980 en poblaciones similares, utilizando los mismos instrumentos de recolección de datos, la cifra de prevalencia en el consumo de marihuana se duplicó a la anterior con 3.2% (Castro, 1981).

En los datos recabados en la Encuesta Nacional de adicciones (ENA), se señala que la marihuana cuenta con el mayor índice de consumo de drogas psicoactivas con el 1.2%. Al analizar el consumo diferenciado por el género se señala que los hombres consumen con mayor preferencia esta droga, de lo que respecta a la prevalencia total con 5.9% y en relación con usuarios del último año con 2.4%, en lo que respecta a la población femenina, esta droga se consume menos, se señala una prevalencia total de 0.4%, mientras que la prevalencia de consumo durante el último año fue de 0.2%. De acuerdo a la edad de consumo se destacan los hombres de 12 a 34 años con 0.37% y el segundo lugar el grupo de 35 a 65 años con 0.19%. Respecto a la edad de inicio, la marihuana desempeña un papel importante, ya que ocupa el primer sitio en el inicio de consumo de drogas. La edad en que se empieza a consumir es entre los 12 y los 17 años de edad y el grupo de los 18 y 25 años, en

segundo lugar lo ocupan los individuos que se iniciaron entre los 26 a los 34 años.

En la Encuesta Nacional de 1991 entre la comunidad estudiantil muestra que la marihuana es una droga de inicio para el consumo de otras drogas más complejas, y la de mayor uso como experimentación para los hombres (que son los mayores consumidores en contraste con las mujeres) las motivaciones principales para experimentar fueron la curiosidad en 25.66%; en segundo lugar por la influencia grupal (10.44%) y el deseo de escapar de los problemas en 7.92%. en las mujeres el uso esta asociado a problemas familiares o escolares (18.94%) junto con la curiosidad en 17.81%.

Para la encuesta de 1993 es la segunda droga más usada (después de los inhalables) con 3.58%, cuando se considera el consumo en el último mes ocupa el primer lugar con 1.17%. El uso continuado se reporta en 31%.

En la encuesta de 1997 en el Distrito Federal el 5% de la población consume marihuana, ocupa el segundo lugar de consumo (después de los tranquilizantes) en 2.6%. En nivel secundaria ocupa el segundo lugar de consumo (después de los inhalables) con 2.8%, se menciona que con el aumento de la edad aumenta el porcentaje de consumo.

o Heroína, opio y morfina..

En cuanto al opio es evidente que es conocido desde la antigüedad, y constituyente esencial en multitud de recetas médicas; el opio (*papaver nigrum*) se conocía por sus efectos analgésicos y narcóticos que tomaban los indios para contrarrestar el cansancio.

En México alrededor de 1580 se recomendaba el uso de pepitas de *tlilxochitl* (*vanilla planifolia*) como antídoto contra el opio, lo que demuestra que en estas fechas ya existía un problema de adicción; llama la atención que en la literatura médica mexicana, el opio sigue apareciendo durante todo el siglo XIX, más en función de sus efectos médicos que para señalar algunos problemas inherentes a las adicciones que pudiera provocar. (Tapia op. cit.).

No se sabe a ciencia cierta dónde ni cómo se inició la costumbre de fumar el opio; en Oriente se comía y esta fue la primera tradición que llegó a Europa costumbre que se extiende durante el siglo XIX, y mientras los curiosos europeos continuaban consumiendo opio en gran medida en Asia proliferaban los fumadores. Sin embargo, aunque esta moda de fumar opio llegó a Europa, no llegó a México sino hasta mucho tiempo después.

Por otro lado, en los albores del siglo XIX se observaron los inicios de los que al transcurrir de unos cuantos años sería la farmacología. Las primeras sustancias estudiadas fueron los alcaloides, cuyo nombre genérico proviene del ya entonces legendario álcali de los árabes y a las que se identificó inicialmente, como los causantes de la actividad farmacológica de las plantas que las producían. De esta forma fue la amapola una de las plantas que de forma prioritaria es extensamente investigada y sujeta de condiciones experimentales; en 1830 se logró aislar de ella un principio activo que es la morfina a la cual se le recalcó un principio susceptible de provocar sueño. (Bousel, 1984)

El aislamiento de la morfina trajo como consecuencia la separación del poder narcótico del opio de sus propiedades eidéticas; así el opio se reduce a una sustancia pura, poniéndolo en una solución de ácido mecánico neutralizado con amonio produciendo la morfina (morphium). Al encontrar esta solución se consumía vía oral, que después se supo era la menos eficaz, la aparición de la jeringa de parvaz facilitó la aplicación parenteral.

En México desde 1876 se mencionaban las terapias experimentales a base de morfina y pronto se plantea el problema de la adicción y su tratamiento con cafeína, además las repercusiones sobre la vida social de los así afectados.

Para la investigación epidemiológica se estudió en conjunto el opio y la heroína, así Medina Mora (op. cit.) menciona que en la encuesta de consumo de 1991 entre estudiantes, se encontró entre 0.54 % y 0.11 % de prevalencia

general, o sea que alguna vez en su vida, las personas, habían experimentado con estas drogas.

Por otro lado, la Encuesta Nacional de las Adicciones reporta una prevalencia total de 0.11% en consumo de heroína y opio; el mayor porcentaje de usuarios se encontró en el sexo masculino con el 0.22% con más índice de frecuencia entre los 12 y 17 años con un 77%, mientras que en el sexo femenino no hubo algún reporte de uso de estas sustancias.

#### • Cocaína.

Con la hoja de coca, la historia nos remonta al siglo XVI en la cordillera andina, usada principalmente por los aborígenes sudamericanos, entre los incas y los pueblos a ellos sometidos; el tipo de consumo era vía oral masticando las hojas, de esta forma ahuyenta el hambre y da vigor, dándose dos tipos de uso: para cuando se camina por necesidad, en especial cuando se hace por sitios en donde no hay comida ni agua; por otro lado cuando el consumo sólo era por gusto.

En México el uso de la hoja de la coca, se tiene noticias desde finales del siglo XVI en que los científicos intentaban aislar el principio activo de la planta; no fue sino hasta 1855 que se encontró los principales activos: una resina con propiedades narcóticas, una sustancia análoga a la cafeína y el ácido tánico. En este mismo año al aislar los alcaloides se obtuvo una sustancia que se denominó eritroxilina, como resultado de la mezcla de alcaloides de la misma planta, en 1860 se dio paso final en el que se pudo aislar la cocaína y fue utilizada en prescripciones médicas. (Escohotado, 1989). La última de las acciones de la cocaína que se descubrió en el siglo pasado fue como anestésico local, y a ella se debe que varios connotados científicos hayan sido presa de la adicción a esta droga.

Poco es lo que dice la literatura médica mexicana acerca de la cocaína en el siglo pasado; lo que es evidente en el consumo de esta droga es que los patrones epidemiológicos del uso de la cocaína, primero inyectado y después esnifado en polvo, ha seguido el reflejo de lo que sucede en los Estados

Unidos, aunque sin constituir una amenaza de la magnitud que ha alcanzado en ese país; es importante señalar que la mayor incidencia en el consumo de cocaína se da entre los miembros de las clases socioeconómicas con disponibilidad de recursos para ello, es decir, clases altas.

De los estudios poblacionales, resaltan los datos de consumo de 1976 y 1986, estudio que se realizó entre estudiantes en donde se encontró un aumento en el consumo de cocaína, ya que en 1976 la prevalencia fue de 0.50% y para 1986 la prevalencia de consumo se duplicó al doble. Sin embargo, en la encuesta de 1991 realizada por el Instituto Mexicano de Psiquiatría y la Secretaría de Educación Pública reporta que de los estudiantes mexicanos 1.91% refirieron haber experimentado al menos una vez la ingesta de cocaína. (Medina-Mora, op. cit.).

En la Encuesta Nacional de las Adicciones, (Tapia y Conger, op. cit.) reporta que en la población urbana se encontró una prevalencia de consumo de 0.33% con edades entre 12 y 65 años. La prevalencia fue mayor en hombres que en mujeres; de 12 y 34 años con un 0.79%, disminuyendo en edades entre 35 a 65 años con 0.41%.

En el caso de las mujeres la cocaína fue la sustancia que se reportó con menos prevalencia, con un 0.02%, de acuerdo a las edades de mayor consumo fueron entre los 12 y 34 años, con el 0.03% y de los 35 a los 65 años con el 0.01%, lo que resalta en esta encuesta es la edad de inicio que se da principalmente entre los 12 y 17 años de edad con 46%, después aparece entre los 18 y 25 años con el 31%, lo que indica que el inicio de consumo se da a temprana edad.

En la encuesta aplicada a la comunidad estudiantil a nivel nacional de 1991 reporta que el consumo de cocaína se da principalmente en forma inhalada en un 40%, y la fuman el 23%. En la encuesta de la comunidad estudiantil del Distrito Federal en 1993, la cocaína se ha consumido alguna vez por el 18% de los estudiantes, el crack se reporta con uso continuo entre los estudiantes en 31% de los encuestados. Los menores de 13 años la

consumen (0.31%), pero los mayores de 18 años también la consumen (6.68%).

De los datos de la encuesta de 1997 en la comunidad estudiantil se reporta que el 4.1% de los estudiantes es consumidor de cocaína, el 4% ha consumido alguna vez en su vida esta sustancia, el 1.1% la consumió durante el último mes. La cocaína se encuentra en el cuarto lugar de consumo entre la población femenina y en segundo lugar en la población masculina. En el nivel de secundaria se encontró un consumo de 2.5%.

Fernández (2001), destaca que el consumo ha crecido desproporcionadamente en México, ya que para 1999, la utilizaban 13 de cada 100 adictos, y para el 2001, la utilizaban 60 de cada 100, convirtiéndose en la segunda droga ilícita más consumida, sólo después de la marihuana.

#### o Inhalantes.

El consumo de thinner y posteriormente los cementos y las resinas hacen su aparición alrededor de los años 20 incrementándose por situaciones sociales de marginación y falta de oportunidades de desarrollo, acrecentadas por la migración del campo a las diferentes áreas urbanas a partir de los años cincuenta. La historia de las adicciones a los inhalantes es resultado de la miseria humana llevada a su máxima expresión.

Los primeros casos de intoxicación por inhalación deliberada o voluntaria se publicaron en la década de los cuarenta pero la mayoría de los trabajos de investigación en el mundo fueron publicados en los años 70. En México los estudios aparecieron después de 1975, destaca el estudio llevado a cabo en población escolar entre 14 y 18 años que en 1976 asistían a secundaria y preparatoria, los resultados indican una prevalencia de 0.85%. Al comparar la prevalencia de consumo de inhalantes en la misma población en 1978, se encontró un sorprendente incremento que llegó hasta un 5.6% (Castro y cols., op. cit.)



De esta forma, en 1980 la SEP y el INP y la SSA reportaron que el consumo de esta droga comienza antes de los 16 años, pero que el consumo disminuye cuando el niño llega a la mayoría de edad. (Delgado, op. cit.).

En el caso de la Encuesta Nacional de las Adicciones 1988, (Tapia - Conger, op. cit.), el panorama epidemiológico se amplía debido a la cobertura nacional de la encuesta, así en la población urbana de 12 a 65 años la prevalencia fue de 0.76% . En la diferencia por género en los hombres la proporción fue de 1.52%, siendo mucho más representativa en el grupo de 12 a 34 años con el 1.9%, a diferencia del grupo de 35 a 65 años donde la prevalencia de consumo fue de 0.52%, en lo que respecta al sexo femenino la cifra de prevalencia total es considerablemente menor con 0.08%, en el grupo de 12 a 34 años se obtuvo un 0.11%, y en el grupo de 35 a 65 años la prevalencia sólo se presentó 0.01%. La edad de inicio en el consumo de inhalantes es muy temprana entre los 12 y 17 años principalmente reportándose un 65.2% de quienes la han consumido, seguido del grupo de las personas que se iniciaron entre los 26 y 34 años con 4.4% y finalmente el grupo de 35 años o más con 11%. Medina - Mora (1992) indican que en 1991 es la droga más empleada con una prevalencia de 3 a 5.

En la Encuesta Nacional de 1991 en la población estudiantil el 3.5% reportó que los consumió alguna vez, 15.9% en el último año y 0.88% en el último mes. Entre los 16 años o más se da el mayor consumo de drogas, la única excepción son los inhalables cuyo consumo en el último mes es más frecuente entre los menores de 16 años (0.92%) en comparación con estudiantes que superan esta edad (0.73%)

Para los estudiantes encuestados en 1993 en el Distrito Federal la droga de mayor experimentación fueron precisamente los inhalables con el 4.82% en comparación con otras sustancias. Cuando se considera únicamente el consumo ocupa el segundo lugar (después de la marihuana) con el 1.05%.

En los datos de 1997 en la encuesta del Distrito Federal en la comunidad estudiantil de la ciudad, se encontró que el 3.9% eran consumidores, siendo la

principal sustancia ingerida entre los estudiantes de 15 años y al aumentar la edad el porcentaje de consumo disminuye.

⊖ Alucinógenos.

En cuanto a las plantas psicótropas, hay evidencias de su uso en los murales en Teotihuacan y Quintana Roo (Tulum). Pero entre constatar la presencia y el uso de plantas y sustancias alucinógenas en las sociedades prehispánicas y afirmar que existieran adictos a ellas hay una gran diferencia.

Tapia (op. cit) señala que el consumo suele dividirse en dos grandes rubros: por un lado el uso ritual, relacionado con la fiesta de los dioses y limitado a sacerdotes o gobernantes, por el otro lado el consumo asociado a ciertas celebraciones entre las que se refieren a los banquetes de los grandes señores, la reunión de comerciantes y mercaderes que van a partir hacia otras tierras o los guerreros de alta jerarquía antes de ir a la guerra. Para el resto de la gente estaba prohibido ingerirlos ya que implicaba la invasión de terrenos sagrados.

La primera planta en adquirir representatividad y sentido fue el peyote (*Lophophora Williamsii*) cuyo uso fue destacado entre tarahumaras y huicholes. En 1888 se estudió el peyote en laboratorios de Berlín obteniéndose cuatro alcaloides de los que solamente a la mescalina se le atribuyen potentes efectos psicotrópicos. Se encontró también que los fenómenos físicos concomitantes a la intoxicación eran mínimos y sin consecuencias.

Otra de las más potentes drogas psicodélicas conocidas hasta el momento actual, y catalogada en el grupo de los psicodislépticos, que son fármacos que alteran sustancialmente las funciones psíquicas, es el LSD (ácido lisérgico) que ha provisto el mecanismo evasivo por excelencia.

Estudios etnobotánicos y fitoquímicos han corroborado que los principios activos de plantas bien conocidas en tiempos prehispánicos eran el ololiuhqui (*Turbina Corymbosa*) y la ipomea violácea, semejantes a la dietilámda del

ácido lisérgico, y tenía por consiguiente las mismas acciones. Se empleaban en rituales, especialmente de tipo adivinatorio o curativo.

Finalmente hablaremos de los tzonanácotl, hongos divinos del género *psilocibe* y *stropharia* que súbitamente se encontraron hace cerca de 40 años, surgieron deidades en las profundidades de las cañadas de la sierra mazateca, aunque existe evidencia de uso desde la época prehispánica.

A partir de la conquista española desaparecieron muchas de las plantas, animales y compuestos, se llegó a saber de la existencia de los hongos a partir de quienes buscaban información acerca de las costumbres y medicinas usadas por los indígenas prehispánicos. Fue en 1955 en el corazón de la sierra Mazateca que Richard Wasson acompañado por María Sabina, irrumpieron en el umbral de la antigua Mesoamérica, al consumir los hongos Wasson refiere haber manifestado visiones con un gran repertorio, se convirtió en promotor de la función creadora que el hongo puede ejercer sobre la mente humana, sin embargo, ni aún él ha sido adicto a los tonácatl. (Wasson, 1980).

Por su baja prevalencia se agruparon diferentes sustancias psicoactivas para presentar su comportamiento epidemiológico en conjunto. Entre los alucinógenos se encuentran la mescalina, los hongos y el peyote. Otros alucinógenos pero de origen sintético son: el LSD y el MDMA o éxtasis.

De la información proporcionada por el Instituto Mexicano de Psiquiatría según las encuestas de 1976 y 1986, los alucinógenos se han mantenido prácticamente estables, teniendo en 1976 una prevalencia de 0.7% y en 1986 el 0.6%.

Por su parte la Encuesta Nacional de las Adicciones, reportó que los alucinógenos representaron el 0.26% de la prevalencia total (alguna vez). El mayor porcentaje de los usuarios de alucinógenos son hombres con una prevalencia de 0.54% y de 0.02% en las mujeres. La edad en la que se inicia el consumo a diferencia de otras sustancias psicoactivas, es principalmente entre los 18 y 25 años con 48% y luego entre los 12 y 17 años con 31%.

- Tranquilizantes, sedantes y estimulantes.

Un último rubro a señalar son las drogas médicas, entre las que se encuentran los tranquilizantes, los analgésicos narcóticos, los sedantes y los estimulantes.

Así las encuestas realizadas en 1976 y 1986 indican una prevalencia de 2.6 y 2.5% respectivamente, sin embargo, los tranquilizantes ocuparon en 1976 el primer sitio de las sustancias psicoactivas utilizadas entre estudiantes, para 1986 descendieron al tercer sitio. Su relevancia radica en que se situaron ambos años en sitios preponderantes y para 1991 entre 0.34 y 1.03%. Por su parte los estimulantes (anfetaminas) en 1976 tenían una prevalencia de 2.0% y los sedantes de 0.9%; en 1991 la prevalencia aumento en las anfetaminas, entre 2 y 4%.

Según la ENA la prevalencia en el consumo de tranquilizantes en la población urbana entre los 12 y 65 años es de 0.72%, de acuerdo con el sexo, en los hombres de 12 a 34 años de edad la prevalencia es de 1.02% y de 0.54%, en los de 35 a 65 años. Entre las mujeres corresponde a estos mismos grupos 0.59 y 0.30% respectivamente. La edad a la que se inicia el consumo es entre los 18 y 25 años de edad con el 39.8%, y luego entre 12 y 17 años con el 27.6%.

En las edades de 12 a 65 años la ENA proporcionó las siguientes cifras: analgésicos narcóticos con 0.14%, sedantes con .10%, anfetaminas y otros estimulantes 0.65% de prevalencia. La edad de inicio para estos grupos farmacológicos fue principalmente entre los 18 y 25 años de edad.

### 2.3 Los jóvenes y el consumo de drogas.

La información señalada permite observar un panorama del problema del uso y abuso de sustancias psicoactivas, siendo así el momento oportuno para realizar acciones preventivas y ampliar la vigilancia epidemiológica en la materia, pues como se aprecia la población usuaria más afectada son los niños y los adolescentes. Es considerado uno de los principales problemas de

abuso de sustancias adictivas en nuestro país, ya que el aumento de su consumo es alarmante, como en el caso de los inhalantes, las anfetaminas y los tranquilizantes, de ahí la relevancia de desarrollar la presente investigación encaminada a una mejor comprensión de este problema de salud.

La mayoría de las personas consumen diversas sustancias al día que son capaces de alterar su estado psíquico, como el café, el alcohol o los cigarrillos. Como es de entenderse, nuestra preocupación radica en la población adolescente ya que es ahí donde se puede y se debe dar una prevención primaria respecto al consumo de éste tipo de sustancias adictivas.

Funes (op. cit.) indica que existen cuatro elementos que definen el acto de usar cualquier droga incluido el alcohol: las expectativas, la institucionalización, el contexto y relación social en que se usan cada uno de estos elementos desde la perspectiva adolescente, tiene unos aspectos concretos y específicos a destacar.

Cuando se utiliza una droga se tienen expectativas de obtener determinados efectos, de forma consciente se busca conseguir un placer, alcanzar un estado personal diferente. En el caso de los adolescentes, las expectativas de los efectos tendrán más importancia que los propios efectos. Entusiasmo, imaginación, modas, publicidad, culturas, reacciones por parte de los adultos entre otros, se mezclan para crear un complejo mundo de expectativas, que pueden ser a menudo más problemáticas que la propia sustancia.

Entre los adolescentes, los usos de drogas también responden a modas que ellos crean, reciben o alteran y que se difunden por su vocabulario particular. Cabe destacar que para poder prevenir el problema de las drogas hay que empezar sabiendo que esperan los adolescentes de ellas.

Por otro lado, el uso de una droga suele enmarcarse en una ritualización determinada, en un ambiente institucionalizado o, en otros casos, definidor de alguna trasgresión social. De este modo, señalan Miller y Burt (1973) que

algunas veces el consumo de drogas se origina por motivos culturales, pero en el caso de los jóvenes, normalmente se debe al simple hecho de transgredir las normas establecidas: si es alcohol, mejor en la calle que en el bar, mejor de noche que de día, si son otras drogas, mejor provocando que disimulando, mejor lo prohibido que lo tolerado. Si toda droga tiene su rito, su institucionalización, los grupos adolescentes construyen además la que les es propia.

En general, en el aspecto de la relación social, el uso de drogas supone un posicionamiento de la persona con respecto a los demás; se bebe, se fuma o se consume drogas, con los otros o en soledad, por querer ser como los demás, o justamente por la razón contraria, por querer distinguirse de los otros, ser diferentes.

En el caso de adolescentes se debe recordar que: no hay adolescente sin grupo o que ser adolescente es estar en una búsqueda continua de la propia identidad. Muchas de las posibles intervenciones pasarán por el trabajo con el grupo o con el posicionamiento del adolecen dentro del mismo. Igualmente, los usos de drogas no son banales ni gratuitos, ya que suelen ser potentes generadores de identidad provisional en el seno de un grupo muchos de los usos de drogas comienzan asociados a conductas que sirven para definir un grupo al cual quiere incorporarse un adolescente, igual que se define a partir del gusto por una música o por determinado tipo de vestuario, puede y suele hacerlo por algunos usos de drogas.

Además, el uso de drogas tiene sentido en función de contextos vitales que son concretos y de acuerdo a las necesidades en los que se desarrolla la vida de cada día de una persona, gran parte de las relaciones de los adolescentes con las drogas tiene que ver con sus tiempos y espacios de diversión. Si en los adultos el uso tiene que ver contextos vitales diferenciados como el rendimiento, el éxito laboral, las relaciones sociales, los momentos de angustia, entre otros, con los adolescentes pasa igual. De estos hechos puede señalarse que la principal dificultad no suele ser como intervenir sobre la droga sino saber cómo incidir positivamente en cada contexto concreto.

Como los elementos de socialización y los contextos son demasiados y variados, las personas que consumen alguna droga no se dan cuenta cuando se convierte en un problema de abuso llegando a la dependencia; un ejemplo podría ser cuando una persona toma durante cierto tiempo determinadas drogas de cierta manera, es posible que ocurran dos fenómenos: que poco a poco tenga que ir tomando mayores cantidades para obtener los mismos efectos, o que si deja de consumirlas se le presente un conjunto de trastornos de mayor o menor gravedad. Al primer fenómeno se le da el nombre de tolerancia, mientras que el segundo se le denomina dependencia.

Anteriormente existía una distinción importante entre dos formas de dependencia, se consideraba que unas drogas causaban sobre todo dependencia física, en tanto que otras únicamente provocaban dependencia psicológica, desde esta perspectiva se define a esta dependencia como un estado caracterizado por preocupaciones emocionales y mentales relacionadas con los efectos de las drogas y manifestándose por una conducta de búsqueda continua, por otro lado, la dependencia física es definida como el estado del organismo que se ha adaptado de tal forma a una droga que cuando se le suspende provoca claros síndromes de abstinencia que incluso pueden provocar la muerte. Actualmente ambas dependencias se engloban en una sola, con rasgos comunes entre las diferentes drogas y algunas características propias, de tal forma que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la dependencia como un estado en el cual la autoadministración de drogas produce daños al que las consume así como a la sociedad.

Con respecto el fenómeno de tolerancia, nos referimos que el cuerpo humano se adapta a la presencia de una droga desarrollando mecanismos cada vez mayores para destruirla y para eliminarla, de esa manera, la cantidad de droga inicialmente efectiva lo va siendo cada vez menos. (Hollister, 1985).

Por tanto, es importante resaltar que en muchas ocasiones lo relevante es la cantidad de sustancia consumida y la regularidad con que se efectúa la ingesta, también recordemos que los elementos básicos dependen del contexto cultural, condiciones sociales, momento histórico, entre otros.

Al respecto Norton y Orange (1989) distinguen tres categorías por las que se consumen sustancias adictivas:

- a) Consumidor ocasional o esporádico.- Es aquella persona que no le da ninguna importancia a las drogas, las consumen ocasionalmente, y la manera de ingerirlas no le crea ningún problema ya que no necesita de los efectos de la misma.
- b) Consumidor excesivo.- A diferencia del anterior busca los efectos de las drogas para sentirse bien, es decir, las consume cada vez que puede o le es posible, es decir, con mucha frecuencia, y puede llegar a tener problemas en el trabajo y con su familia por su forma de consumo. Reconoce que su consumo es excesivo, y a pesar del agrado al consumirlas puede dejar de ingerir las sustancias adictivas cuando es necesario, y al hacerlo no siente deseos imperiosos de ingesta, no sufre desequilibrio químico que active una compulsión física en el organismo.
- c) El consumidor adicto.- Es aquel que manifiesta una obsesión y compulsión física por el consumo de sustancias, por tanto no tiene control sobre su manera de consumir sustancias adictivas, lo que ocasiona un daño irreversible en el Sistema Nervioso Central (SNC). El adicto necesita consumir la droga que reemplaza a los químicos naturales del sistema neurotransmisor que se han dejado de producir a consecuencia de la presencia de la droga. El adicto niega su problema y culpa a las circunstancias o personas por su forma de consumo, cuando deja de consumir la sustancia adictiva sufre el síndrome de abstinencia, su intensidad va a depender del tipo y cantidad de droga que se consuma.

#### 2.4 Clasificación.

De los criterios de dependencia y tolerancia ya señalados, las drogas son clasificadas en duras y blandas, magnificando los efectos de unas y disminuyendo los de otras. En realidad no ayuda mucho este tipo de clasificación, pues existen usos duros y blandos en casi todas las drogas, y las



condiciones personales y ambientales pueden hacer problemático el uso de una droga que en principio no lo es. Se puede decir que hay dependencia cuando se utilizan las drogas de una manera excesiva, perjudicial y compulsiva.

Para Tapia (1994) el riesgo de llegar a ser adicto de una determinada sustancia depende de múltiples factores, como el conjunto de efectos que produce, o sea, aquellas drogas que producen euforia, alegría o sentimientos placenteros, tendrán más riesgos que las sustancias cuya acción está acompañada de efectos desagradables, otro factor es la rapidez con la que aparezcan los efectos, de tal forma el riesgo de adicción es mayor cuando una droga se inyecta que cuando es ingerida oralmente, en donde se tiene que esperar hasta digerirla para que aparezcan sus efectos.

Otro de los factores es la disponibilidad y la incitación comercial a su consumo si a una persona le parecen igual los efectos de diversas drogas, es más fácil que abuse de drogas sin trabas para su obtención, aunque en los adolescentes puede ser a la inversa. Con más razón ocurrirá si la sustancia es promocionada, si le precede fama, si se crea una moda, si hay una publicidad de sus virtudes, o si hace creer que es necesaria para la vida y el éxito. Algunos jóvenes no tienen preferencia por algún tipo de droga, simplemente consumen aquella que este más a la mano, sea más barata o esté de moda.

El estilo de vida, las circunstancias personales y sociales es otro de los factores, ya que el riesgo de depender del alcohol, de la cocaína o de las anfetaminas, es probablemente mayor en las personas que viven inmersas en un torbellino de fiestas, de relaciones sociales y de representación profesional, que en las personas con vida sencilla y ritmos sociales tranquilos. Para un adolescente de calle, en un barrio urbano lleno de necesidades y dificultades, tomar lo que toman sus amigos puede convertirse en algo vital.

Otro factor es el grado y la rapidez con la que generan dependencia, es decir, la gravedad del síndrome de abstinencia que la interrupción de su consumo provoca, mirando sólo esta característica son menos adictivos los

derivados del cannabis que las anfetaminas, ya que con los derivados de cannabis en su abandono brusco del consumo no provoca un cuadro de abstinencia.

Por último, se encuentra el grado y la rapidez con la que su utilización continuada desarrolla tolerancia, es decir, la necesidad de aumentar la dosis para obtener los efectos deseados, incrementar las cantidades a consumir y por lo tanto los riesgos de tener efectos negativos. A la inversa la tolerancia proporciona al individuo la sensación de que controla el uso de la droga ya que parece dominar sus efectos.

La preocupación por los usos que los adolescentes hacen de las drogas debe comenzar no sólo por el tipo de sustancia que consumen, sino también en los usos que se hace de estas, hay que analizar mucho más que en otros grupos de edad, las formas como las ingieren, el sentido y las circunstancias en que se producen los consumos.

En un mundo de cambios continuos en las sustancias disponibles, en sus mezclas, en el tipo de consumo y de consumidores, la simple clasificación de las drogas no puede ser otra cosa que una referencia.

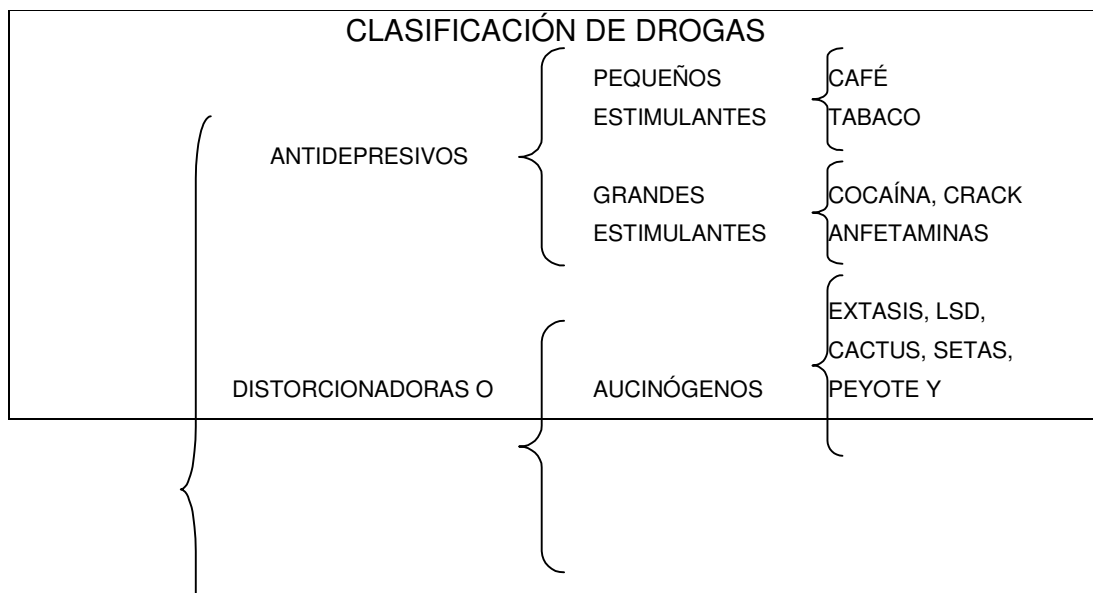
Un adolescente estable, sin conflictos importantes, no consumirá drogas habitualmente, y cuando ocasionalmente pruebe alguna, es posible que no le cause problemas posteriores; la contraparte, por ejemplo un adolescente que consume heroína tiene la sensación que si lo deja perderá lo poco que en su corta vida ha conseguido un grupo como él, que lo ampara, que lo ayuda a buscar una manera de vida, la comprobación de que ha dejado de ser niño, la principal manera de divertirse, entre otros. El problema puede ser la falta que tienen los adolescentes de otras experiencias o de la ausencia de interlocutores para analizarlas.

Pero regresando a las drogas mismas, no se pueden afirmar que cada una de ellas produzca un único efecto, todas ocasionan múltiples consecuencias. Tampoco es cierto que una misma droga produzca siempre los mismos efectos, ya que depende de factores y circunstancias que los

modifican. Lo que sí se puede afirmar es que existe una relación entre dosis y respuestas del organismo: a mayor cantidad de droga administrada mayor manifestación de sus efectos.

Massun (op. cit.) nos menciona que los efectos producidos por el consumo de cualquier droga varían en función de la interacción, de numerosos factores, entre los que se encuentran: las características de la sustancia ingerida como el tipo de droga, calidad, pureza química y cantidad; pero también influye las características individuales del consumidor, como la edad, el peso corporal, el metabolismo, estado de salud en general, rasgos de carácter, personalidad, formación, conocimientos, creencias entre otros; y por último el ambiente, es decir, las circunstancias y el medio en que se consume entre los cuales están el estado de ánimo, experiencia previa, expectativas, la razón por la que se toma la droga, ambiente, social y cultural, etc... Tal diversidad de factores hace imposible predecir con absoluta seguridad que tipo de reacciones provocará el uso de una droga en determinada persona, en un momento dado; sumado a los factores también existe la posibilidad de que un consumidor haga una mezcla de varias drogas al mismo tiempo.

Así cosas, la multiplicidad de factores que intervienen en el conocimiento de las drogas dificulta una clasificación. Sin embargo, Funes (op. cit.) nos menciona una aproximación aceptada: con la tendencia de los neurólogos y farmacólogos actuales que tienden a agrupar las sustancias por familias y en función de cuáles son sus mecanismos conocidos de acción sobre el SNC, esta clasificación se puede observar en la tabla 1, que fue adaptada para la explicación de las drogas.



CREADORAS DE NUEVAS REALIDADES PSÍQUICAS		SUSTITUTOS
<b><u>DROGAS</u></b>	DERIVADOS DEL CAÑAMO	MARIHUANA, HACHÍS
	ALCOHOL Y SIMILARES ANSIOLITICOS O CALMANTES DE LA ANGUSTIA	DIACEPAN, INDUCCIÓN AL SUEÑO
	GRANDES TRANQUILIZANTES SOLVENTES	LOS UTILIZADOS EN SALUD MENTAL CEMENTO, THINER
	OPIÁCEOS	MORFÍNA, CODEÍNA, HEROÍNA Y OPÍO NATURAL Y SINTÉTICO
DEPRESORAS		

Tabla 1. Clasificación de drogas.

De acuerdo a esta clasificación nos proponemos dar a conocer las sustancias más conocidas en el mercado, los efectos al momento de consumirlas y las consecuencias físicas, también se describirán algunas consecuencias de tipo psicológico, familiar y social.

#### 2.4.1. Grandes estimulantes.

Los estimulantes son sustancias psicoativas que aceleran el funcionamiento del Sistema Nervioso Central. En la actualidad son bien aceptados por la sensación de energía, euforia y felicidad que producen inmediatamente después de ser consumidos. Hay muchos estimulantes “suaves” socialmente aceptados que no son considerados como drogas, entre los cuales tenemos el té, el café, y la coca-cola, que contienen cafeína.

La gama de estimulantes existentes en el mercado, se ha concentrado en dos grupos; por un lado los grandes estimulantes como: las anfetaminas y la cocaína y por el otro los estimulantes menores como la cafeína y la nicotina.

o Anfetaminas.

Dentro del primera clasificación se encuentra una gran gama de pastillas, aunque cabe señalar, que no todas son exactamente anfetaminas, aunque se parezcan, ni producen los mismos efectos, ni tienen los mismos riesgos.

Las anfetaminas son fármacos estimulantes del Sistema Nervioso Central proceden de la planta (Catha Edulis) y su precursora es la efedrina. Massun (op. cit.) señala que fueron descubiertas en la década de 1920. La anfetamina (benzedrina) se empleo en la clínica por primera vez en 1935 como estimulante que podía contrarrestar la tendencia excesiva a quedarse dormido (narcolepsia). También fue empleada para disminuir la fatiga, y aumentar la actividad psíquica y física. Así como sustituto de la efedrina y la adrenalina, y así ser usada como descongestivo nasal por inhalación, pero sus efectos euforizantes pronto produjeron los primeros casos de abuso.

A partir de los años 60s los medios de comunicación promovieron su consumo por sus propiedades inhibitoras del apetito principalmente, sin embargo su aplicación se detuvo al comprobarse que un uso crónico agudiza la depresión y crea dependencia. (Tapia, op. cit.)

Funes (op. cit.) menciona que entre las pastillas más encontrados en el mercado actualmente las podemos observar en el cuadro 2.

NOMBRE CIENTIFICO	NOMBRE COMERCIAL
Anfetamina	Simpatina , Centramina
Dexafentamina	Dexedrina
Mentafetamina	Methedrina
PASTILLAS FUERA DEL MERCADO FARMACÉUTICO	
Metilendioxianfetamina	MDA
Dimetoxi-4-Metanfetamina	DOM
3,4 Metilendioximetanfetamina	MDMA

Tabla 2. Anfetaminas más conocidas en el mercado.

De la lista anterior y otros muchos centenares de sustancias análogas existentes, se puede situar en un polo a las anfetaminas estrictamente y por otro lado a las sustancias cuyos efectos están más bien cerca de los alucinógenos (como el DOM) de los que se hablara más adelante.

Así las pastillas pueden ser simples estimulantes, drogas de la comunicación y de la empatía, o acabar produciendo cierta alucinación. Son sustancias lúdicas y festivas, que refuerzan en algunos grupos de jóvenes el valor de los tiempos de diversión por contraposición a los de las obligaciones.

En contraposición con otras drogas las pastillas no suelen estar adulteradas; en todo caso pueden ser un fraude y no contener lo que dicen ser. Las pastillas son las drogas de más fácil adquisición y utilización (sin necesidad de emplear instrumentos o ritos). Los efectos principales tienen que ver con la estimulación en general; la desaparición de la sensación de cansancio y del apetito, aumento del rendimiento físico, con la sensación de mayor lucidez y capacidad mental, además de la euforia, energía, y felicidad. También se presenta sudoración, taquicardia, hipertensión arterial, y un síndrome cerebral agudo con confusión y desorientación. Las tres formas de anfetaminas son efectivas por vía bucal. La anfetamina y la metilanfetamina se puede suministrar también por vía intravenosa. Su rápida captación produce un vértigo orgiástico (rush) en el cuerpo y en la mente que parece en velocidad e intensidad al vértigo que producen los opiáceos cuando se aplican por esta vía.

Hollister (1987) señala que sus efectos iniciales son la elevación del estado de ánimo, disminución de la sensación de fatiga y del apetito. Se desarrolla tolerancia rápidamente y al incrementarse la dosis se produce hipervigilancia, ideación paranoide (con delirio de parasitosis, estereotipia, braxismo, alucinaciones táctiles de infestación por insectos) y psicosis en ocasiones acompañada con ideas persecutorias y respuestas agresivas.

Pasados los efectos estimulantes iniciales, sobrevienen depresión y fatiga. La supresión súbita del consumo de anfetaminas provoca la aparición de los signos contrarios a la intoxicación. Los sujetos experimentan agotamiento, sueño excesivo, apetito voraz y depresión. Estos síntomas del síndrome de

abstinencia, no ponen en riesgo la vida, sin embargo, menciona Delgado (op. cit.) que con dosis de 30 mg. sí se puede producir la muerte. De lo anterior se deriva que en términos generales se considere que los estimulantes del SNC no producen dependencia física, pero si pueden generar dependencia psicológica.

Actualmente las anfetaminas se siguen utilizando como medicamento en el tratamiento de la narcolepsia, la obesidad, ciertos tipos de depresión, y para aliviar la fatiga. Al uso cotidiano de anfetaminas se desarrolla tolerancia y por tanto se aumentarán las dosis para mantener sus efectos.

Recientemente se ha descubierto que existen adictos por inyección intravenosa, iniciando su consumo de 20 a 40 mg, en cada paquete. La inyección produce rápidamente tolerancia, de modo que hay que aumentar la cantidad inyectada para mantener el efecto. Al principio se percibe una actividad inteligente, locuacidad, agudeza, pensamiento claro y una agresividad vigorizante, con el tiempo la actividad se hace menos organizada podrá convertirse en impulsiva y repetitiva, aparece la timidez, alucinaciones visuales, delirios de persecución o reacción paranoide. Al terminar los efectos pueden aparecer reacciones psicóticas, podrá dormir de 24 a 48 hrs. seguidas, aumenta el apetito y se sentirá sumamente deprimido, llevándolo de nuevo al consumo. Los peligros de inyectar grandes dosis incluyen palpitaciones, arritmias, síncope (desvanecimiento), colapso circulatorio, convulsiones e incluso la muerte. (Miller y Burt, op, cit.).

El riesgo principal del consumo de anfetaminas comienza por desconocimiento de lo qué se esta tomando y de su poder real, de esta manera los problemas pueden surgir por un abuso no previsto en las cantidades o por una combinación de pastillas que resultan nefastas. El efecto de tolerancia se detecta fácilmente con el aumento en la cantidad de pastillas. Al tener un abandono repentino o después de los efectos, suele ser tan depresivo o estimulante su abuso.

Durante la intoxicación con los estimulantes mayores del SNC pueden incrementarse la agresividad; esto es acompañado por una sensación de mayor fuerza muscular, delirios paranoides, alucinaciones visuales y auditivas, lo que puede convertir a los intoxicados en sujetos peligrosos. Estos peligros van desde sentimientos de inquietud hasta delirio, pánico, conducta suicida u homicida, por dosis excesiva, cabe mencionar que la dosis letal varía de un individuo a otro.

Existe una anfetamina o metanfetamina conocida con el nombre de "speed", es un polvo para ingerir o snifar, y se le considera más poderoso que las pastillas. Es una de las mal denominadas "drogas de diseño", es decir las sustancias diseñadas en laboratorios para obtener los mismos resultados que las drogas naturales como a marihuana, en el caso del "speed" existen antecedentes de su existencia que datan de hace 30 años. El sulfato de anfetamina o "speed" tiene múltiples aplicaciones en el ámbito terapéutico, no obstante en los últimos tiempos se está desviando su uso hacia el mercado ilícito de los drogodependientes.

Como principal efecto, al igual que las pastillas, ocasiona una euforia subjetiva, aumentando aparentemente la capacidad de atención y concentración, así como el rendimiento intelectual por ello es facilitador de las largas horas de diversión, sin cansancio y con una estimulación en general. Al terminar los efectos suele ser borrascosa y depresiva como la cantidad de consumo.

El consumo prolongado, según la tolerancia y vulnerabilidad del consumidor puede desencadenar la aparición de alteraciones psicopatológicas de tipo psicótico que prolongan en síndromes depresivos, y que en diagnóstico clínico diferencial es con la esquizofrenia. El speed tiene un claro efecto de tolerancia y si se toman regularmente aparecerá una tendencia a aumentar la cantidad. La supresión del su consumo puede ocasionar síndrome de abstinencia, en el que se presentan irritabilidad, cansancio, somnolencia y depresión. Este último síntoma es el que más frecuente se presenta, aunque también se manifiestan conductas agresivas, conductas obsesivo compulsivas,



un síndrome paranoide puede instaurarse al final de esta evolución. La vía de administración, dosis y características del sujeto (como en la mayoría de las drogas) son lo que condiciona la gravedad y la intensidad de dependencia psicológica anfetamínica. (Delgado, op. cit.).

El “speed” suele ser por lo general en polvo, el cual es “snifado” o mezclado con alguna bebida suave o alcohólica, pero también se encuentra en el mercado en forma de tabletas o cápsulas, y es posible consumirla vía intravenosa, modo preferido por los consumidores por la intensificación de sus efectos.

#### ⊖ Extasis.

El éxtasis o MDMA (metilenedioximetilamfetamina) se patentó por primera vez en Alemania en 1914 por E. Mark & Cía, no se le dio uso terapéutico ni social, hasta la década de los 70s que comenzó a popularizarse en los ambientes contraculturales y universitarios de los Estados Unidos. Su conversión en droga de uso masivo se produciría a finales de los años 80s y principios de los 90s. Actualmente se encuentra en grandes cantidades en el mercado ilícito, y es conocida con los nombres de Adán, hamburguesas, galletas de disco, palomas del amor, M25, XCT, o simplemente X.

Por su composición química tiene efectos estimulantes y también alucinógenos semejantes a la mezcalina, provoca un estado emocional caracterizado por la facilidad de expresión de los sentimientos y por tanto de la comunicación, así como el desbloqueo de los conflictos internos, lo que ayuda al consumidor a relacionarse con las personas que le rodean. Además existen efectos eróticos que son facilitadores de un nuevo marco de sensaciones en relación sexual; ya que no produce ni más ganas, ni más potencia, si no que es una droga sensual placentera, durante los efectos de esta droga cobran importancia los sentidos y otros aspectos de la relación.

Este tipo de droga no suele estar alterada ya que hacerlas más potentes iría en contra de los criterios comerciales para vender más y en una dosis mínima una persona debe notar sus efectos.

El consumo de éxtasis genera una fuerte dependencia emocional o psíquica, se ha llegado a afirmar por parte de fuentes médicas que si se consume intensamente produce síndrome de abstinencia, que se traduce en fatiga, depresión y trastornos del sueño. En pequeñas dosis, produce una mayor actividad motora, un aumento de la percepción sensorial y un efecto analgésico, elevada euforia, alucinaciones de terror, se puede presentar náusea y vómitos; en dosis más grandes el éxtasis produce rigidez muscular, temblores, convulsiones e incluso la muerte (Delgado, op. cit.).

#### o Cocaína.

La cocaína es el más poderoso estimulante del sistema nervioso, se obtiene de las hojas de la planta o árbol de coca, se cultiva en la zona occidental de América del Sur, que comprende el norte de Colombia, Argentina, la región de Cochabamba en Bolivia y en Perú, siendo este último país el productor del 80% del total de la coca a nivel mundial. En la actualidad también se cultiva en Brasil, la India y Pakistán. El arbusto de la coca es una planta de hoja perenne, corteza rugosa color pardo rojizo, puede alcanzar una altura de 6m. Tiene pequeñas flores de color blanco- marfil, a los cinco años, cuando la planta ha madurado, se recolectan tres o cuatro veces al año durante 30 o 40 años las hojas, que constituyen la parte que contiene las sustancias farmacológicamente activas.

Funes (op. cit.) menciona que las hojas de coca contienen seis grupos de alcaloides, entre los que destaca la cocaína pura o la cocaína base, que no es soluble en agua y sí en éter y en ácidos, con los que forma sales que ya son hidrosolubles, una de estas sales, el clorhidrato de cocaína, es la que comúnmente se usa, y es conocida como cocaína.

Es posible obtenerla con procedimientos semisintéticos, a base de transformar algunos de los otros alcaloides de las hojas. También es posible producirla de manera totalmente sintética, sin recurrir a ninguna sustancia derivada de las hojas de coca en el laboratorio de manera larga u compleja que no supone ninguna ventaja económica.

La cocaína puede ser ingerida de varias maneras, la vía elegida condicionará una parte importante de los efectos. El procedimiento tradicional empleado por los indígenas es el de mascar las hojas. Modo utilizado desde antes de la llegada de los españoles con fines mágico-religiosos, pero posteriormente fue utilizada por los conquistadores para incrementar el rendimiento de los indígenas en el trabajo y en ocasiones como pago salarial, situación que provocó la generalización de su consumo en la población.

En 1858, Niemann y Walter aíslan la cocaína alcaloide, activo de la coca. Inicialmente, se usó como medicamento por sus propiedades anestésicas, y más tarde para la desintoxicación de adictos a la heroína. Su consumo se generalizó a la población europea a principios del s. XX, posteriormente disminuyó, pero volvió a tomar auge en la década de los 60s y 70s. Su introducción en occidente fue por el Dr. Sigmund Freud, quien la utilizó para tratar los síndromes de abstinencia del alcohol y los opiáceos, las depresiones, y también como anestésico. Este último uso se le dio hasta que se introdujeron otras drogas con propiedades anestésicas que no tenían los riesgos de la cocaína; lidocaína, novococaína, procaína, y xilocaína. Posteriormente el italiano-francés Mariani basándose en los efectos estimulantes de la cocaína creó una bebida a base de esta sustancia, alcohol, y ciertas hierbas, que alcanzó gran popularidad. En Estados Unidos apareció el "vino de cola" que después con una nueva fórmula y botella dio origen a la "Coca-Cola", dando origen a un consumo generalizado por la población, cuando se comprobaron los daños que ocasionaba la cocaína fue sustituida por cafeína. En la actualidad esta bebida es ingerida a grandes proporciones a nivel mundial, sin reconocer aún por parte de los consumidores, los daños que esta ocasiona.

Además de masticada la cocaína puede ser administrada vía endovenosa, sola o mezclada con otras sustancias como heroína (conocida como "spell ball" o bola rápida), esta forma de consumo supone la obtención máxima de efectos, pero estos duran unos escasos minutos. También puede ser fumada, mezclada con tabaco, pero los efectos son de escasa intensidad,

entre otras razones porque una parte de sustancia parece destruirse con la combustión, excepto que la sustancia fumada sea pasta de coca. La manera más difundida de administrársela suele ser inhalada o “esnifada” vía nasal, su paso a la sangre se produce mediante la absorción por la mucosa nasal y permite, proporcionalmente, el máximo de efecto.

En cuanto a los efectos, éstos empiezan a sentirse casi inmediatamente después de una inhalación o de una administración endovenosa, se alcanza con rapidez elevadas concentraciones en la sangre, y sus efectos duran poco tiempo, unos cuantos minutos, lo cual lleva a un patrón característico de administraciones sucesivas cada 15 o 30 minutos dependiendo de la vía de administración. Si se suspende la administración de la cocaína no se producen trastornos fisiológicos graves como los observados con otras sustancias.

Los efectos de su consumo son euforia, excitación, locuacidad, sensación de gran fuerza física y agudeza mental. Lo anterior va acompañado de una serie de manifestaciones que son consecuencia de los efectos en los distintos aparatos y sistemas del organismo. En el sistema cardiovascular se detecta taquicardia, hipertensión, alteraciones del ritmo cardíaco, arritmias, infarto del miocardio. En el aparato respiratorio: respiración irregular, aumento de la frecuencia respiratoria, daño pulmonar. Por otro lado, en mujeres embarazadas pueden presentarse complicaciones obstétricas que incluyen aborto espontáneo, desprendimiento prematuro de la placenta, retraso del crecimiento fetal. La cocaína puede causar ansiedad cambios en el ánimo y delirio. Por supuesto estos efectos al igual que otros estimulantes van a depender de la dosis, vía de administración, tipo y condiciones de consumo, así mismo la personalidad del sujeto y el contexto sociocultural en el que se produce el consumo.

Ahora bien, el consumo de cocaína en ocasiones se alterna y complementa con marihuana, con alcohol, y/o con algún grupo de anfetaminas. Se utiliza con el consumo de alcohol específicamente para neutralizar su abuso, es decir, la bajada del alcohol con una nueva subida a base de cocaína,

que volverá a permitir seguir bebiendo, y como facilitador de las relaciones sociales.

En el contexto laboral, su función principal es proporcionar resistencia a la fatiga, pero además proporciona un cierto brillo social y eficacia, ya que si es tomada en dosis moderadas, puede no alterar la realización de las tareas habituales.

En lo que respecta a la dependencia hacia la cocaína El Manual sobre Dependencia de las Drogas de la OMS (1975) afirma: la cocaína es el mejor ejemplo que no ocasiona ni tolerancia ni dependencia física, pero que provoca dependencia psíquica que puede conducir a un tipo peligroso y profundo de farmacodependencia.

Al respecto Pedro Delgado (op. cit.) menciona que el consumo vía nasal no produce dependencia y tampoco síndrome de abstinencia, pero el sujeto puede llegar a padecer alteraciones del estado de ánimo como insomnio, irritabilidad, depresión, cansancio, alteraciones de la memoria, paranoia, entre otras. Menciona que por vía intravenosa su consumo sí produce dependencia física, y continuando su consumo puede ocasionar cuadros de tipo paranoide que no ceden aún después de su consumo. Estadísticas en México señalan que sólo una pequeña parte de los usuarios de cocaína tiene un consumo compulsivo y productor de grandes estimulantes; aquellos quienes tienen niveles elevados de frecuencia y de intensidad en torno a la búsqueda de la sustancia provoca rupturas en las relaciones sociales y estados psíquicos caracterizados por una gran necesidad psicológica de obtener los efectos de la cocaína.

Sin embargo, cuando se entra en consumos muy intensos aparece el descontrol, la situación de dependencia vital y los grandes desequilibrios psíquicos, aparece la ansiedad ante la posibilidad de no disponer de la droga. Comúnmente esta droga suele usarse alternado períodos de moderación y descontrol.

La dosis letal señalan Miller y Burt (op. cit.) de cocaína parece situarse en torno a 1.2 gr. que llegue al torrente sanguíneo de una sola vez, esta dosis es inusual entre los consumidores. Con una dosis superior a 20 mg. se manifiestan síntomas de intoxicación en un grado más intenso. Al no existir un fenómeno claro de tolerancia como necesitar aumentar la dosis para obtener los mismos efectos, el riesgo de sobredosis no disminuye con el tiempo, sino que aumenta en la medida que con el consumo sistemático se entra en una cierta intoxicación crónica, existiendo el riesgo de una sobredosis, que pueden ser mortales. La muerte sobreviene por convulsiones y depresión respiratoria.

Por tanto, el consumidor de cocaína desarrolla diferentes trastornos que incluyen: dependencia por lo que percibe que le es imposible suspender el consumo de esas sustancia, problemas físicos como cardiovasculares, neurológicos, disfunción sexual, pérdida del olfato, irritación y sangrado nasal, así como problemas mentales profundos como: psicosis, paranoia, depresión y ansiedad.

Por supuesto la comunidad también se ve afectada por el consumo de esta droga, porque se presentan más accidentes de tránsito, actos de violencia o vandalismo así como tráfico ilegal de ésta, lo que repercute en la seguridad y bienestar de los individuos. Adicionalmente, la situación de bienestar de la familia y la comunidad también puede alterarse, si las personas intoxicadas olvidan las precauciones necesarias para tener relaciones sexuales, existiendo la posibilidad de embarazos no deseados, contraer o transmitir enfermedades sexuales. Además otro de los problemas que se pueden generar dentro de la familia es la violencia.

#### ◦ Crack.

El crack es un derivado del clorhidrato de cocaína, mezclado con carbonato sódico y agua, a dicha mezcla se le aplica calor, dejándolo enfriar, teniendo como resultado una pasta en forma de piedras dispuestas para ser fumadas. Esta forma de obtención de pasta tiene un costo razonable y por tanto es el más empleado.

En los países en los que se transforma la hoja de coca a cocaína tiene un alto precio; así por el contrario es fácil y barato tener pasta de coca, que es un producto intermedio todavía no depurado y para cuya depuración había de disponerse de sustancias costosas y más escasas. De pequeñas cantidades de cocaína se ha llegado ahora a disponer de abundantes porciones para preparar dosis a precio más accesible.

La pasta base es fumada, mezclada con tabaco o marihuana; estos cigarrillos reciben el nombre de “bazuco”, como la combustión destruye una parte importante de la cocaína esta debe ser calentada sin que arda, es decir, calentar la piedra para que la cocaína se vaporice y sea inhalada. Al fumar la mezcla todos los alcaloides e impurezas mezcladas junto con las añadidas por los ácidos y disolventes se introducen al organismo. Al consumir la cocaína vía respiratoria los efectos parecen semejar a la inyección endovenosa: así casi toda la sustancia contenida en los vapores llega al cerebro en pocos segundos; se produce la euforia y el conjunto de sensaciones intensas de las que se ha hablado; pero los efectos desaparecen en pocos minutos invitando al consumidor a repetir esa intensa pero corta sensación. La tendencia a repetir, a buscar reiterada y sistemáticamente el placer de sus efectos, se vuelve aquí un riesgo mucho más alto, ya que provoca más fácilmente el impulso a seguir.

#### 2.4.2. Pequeños estimulantes.

##### o Cafeína.

La cafeína contenida en el café o té y los refrescos de cola, la teomina (presente en los chocolates) y la teofilina contenido con la cafeína en el té negro, son estimulantes menores del sistema nervioso que quitan el sueño, aumentan el estado de alerta y tienen discretos efectos sobre la presión arterial.

La cafeína además del tabaco y del alcohol es una de las sustancias más populares y aceptada socialmente. Madden (1990) considera que las ingestiones mayores de 500mg/diarios nos hablan generalmente de síntomas de cafeinismo, los cuales incluyen ansiedad, irritabilidad, dolores de cabeza,

letargo, agitación, inquietud, insomnio, depresión, además de sintomatizar enfermedades relacionadas con el corazón y aparato digestivo. Entre los trastornos graves relacionados con la cafeína se incluye el cáncer del aparato urinario, los carcinomas gástricos y del colón, las úlceras pépticas, la gota, la diabetes, las arritmias e infartos al corazón. Puede precipitar síntomas graves en pacientes esquizofrénicos y maniacodrepresivos compensados. Los enfermos con depresión crónica utilizan con frecuencia bebidas de cafeína como automedicamentación.

En general hay tolerancia a los efectos diuréticos y la elevación del estado de alerta. En la mayoría de las personas estas sustancias generan estados modestos de dependencia física y psicológica, si se les compara con otros estimulantes de SNC. La dependencia física es importante y la suspensión súbita del consumo genera estados de nerviosismo y sueño excesivo. (Benowitz, 1990)

#### • Tabaco.

La planta del tabaco es originaria de América, pertenece a la familia de las solanáceas del género nicotiana. Era utilizada por los indios amazónicos en ceremonias religiosas y como planta curativa. Existen antecedentes históricos de su uso en Cuba y toda América desde antes de la conquista, ya sea en forma chupada o fumada en tizones encendidos, su empleo estaba relacionado con celebraciones tribales.

Después del descubrimiento de América, el tabaco es llevado a España y posteriormente a toda Europa. Inicialmente sólo las clases privilegiadas lo consumían por su alto costo, y aunque se le atribuyeron grandes propiedades terapéuticas, después se prohibió su uso por considerar que su procedencia era de una cultura salvaje. En el siglo XIX se empezaron a crear grandes monopolios de tabaco, y con los medios de comunicación y publicidad se difundió su uso en todo el mundo, y actualmente a nivel mundial lo consumen aproximadamente el 42% de la población.



Miller y Burt (op. cit.) señalan que el ingrediente activo del tabaco que es causa de la atracción y de sus peligros es la nicotina; se trata de una sustancia venenosa que los químicos designan como alcaloide. La nicotina es tan tóxica que la cantidad de ella contenida en un cigarro sería suficiente para matar a dos personas si se les pudiera inyectar directamente en la circulación sanguínea.

Los efectos nocivos del tabaco van a depender de las sustancias contenidas en su hoja, los principales son la nicotina, el bióxido y monóxido de carbono, gases irritantes y alquitrán. La nicotina a dosis moderadas tiene un efecto estimulante sobre los ganglios del S. N. vegetativo, pero en altas cantidades su efecto es contrario puesto bloquea la transmisión nerviosa a través de esos ganglios.

Por su parte el monóxido y bióxido de carbono forman un compuesto que no es útil para la respiración celular porque bloquea la hemoglobina transportadora del oxígeno, lo que conlleva a que se presenten dificultades coronarias en el corazón.

Benowitz (1988) señala que cuando se inhala el humo de un cigarrillo, la nicotina se absorbe rápidamente por el pulmón y llega al cerebro en sólo 10 seg.; de allí se distribuye a otros órganos donde ejerce sus efectos. Cuando las personas fuman por primera vez experimentan náusea y dolor de cabeza, pero muy pronto desarrollan tolerancia completa a estos síntomas.

La cantidad de nicotina que se absorbe al usar tabaco depende de ciertos factores, principalmente del contenido de nicotina, de la cantidad de humedad, de la forma en que se utiliza es decir, fumado, mascado, o tomado en forma de rapé. Se absorbe más nicotina tomando rapé que mascando o fumando y los mascadores de tabaco tragan más nicotina que los fumadores.

También la manera de fumar de la persona influye sobre la cantidad de nicotina que absorbe; una práctica poco recomendable es fumar el cigarro hasta el extremo o volver a encenderlo si se ha apagado; si se fuma

rápidamente observará más humo, expulsando menos del mismo hacia la llamada “corriente lateral” que si fumara lentamente.

En el consumo de tabaco se ha encontrado tolerancia aguda y crónica a la nicotina; ésta se manifiesta por la desaparición de los efectos desagradables que acompañan a las primeras experiencias, y por el hecho de que el uso continuo disminuye los efectos placenteros, motiva el incremento de su uso continuo. La nicotina produce dependencia caracterizada por el síndrome de supresión que normalmente se presenta tras la abstinencia. Los procesos farmacológicos y conductuales que determinan la dependencia a la nicotina, son similares a los definidos por otras drogas como la heroína y la cocaína aunque afortunadamente nunca pone en peligro la vida de las personas. (Tapia, op. cit.)

Por tanto la dependencia que genera el tabaco es psicológica y física y esta asociada fundamentalmente al ritual del acto de fumar y a la nicotina. Cuando se interrumpe el consumo de tabaco se presenta un síndrome de abstinencia que va a variar según el individuo en intranquilidad, falta de concentración, alteraciones del apetito, así como de carácter orgánico; secreciones, estreñimiento, e hipertensión. En el fumador dependiente que interrumpe el consumo, suele experimentar en los primeros días alteraciones neurovegetativas tales como sudoración, palpitaciones y mareos, crisis de mal humor, problemas de relación por falta de control, depresión, aumento de peso, entre otros.

La nicotina ejerce sobre el organismo diversos efectos. En el aparato digestivo, aumenta el peristaltismo Intestinal por lo que muchos individuos se sirven del cigarrillo como laxante, sin embargo el fumar, puede causar indigestión, estreñimiento o colitis nerviosa y úlcera péptica. El tabaco puede provocar enfermedades coronarias del corazón como angina de pecho o ataques al corazón, esto es por el efecto negativo que tiene la nicotina sobre la presión arterial, al respecto diversos estudios que se han efectuado demuestran que los fumadores de cigarrillos presentan una frecuencia de enfermedad cardiaca mucho mayor que los no fumadores, y la frecuencia de

las cardiopatías aumenta con el número de cigarrillos de consumo diario. El fumar aumenta la concentración de ácidos grasos libres en la sangre y esto podría ser uno de los factores que contribuyan al angostamiento de las arterias característico de la aterosclerosis, porque el fumar acelera el tiempo de coagulación de la sangre y aumenta la resistencia al coágulo.

Por otro lado los efectos en el sistema respiratorio son graves; se puede presentar enfisema pulmonar, cáncer e infecciones en las vías respiratorias. En la mayoría de los casos, debido a la capacidad de reserva enorme de los pulmones se necesitan de 10 a 30 años antes de que los efectos destructores de la bronquitis y el enfisema crónicos produzcan incapacidad. Estas últimas enfermedades además del cáncer han mostrado incrementos importantes en la tasa de morbilidad y mortalidad,

Los únicos factores de riesgo para el desarrollo de enfisema pulmonar son el tabaquismo y una enfermedad en la que existe deficiencia de alfa -1 - antiproteasa; así el enfisema pulmonar se define como la destrucción de los tabiques alveolares, que producen aumento de los espacios distales al bronquiolo, esta enfermedad está acompañada por retracción pulmonar, lo cual origina obstrucción de las vías respiratorias durante la respiración. A diferencia de la bronquitis crónica obstructiva pura, en la que no se presenta este síntoma.

En México el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) conforme a sus investigaciones de la tasa de mortalidad de 1991, indican que la bronquitis crónica y la no especificada, el enfisema pulmonar así como el asma son la décimosegunda causa de muerte en el país.

En lo que respecta al cáncer pulmonar el riesgo a padecerlo es proporcional a la cantidad de cigarrillos consumidos diariamente, el número de años de fumador, la edad en la que se inicio la adicción, la forma de inhalación y la cantidad de alquitrán de cigarrillos fumados. Cuando se fuma de 10 a 40 cigarros diarios el riesgo relativo es de 15 a 64 veces respectivamente, este riesgo disminuye lentamente en personas que abandonan el tabaco, y tarda de

10 a 20 años en tener el riesgo de las personas que nunca han fumado. También se tiene evidencia de la relación entre fumar y diversos cánceres como el de la laringe, boca, esófago, vejiga y páncreas.

Se han estudiado los efectos sobre la salud del feto expuesto a compuestos del humo del tabaco inhalado por la madre. En términos generales, las pruebas demuestran que los hijos de madres fumadoras nacen con un peso promedio de 200 gr. menos que los hijos de madres no fumadoras. Por otra parte la frecuencia de partos prematuros y la mortalidad perinatal atribuidas al tabaco son notablemente mayores en hijos con madres fumadoras. El riesgo de aborto espontáneo es de un 20% mayor en madres fumadoras, así como un incremento en el desprendimiento prematuro de la placenta, hemorragias durante el embarazo y ruptura prematura de la membrana.

Huber y Shafer (1990), indican que la mortalidad del adulto fumador es 1.7 veces mayor en relación con la del no fumador y aumenta en proporción al número de cigarrillos fumado y al tiempo de evolución del hábito. Por otro parte se ha observado que la mortalidad aumenta a medida que la adicción si inicia a una edad más temprana.

La expectativa de vida se acorta significativamente por el tabaquismo y se considera causa del 87% de todos los casos de cáncer pulmonar, 82% de los de bronquitis crónica y enfisema; 21% de las cardiopatías isquémicas y 18% de los de apoplejía.

A pesar de los efectos nocivos del consumo del tabaco, gran cantidad de personas siguen fumando, la causa generalmente es explicada a partir de aspectos emocionales, como el de proporcionar algún tipo de satisfacción de estados emocionales. Si el individuo está nervioso, con el cigarro tiene algo que hacer con las manos o la boca; en pequeñas cantidades, el tabaco parece calmar los nervios y proporcionar tranquilidad. Puede ser que un cigarrillo en la boca ofrezca satisfacciones bucales de clase que la mayoría de las personas buscan desde la infancia. Por su parte los jóvenes tienen la impresión que el

fumar los hace sentir mayores, en algunos momentos o circunstancias sirve o funciona para ser aceptado en un grupo social. Lo que provoca muchas de las veces que el inicio de consumo sea a una edad temprana.

Así pues el miedo a desarrollar cáncer se ha desvanecido con el tiempo. El consumo de tabaco está influenciado por las modas sociales; pensando en cualquier caso “Esto no me pasará a mí, sólo a los demás”. O bien es fácil no convencerse por datos estadísticos considerando que no son concluyentes; o se cree que los cigarrillos con filtro brindan más protección, o simplemente no preocupan las consecuencias y se continúan fumando. Por tanto, es evidente que se requieren medidas preventivas así como de tratamientos emergentes para evitar y/o controlar en lo posible el consumo de ésta droga en la población.

#### 2.4.3. Distorcionadoras o creadoras de realidades psíquicas.

##### ⊖ LSD.

Conocido comúnmente como ácido, timbre, cartón o papel, el LSD es un psicotrópico sintético obtenido por los laboratorios Sandoz de la compensación de la dietamida y del ácido lisérgico.

Sintetizado por primera vez por el químico Albert Hoffman en 1938 a partir de una sustancia obtenida del cornezuelo de centeno - hongo parásito de esta gramínea cuyo nombre botánico es “*claviceps purpúrea*” -, y de donde no fueron encontradas propiedades farmacéuticas, siendo hasta 1943 que sus verdaderos efectos fueron hallados accidentalmente. La síntesis y el estudio de las aplicaciones se dispararon a partir de entonces, impelidos por la extraña comprobación de que era una sustancia que parecía provocar enormes efectos en dosis tan pequeñas, situación increíble para la época.

Aunque se puede adquirir en forma de tabletas, cápsulas, y ocasionalmente líquido, generalmente la presentación del LSD es en papel secante dividido en cuadros con dibujos de héroes de tiras cómicas, siendo cada cuadrícula una dosis. El papel es colocado en una parte del cuerpo con

mucha irrigación sanguínea, por ejemplo debajo del paladar. El usuario de LSD comienza a sentir los efectos de 30 a 40 minutos después de su consumo, aumentan gradualmente hasta alcanzar su nivel máximo en 2 ó 4 horas, y empiezan a desaparecer al cabo de 12 horas aproximadamente.

Como otras drogas su uso tiene que ver con la necesidad de descontrolarse, de calmar la ansiedad, de olvidarse de los problemas, de seguir el ritmo o de gozar inmediatamente. En el contexto contracultural el LSD se llegó a convertir en el billete predilecto para un viaje emocionante a nuevos mundos de la experiencia anímica, con él nace el arte psicodélico.

Para algunos usuarios de LSD esta una droga representa la posibilidad de superar el espacio y el tiempo, para otros en cambio es una vía de acceso para detectar otras sensaciones y percepciones de la realidad de la realidad cotidiana.

Independientemente de la finalidad con la que se consuma esta droga, diferentes autores concuerdan en que los usuarios manifiestan despersonalización y ausencia de la realidad, pueden desarrollarse ilusiones en las que los objetos pueden cambiar de tamaño. La apreciación del cuerpo puede estar muy distorsionada alguna extremidad o su totalidad parece cambiar de tamaño, se puede llegar a tener la impresión de observar el cuerpo desde fuera o sentirlo más ligero o más pesado. Los colores y las formas se perciben más intensamente y el tiempo parece transcurrir lentamente. Alucinaciones, percepciones, distorsiones, vivencia totalmente diferente de sí mismo, angustia extrema o comprensión cósmica, no son más que algunas palabras para resumir entonces, las contradictorias experiencias que explican los usuarios. Estos efectos pueden generar en el usuario terror o felicidad.

En cuanto a los efectos somáticos que produce el consumo de LSD son taquicardia, hipertensión, aumento de la temperatura corporal, dilatación de la pupila, temblor, debilidad muscular, náusea, sensación de vértigo. Ahora bien, la peligrosidad del LSD consiste no en la toxicidad, sino en la posibilidad de quedarse inmerso en los efectos, es decir, alucinando, o como se conoce

comúnmente en el “viaje” o “colgado”, dando como resultado un trastorno psíquico grave; siendo este un peligro latente en cada ensayo.

Está comprobado que no se puede abusar tan fácilmente de esta droga porque la repetición próxima del consumo no produce los efectos esperados; esto se debe a que el cerebro no está disponible de manera inmediata para un nuevo viaje, sin embargo existe la posibilidad de volver a experimentar los efectos aún sin consumirla “flashback”, reportándose casos en los que los usuarios dicen haber vuelto a manifestar las sensaciones seis años después de haber ingerido la droga por primera vez. Al respecto Cox (1983) menciona que el desarrollo de la tolerancia en el SNC sigue un patrón de reducir el efecto sin importar que tan grande sea la dosis, de hecho el efecto puede reducirse a cero. Las dosis repetidas en pocos días pueden no alcanzar alguna intensidad y no ocurrir el efecto psicoactivo deseado, aún cuando se aumente la dosis, en consecuencia, el consumidor se abstiene durante varios días para restaurar su sensibilidad.

Así se cree prácticamente imposible que se genere una dependencia física al LSD y desde luego no se le conoce síndrome de abstinencia. A pesar de que el LSD no genera dependencia física, ni tolerancia y por tanto síndrome de abstinencia puede dar lugar a diferentes trastornos psicológicos como son brotes sicóticos, desórdenes esquizofrénicos, estados contusionales, reacciones de tipo paranoide con delirios de persecución, y tendencias agresivas. Por tanto el LSD no es una droga que modifique la conducta, sino una sustancia que desencadena complejos procesos psíquicos, que ponen en marcha mecanismos bioquímicos y neurofisiológicos reguladores de funciones psíquicas que seguirán funcionando.

- ⊖ Setas alucinógenas y hongos.

Conocidos como pajaritos, derrumbe, champiñones, sombrillas, tlacoyo, orejas de perro, San José, San Isidro. Las setas pertenecientes al género Psilocina y Psilocibina han sido utilizadas desde la época prehispánica en actos mágicos-religiosos. Con la llegada de los españoles la Santa Inquisición los prohibió, y desaparecieron a los ojos de occidente.

En 1955 salen a la luz las experiencias de aquellos dedicados al estudio de las costumbres y medicinas usadas por indígenas, uno de ellos Richard Wasson y María Sabina al adentrarse a ese mundo mágico del consumo de hongos, como los nombran los indígenas “los tonanácatl”. Describieron haberse sentido apoderados de visiones; primero de patrones geométricos angulares y ricamente coloreados después estructuras arquitectónicas ricas en su conformación, posteriormente en las que las paredes se diluían, y su alma podía flotar en el “empíreo”, había paisajes variados, maravillosos y armoniosos. (Wasson, op. cit.). Al respecto María Sabina relata haber consumido hongos por curiosidad cuando era pequeña, al inició sintió borrachera y después bienestar. Años más tarde deseosa por ayudar a su hermana enferma, ingirió una cantidad desmesurada de hongos lo que le permitió comunicarse con seres sobrenaturales del mundo que le confería el respaldo y el poder de una cultura milenaria. (Estrada, 1977).

Una característica sobresaliente de estas sustancias es que las alucinaciones dependen en gran medida de las expectativas del sujeto, como lo ocurrido con María Sabina. Son comunes las descripciones actuales en el sentido de que se ve la música y se oyen los colores.

Miller y Burt (op. cit.) señalan que durante el consumo de hongos, estos tienen un sabor amargo desagradable, inicialmente provocan náuseas, a continuación causan relajamiento muscular, enfriamiento de los miembros y dilatación de las pupilas. Según el medio ambiente, una risa salvaje constituye así mismo una reacción típica. Al igual que cualquier otra droga alteradora de la realidad se caracteriza por visiones de colores excepcionales brillantes, con consumos menores los efectos pueden variar desde excitación hasta euforia.

La duración de un “viaje” suele durar de cuatro a cinco horas, y aunque pueden darse “malos viajes” generalmente no duran mucho tiempo. Al igual que sucede con el LSD, también el consumo de hongos puede ocasionar los “flashback” de los efectos originales, así mismo la tolerancia se desarrolla rápidamente situación por la que los usuarios suspenden su uso continuo.



Actualmente se considera que el usuario puede desarrollar dependencia psicológica, pero en cuanto si se genera o no, dependencia física y síndrome de abstinencia, aún no se sabe con exactitud porque los estudios realizados al respecto son mínimos.

Puesto que el usuario puede recolectar sus propios setas, para consumirlos ya sea crudos, cocinados o convertidos en bebida, pero corre el riesgo de equivocarse y confundirlos con hongos venenosos, consistiendo este uno de los mayores peligros, puesto en cuanto a la posibilidad de una sobredosificación resulta casi imposible porque su ingesta excesiva provoca inicialmente náuseas y posteriormente vómito medio por el cual se elimina la sustancia.

#### • Peyote.

Originario de México el cactus de peyote era considerado como uno de los extractos naturales sagrados en la época prehispánica. Consumido únicamente por sacerdotes y gobernantes con fines mágicos-litúrgicos, como vía de acercamiento a lo desconocido al más allá.

Al igual que sucedió con las setas alucinógenas, la Santa Inquisición también intentó erradicar el uso del peyote, pero sus esfuerzos fueron inútiles y al contrario su uso se extendió a las tribus de E.E.U.U. y Canadá, debido a migraciones de indios provocados por la guerra México y Estados Unidos y la Conquista del Oeste. Después se propago su uso a Europa.

Fue en 1888 que Louis Lewin estudió el peyote en sus laboratorios de Berlín encontrando cuatro alcaloides de los que sólo uno, la mescalina, era la que ofrecía los potentes efectos psicotrópicos. Tras ingerir él mismo el fármaco y observar los efectos en sus colegas que se prestaron para llevar a cabo el consumo bajo condiciones experimentales controlados, habló de los efectos farmacológicos señalando las importantes modificaciones funcionales sobre la percepción, produciendo lo que él mismo llamó "fantasmas sensoriales" y de provocar un vuelco en la actividad mental y de la conciencia en partículas.

Comprendió que quien es objeto de intoxicación, sin perder su subjetividad, se siente transportado a otra dimensión de la sensibilidad y la inteligencia. También se sorprendió al descubrir que no existían consecuencias del consumo. (Lewin. 1970)

El peyote, droga conocida como peyotazos, peyo, babas, mañana gloriosa, coaloli, paquete del saber y también llamada “psicodélica” se obtiene de una pequeña planta de cactus gris-pardo; el extremo superior se corta en pequeños discos que se secan al sol y luego se machacan o hierven en líquido para hacer té; en ocasiones se mastican los discos hasta ablandarlos y luego tragarlos. El sabor es comparable al de la corteza seca de una naranja y, cuando se come suelen producirse náuseas. (Miller y Burt, op. cit.)

La mescalina procedente del cactus del peyote se produce ahora sintéticamente y puede obtenerse como un polvo cristalino soluble en una cápsula. Los efectos se prolongan más que el consumo de LSD u hongos, pero el viaje es comparable al de estos. La experiencia psicodélica no produce dependencia física o enfermedad alguna de supresión. De hecho resulta mucho más fácil renunciar a cualquier alterador de la realidad, que dejar de fumar tabaco. Pero en cambio, se desarrolla tolerancia, esto es, se necesita una cantidad cada vez más aumentada de la droga para producir los mismos efectos. Lo que ocurre frecuentemente también es la dependencia psicológica a este tipo de sustancias. (Miller y Burt, op. cit.),

En la actualidad el peyote sigue empleándose por algunas etnias, en sus ceremonias religiosas. Desgraciadamente su uso ha extendido con fines únicos de intoxicación. Como otros alucinógenos al consumirlos, el peyote provoca alteraciones de la percepción visual, auditiva, del tiempo y el espacio, sudoración, reacciones de pánico, angustia y delirio de persecución.

#### 2.4.4. Derivados del cáñamo.

- o Marihuana.

La planta del cáñamo “Cannabis Sativa” comúnmente conocida en México como marihuana, grifa, hierba, toque. Es utilizada desde hace

aproximadamente 8000 años. Existen documentos chinos que datan de estas fechas, que mencionan el uso de esta planta: su fibra -el cáñamo- para elaboración de cordel, ropa, calzado y papel, sus semillas como alimento y su resina por su poder curativo para combatir enfermedades como el beri-beri y la malaria, y aunque no obtuvieron resultados positivos, fue recomendado casi para todo; reumatismo, estreñimiento y por simple distracción.

La marihuana fue introducida en América del Norte en 1860 aproximadamente, inicialmente se utilizó para el tratamiento de la fatiga, el dolor de cabeza, del asma y del reumatismo. Su uso no médico con fines de intoxicación, se extendió en diversos sectores de la población. Fue tan grande la proporción de consumo que en 1957 fue declarada ilegal por la Oficina Federal de Narcóticos. En 1936 la Asociación Internacional de Educación sobre Narcóticos publicó un artículo en el que se describían las graves consecuencias del consumo de marihuana que eran degeneración progresiva física y mental, agresividad relacionada en ocasiones a homicidios sin motivo alguno, esta situación descrita también otros países como en la India. Debido a su peligrosidad y a las grandes proporciones de consumo que adquirió. La Oficina Federal de Narcóticos en 1957 declaró el consumo de marihuana como ilegal, situación que generó polémica desde el punto médico y sociológico. (Delgado, op. cit.).

A la fecha se considera que existen tres variedades de esta planta: la cannabis sativa de China, cannabis indica de la India y la cannabis rudelarias del Sur de Siberia.

Originaria de Asia Central la cannabis sativa (de la que se hace referencia en los escritos chinos) es la variedad que está extendida por todo el continente americano y prácticamente en todos los continentes. Es una planta muy resistente que alcanza una altura de 1 a 7m, se caracteriza por poseer fuertes fibras, es dioica, es decir con órganos, son flores masculinas y femeninas. Para su cultivo la planta necesita de un clima cálido seco, por lo que la sierras y montañas semitropicales resultan ideales para su cultivo. Pero el contenido más activo del cáñamo se encuentra el sembrado en los países

cálidos. Actualmente se cultiva en: Colombia, Jamaica, Holanda, Paquistán, Afganistán, Marruecos, Líbano, Cordilleras de los Himalaya y en México.

La marihuana es la preparación seca y triturada de flores, hojas, y pequeños tallos que se fuma sola o mezclada con tabaco, la fuente principal de sus activos es la resina pegajosa que exudan las plantas en su zona floral, aunque es utilizada toda. La cannabis constituye el prototipo de drogas en el que la respuesta psicológica es más variable según los usos y las personas, pueden ser modificados por la influencia de las características y el estado fisiológico del individuo, por su constitución y estado psíquico por la motivación que lo impulsa a consumir la droga, por sus fantasías acerca del efecto de la experiencia que va a vivir y por los factores físicos y sociales peculiares del ambiente; en los 60's y 70's en el mundo de la contracultura se le atribuían unas virtudes espirituales que sólo el ambiente produce. Por el otro lado, las fuerzas del orden le achacaban problemas y efectos perversos que jamás ha producido.

En donde sí parece haber acuerdo señalan Miller y Burt (op. cit.), es en los efectos de carácter fisiológico: ligera aceleración del pulso y enrojecimiento de las pupilas. Con mayor o menor proporción de acuerdo se acepta que puede producir también los siguientes efectos fisiológicos: sensación de euforia inicial y bienestar acompañada de un cierto grado de trastornos de la coordinación; después de los efectos de euforia produce depresión generalizada sedación y somnolencia; en dosis más altas puede afectar a la percepción visual y auditiva, así como a la percepción subjetiva del tiempo (éste se expande), a dosis bajas incrementa la velocidad de reacción intelectual y mejora el desarrollo de determinadas tareas cognoscitivas, pero a dosis altas produce alteraciones en la memoria inmediata y disminución de la capacidad para desarrollar esas tareas.

En actualidad existe un consumo fluctuante o relativamente estancado; los estudios indican que, de todos los que la prueba alguna vez, sólo un tercio pasará a ser consumidor con una cierta habitualidad. La presión comercial de los usos del alcohol e ideas más atractivas en torno a otras drogas como la

cocaína, hace incluso que su consumo vaya siendo sustituido en algunos grupos, por lo tanto marihuana hoy en día no es signo de identidad juvenil, pero conserva elementos de rebeldía adolescente; muchos de los que toman éxtasis fuman también marihuana, pero también mucho quienes la consumen nada tiene que ver con el ritmo frenético de la moda actual.

El consumo cotidiano ha de ser de dosis cada vez más altas, porque los efectos pueden ir quedando atenuados. La supresión brusca del consumo de cannabis, después de un largo período de uso intenso, no parece generar un síndrome de abstinencia, pero ello no quiere decir que no sea un tóxico y como tal deba de ser considerado. Para medir realmente su capacidad de generar situaciones globales de dependencia es necesario referirse al conjunto de factores subjetivos, sociales y culturales y a la especial situación de los adolescentes.

Los posibles efectos para la salud a largo plazo, son referidos al sistema respiratorio: desde la bronquitis al cáncer. Massun (op. cit.) nos menciona que los daños fisiológicos son similares a los causados por el tabaco en los pulmones, con el agravante que el humo de marihuana contiene 50% más de alquitrán. Por otro lado la creencia muy difundida según la cual la marihuana podría motivar al consumo de otras drogas más potentes no se ha podido confirmar científicamente. Igualmente, los efectos psíquicos, mantenidos como clima vital básico, como única manera de sentirse bien, plantea problemas de cualquier comportamiento dependiente, sea cual sea la sustancia que se emplee para conseguirlo.

Por otro lado Miller y Burt (op. cit.) También señalan algunos efectos en el consumo de marihuana, como una hilaridad irreversible (risa irreversible), la mayoría de los usuarios señalan una sensación flotante o de ligereza, proporciona un sentimiento de seguridad, de exaltación y ocasionalmente de omnipotencia. La marihuana produce un fluir rápido de ideas, muchas de las cuales son de carácter humorístico pero también puede producir un estado de distracción. Por otro lado, el medio ambiente también influye ya que si está sólo el consumidor esta quieto y somnoliento, pero en grupo suele ser locuaz e

hilario. La marihuana es la droga no legal de mayor consumo a nivel mundial, y las poblaciones más vulnerables a su uso son los adolescentes.

ø Hachís.

El hachís es la resina de la planta *cannabis sativa*, prensada en forma de tabletas cuyas proporciones son calentadas y mezcladas con tabaco y fumadas. La preparación es altamente concentrada obtenida a partir de la filtración de la sustancia resinosa.

El ambiente, las condiciones sociales la teoría contracultural contra lo establecido, las reacciones de grupo o las modas juveniles han demostrado ser los componentes más activos en la generación de los efectos.

Como cualquier tóxico su uso sistemático no es inocuo aunque habrá que tener en cuenta la escasa proporción de producto activo que lleva el haschís del mercado ilegal y los componentes añadidos perjudiciales. Además del perjuicio del consumo del tabaco con que se mezcla.

El haschís es el preparado más fuerte de la *cannabis* y consta de resina pura extraída de las puntas más finas de las plantas más selectas. Se hace contacto con estas plantas para poder absorber la resina con trajes de cuero; después se raspa el traje de cuero obteniendo la resina, se pone a secar junto con una sustancia parecida a la brea y se reduce luego a polvo. Así el haschís es de 6 a 8 veces más fuerte que la marihuana.

Para Miller y Burt (op. cit.) los efectos de cualquier producto de *cannabis* se asemejan al consumo de alcohol: reacciones euforizantes, se perciben colores más brillantes, el oído es más agudo, el cuerpo siente más ligero y la capacidad de juzgar, y el tiempo está alterado. Delgado (op. cit.) señala que una intoxicación aguda provoca alucinaciones, taquicardia, anulación de la conciencia, situaciones de pánico y desorientación.

#### 2.4.5. Depresores.

- Grandes tranquilizadores y calmantes de la angustia.

Podemos decir que la mayoría de las personas en un momento u otro han estado demasiadas ansiosas, lo que puede ocasionar entre otras cosas dificultad para dormir, y esto se debe a que el cerebro está excesivamente estimulado, pues recibe señales de todo el cuerpo. Disminuir o deprimir este nivel de estimulación para permitir el relajamiento y el sueño es el objetivo de las drogas llamadas sedantes. Cuando los sedantes provienen del ácido barbitúrico, se les designa en términos generales como barbitúricos y se utilizan corrientemente. Además de sedante también se utilizan otras sustancias como soporíferas, anticonvulsivo y analgésicas que con frecuencia se administran a los pacientes, antes de operaciones quirúrgicas.

Entre los barbitúricos que se consumen en abuso se encuentran: el seconal (pájaros rojos), el amytal (Ángeles azules) y el nembutal (chaquetas amarillas). Se ha detectado que los usuarios toman hasta un gramo de barbitúricos al día, para producir una intoxicación parecida a la intoxicación del alcohol. El que abusa de los barbitúricos se le considera como de la categoría más ínfima, ya que constituye un espectáculo repelente, porque no coordina, se tambalea, se cae de la silla, se queda dormido en medio de una frase, suele estar confundido y dispuesto a tomar otra droga que le pongan a la mano. Cuando se ingiere una dosis de barbitúricos que no mataría, en combinación con el alcohol sí podría hacerlo.

Massun (op. cit.) refiere que el uso en un entorno tranquilo produce sueño y en un ambiente excitante produce euforia, cuando se toma en estado de estrés o de pena muy intensa puede causar más nerviosismo, náusea o confusión mental. Una dosis excesiva de barbitúricos produce depresión respiratoria, colapso del sistema respiratorio y algunas veces puede provocar la muerte.

La tolerancia se desarrolla fácilmente, y del uso durante pocos meses puede resultar dependencia. En cuanto a la supresión de los barbitúricos. El síndrome de abstinencia es muy doloroso y en ocasiones mortal; las primeras doce horas son relativamente moderadas y luego el sujeto empieza a sentirse aprensivo y demasiado débil para mantenerse de pie; se produce calambres abdominales, vómitos, fiebre. A las 30 hrs. se presentan convulsiones ; no es raro el desarrollo de psicosis que se prolongan de dos a tres semanas y puede llegar incluso a la muerte.

Las consecuencias del uso prolongado provoca a menudo enfermedades graves como anemia o hepatitis; se presentan problemas de coordinación motriz, entorpeciendo el habla. También se presentan trastornos visuales y de percepción, sueño intranquilo y violentos dolores de cabeza.

#### o Opiáceos.

El opio es la sustancia resinosa que se obtiene de las cápsulas verdes de la flor de la planta de adormidera *Papaver Somniferum*. Contiene dos tipos de alcaloides el fenantreno: morfina y codeína, y la benzolisoquinolina.

El opio es una de las drogas más utilizadas desde hace siglos y resulta apasionante releer la historia de los conflictos comerciales, imperialistas, terapéuticos, literarios e ideológicos que a lo largo de los años ha provocado. Su uso es conocido desde hace 4000 años a.c. en Mesopotamia así como en escritos médicos asirios (700 años a.c.), y en el papiro de Ebers (1500 años a.c.). En occidente desde mediados del s.XVII, han sido comedores, fumadores de opio o bebedores de laúdano, ésta última se refiere a una solución hidroalcohólica de opio. Aunque sus efectos y peligrosidad son conocidos desde su descubrimiento es hasta finales de este siglo que se utilizó únicamente como medicamento.

Sin embargo el tráfico de opio siguió produciéndose y consumiéndose en grandes proporciones. Hasta llegar a provocar conflictos comerciales y políticos como sucedió con las dos guerras de opio. Producidas a comienzos del s. XIX en 1840, como consecuencia del intento del gobierno chino por frenar la



entrada masiva de opio a Hong-Kong, ciudad en la que se alcanzaron aumentos del 6.0 % de opiómanos en tan sólo 28 años. Al término de estas guerras Inglaterra se anexionó el puerto, convirtiéndose en el centro de tráfico de opio, éste siguió prosperando hasta el siglo XX. Finalmente los dos países acordaron restringir el tráfico de opio procedente de la India. Siendo este último país el único productor legal de esta droga. Plantaciones ilegales se encuentran además en Medio Oriente, Sudoeste Asiático, y en la zona conocida como el "Triángulo de Oro" ; Tailandia, Laos y Birmania, así como en México.

El opio es fumado, inyectado en forma líquida, se masca o puede mezclarse con bebidas. Es un depresor del sistema nervioso central, produce euforia y pasividad. Con fines médicos se administra para el tratamiento de la tos, la diarrea e incluso para provocar el sueño.

El principal alcaloide del opio es la morfina, la cual fue aislada en 1906 por Setürner. El contenido de la morfina en el opio puede variar entre el 8 y el 18% dependiendo de la región donde se cultive la planta. Su potencia como supresor del dolor supera cinco veces al del opio, además de que también tiene efectos somníferos. El color de la morfina puede variar y va desde el blanco a pardo o marrón oscuro, el tono es más claro cuanto más refinado es el producto. Es un polvo muy suave al tacto, olor ligeramente ácido y sabor amargo.

Esta droga tiene efectos sobre diversos aparatos y sistemas; los adictos refieren elevación del estado de ánimo y gran sensación de bienestar asociado a su consumo. Además de analgésico es un potente depresor de los centros respiratorios y la tos. Produce disminución de las secreciones biliares y pancreáticas y de las contracciones propulsoras del intestino delgado y del colón, lo cual resulta en un intenso estreñimiento. Produce nauseas, letárgica, euforia y abscesos en los lugares inyectados.

Una dosis de morfina puede producir dependencia física y en ciertas circunstancias también psicológica; los pacientes que reciben morfina en condiciones intrahospitalarias pueden presentar signos de abstinencia al

suspender su administración pero no manifiestan la ansiedad de los adictos por conseguir nuevamente la droga. Se desarrolla cierto grado de tolerancia a la mayoría de sus efectos en especial a los euforizantes, pero los usuarios crónicos siguen presentando miosis y estreñimiento.

En condiciones de consumo no hospitalario se genera gran dependencia física y psicológica, así mismo se desarrolla rápida tolerancia. El síndrome de abstinencia se presenta horas después que el individuo le tocaría una nueva dosis; algunos de los síntomas que se observan son: sudoración, bostezos, conforme el síndrome avanza se presenta diarrea, dolor generalizado en las articulaciones, incremento de la frecuencia respiratoria, vómito, dilatación pupilar, pérdida de peso, y el deseo de consumir nuevamente la droga puede ser muy intenso incluso varios meses después de la última administración. (Jaffe y Martín, 1990),

Hasta que se comprobaron sus problemas de tolerancia y dependencia, la morfina fue considerada como remedio incluso de los males provocados por el opio y el alcohol. En los últimos décadas del siglo pasado, el uso analgésico y la moda cultural imperante en las clases sociales altas la convirtieron en droga por excelencia.

La invención de la aguja hipodérmica y de la jeringuilla graduada, hacia la mitad del siglo XIX, facilitó el descubrimiento profundo de los efectos de la morfina y la expansión de nuevas maneras de usar las drogas. Siendo en la actualidad su uso vía intravenosa, subcutánea y oral; se siguieron realizando múltiples investigaciones y desde los años de la segunda guerra mundial hasta nuestros días, la industria farmacéutica descubrió y produjo múltiples productos analgésicos sintetizados directamente en el laboratorio produciéndose similares efectos que los opiáceos naturales, entre los más conocidos están la metadona, la petidina, la pentazocina, o la premorfina; con todos y cada uno de estos fármacos sintéticos se ha ido reproduciendo el mismo esquema que con los directamente extraídos del opio: primero se los vende y difunde como maravillas libres de problemas, después se reconoce su potencial adictivo, especialmente si se desarrolla un uso social no médico.

Todos los opiáceos incluidos la morfina y la heroína o sea, (naturales y sintéticos), pueden actuar sobre el cerebro, alterando de una manera específica la transmisión neuronal. Actúan en la medida en que poseen una estructura química similar a las sustancias propias del cerebro y en la medida en la que llegan a los receptores específicos para ellas. Así, tienen que ver con el dolor, puesto que se activan toda una compleja red de puntos neuronales del cerebro que se ponen en marcha cuando llegan al sistema nervioso las percepciones dolorosas.

Por lo tanto, se afirma que los efectos sobre la corteza cerebral y algunas áreas del cerebro, producen una elevación del umbral de la percepción del dolor y un cambio de la actitud emotiva de la persona para encararlo; se presenta además un efecto depresivo de la respiración por acción sobre el centro cerebral que la controla, otro efecto es el depresivo reflejo automático de la tos y los efectos sobre la musculatura lisa, sobre la presión arterial, la náusea o el vómito.

Los opiáceos son drogas que más adaptación neurológica provoca en el organismo; así la tolerancia es amplia e importante, dependiendo de la cantidad y la frecuencia del consumo, y se instaura (al menos para la heroína) después de pocas semanas de uso continuado, aunque no de manera igual para todos los efectos que produce.

En general los opiáceos producen un alto grado de dependencia; son drogas que al ser abandonado su consumo generan intensos síndromes de abstinencia. Es un misterio todavía conocer cómo puede crear adicción una sustancia tan enormemente adulterada; lo que sí se puede afirmar que como afecta a los componentes psíquicos del dolor como la angustia, el miedo y la tensión, la acción sobre el mundo interior puede ser potente ya que entre los efectos más placenteros se encuentra la sensación de distanciamiento los problemas y la potencia tranquilizadora de la droga. De aquí la discusión de si la heroína es tranquilizante o euforizante.

Los efectos se presentan a los diez segundos de aplicar la inyección de heroína, los sujetos presentaban la erupción narcótica típica que consiste en una oleada de sentimientos eufóricos, sensaciones viscerales, enrojecimiento y un timbre de voz más grave. Tras los efectos de poca duración, los sujetos vuelven a un estado de calma, bienestar y despreocupación, parecen desinteresados por lo que pasa en el entorno aproximadamente durante una hora, aunque son capaces de responder a cualquier cuestionamiento. A las dos horas posteriores de la inyección reaparecía una inquietud, se sienten incómodos y ansiaban otra inyección. La heroína es muy similar en todo a la morfina excepto por la potencia pues se necesitan dosis 10 veces menores de heroína para producir efectos comparables a los de la morfina. (Tapia, op. cit.).

Ante enfermedades por transmisión venérea como el VIH/SIDA han tomado peso algunas formas de consumir la heroína como el fumarla, esnifándola o inhalando sus vapores. El heroínómano que aún se inyecta es visto como la categoría peor de las drogadicciones.

Las modas aparecen y desaparecen, los estilos y las culturas juveniles se alteran y mezclan con gran facilidad, es así que la heroína ha ido disminuyendo su consumo en el mercado, pero vale la pena señalar que sigue siendo una droga que puede encajar bien con las angustias de la adolescencia.

Miller y Burt (op. cit.) nos mencionan los síntomas del síndrome de abstinencia los cuales se presentan de ocho a doce horas de la última dosis con duración entre 36 y 72 horas aproximadamente y desaparecen en su totalidad de cinco a diez días; los síntomas comprenden nerviosismo, ansiedad, flujo de ojos y nariz, contracciones musculares, dolores de las piernas, cambios alternos de calor y frío, vómito, diarrea, respiración rápida, presión arterial aumentada, temperatura elevada, pupilas dilatadas y búsqueda desesperada de un punto de apoyo.

o Solventes orgánicos.

El hombre está en contacto con los solventes orgánicos en algunas circunstancias, como la exposición ocupacional o la inhalación voluntaria para

producir alteración de las funciones mentales. La venta y posesión de solventes es legal, pues su uso comercial está altamente difundido y es prácticamente imposible controlar su uso para otros propósitos. Estos solventes se encuentran en pegamentos industriales, aerosoles, tinta para zapatos, entre otros, sus elementos de acción química son el tolueno, benceno, xileno, alcohol metílico, metilacetona, metilsobutil, acetona hexano y tetracloruro de carbono; elementos altamente perjudiciales para la salud.

Los solventes orgánicos son los componentes básicos de productos comerciales como el thinner, el pegamento, la gasolina y el cemento. En los inhaladores la exposición no es únicamente a una sustancia sino a mezclas variables que se conoce con el nombre de activo. Todos los solventes producen irritación de las vías respiratorias, mareo, dolor de cabeza, y en ocasiones vómito. Estos síntomas antecedentes a los efectos deseables; sensación de bienestar, disminución del hambre y del frío y el alejamiento temporal de una realidad desagradable. (García - Liñan, 1990).

Existe cierto desarrollo de tolerancia a sus efectos sobre la percepción y el estado ánimo, y la tolerancia parcial para sus efectos irritantes; se presume la existencia de dependencia física porque los inhaladores crónicos refieren ansiedad, depresión, irritabilidad, fatiga y dolores abdominales durante estados prolongados de abstinencia. (Pryor, 1990)

Los efectos del síndrome de abstinencia se presentan entre las 24 y 48 hrs. después de interrumpir el consumo y tiene duración de 2 a 5 días con alteraciones de sueño, temblores, irritabilidad, náuseas e ilusiones pasajeras.

Miller y Burt (op. cit.) señalan que el consumo de estas sustancias además de crear tipos irracionales de conducta, puede causar daño en el cerebro, el hígado o los riñones, daño genético y la muerte. La acción en términos generales es una depresión del SNC; al inhalar el solvente es absorbido rápidamente por vía pulmonar apareciendo los efectos a los cinco minutos y pueden durar sus efectos de 30 min. hasta varias horas dependiendo de la sustancia. Así la quinta parte es secretada por el pulmón y el resto sé

metabóliza vía hepática. (Masson, op. cit.). Algunos efectos relacionados con la exposición crónica a los solventes son el deterioro del aprendizaje y del desempeño en pruebas de inteligencia, la falta de memoria, la neurología óptica, algunos estados psicóticos y el aumento en la frecuencia de enfermedades relacionadas con la producción de células sanguíneas, como la leucemia, afectan también el estado de ánimo de quienes la consumen presentándose delirio, demencia y ansiedad que se presenta a largo plazo.

En el momento del consumo de la sustancia se presentan alteraciones comportamentales desadaptativas como: violencia, apatía, deterioro del juicio y de las actividades sociales y laborales entre las cuales se encuentran el mareo, incoordinación de reflejos, retraso psicomotor, temblores, debilidad muscular, visión borrosa, estupor o coma, y euforia.

Dentro de los trastornos físicos se encuentran arritmias cardíacas, accidentes laborales, daño hepático y renal irreversible, daño cardíaco como dolor precordial y broncoespasmo, neuritis periférica, cefalea, parestesias, encefalopatía, daño motor, hasta asfixia por broncoaspiración y muerte por depresión respiratoria.

La posibilidad de daños irreversibles ocasionados en la salud aumentan cuando el consumo inicia en la niñez, lamentablemente en nuestro país los inhalantes comienzan a utilizarse desde antes de los 11 años de edad, y después del alcohol y el tabaco, los solventes - inhalantes son las drogas más utilizadas en la población estudiantil de 12 a 18 de edad. (González Núñez, 2001).

#### o Alcohol.

El consumo de alcohol ha estado presente en la vida del ser humano desde hace siglos. Existen antecedentes del empleo de la uva desde el período cuaternario; en cuevas de esta época se encontraron semillas y hojas de este fruto. Sin embargo, los historiadores afirman que es hasta la dinastía o imperio de los egipcios que se obtuvo vino de la uva cocida por la fermentación, así lo demuestran las inscripciones con que eran cerrados los recipientes

encontrados en las predinastías de los faraones quienes tenían sus propios viñedos a la orilla del río Nilo y en los oasis del desierto. (Molina y Sánchez, 1982)

En general, consideran Molina y Sánchez (op. cit.) que Grecia fue el primer país que obtuvo vino de la uva, después de haber aprendido el procedimiento de los egipcios y de algunos países de medio oriente, ellos preparaban vino en tinas de piedra y luego las maduraban en cazuelas de barro. Fue este pueblo quien sembró los primeros viñedos en las colonias de Sicilia y el sur de Italia. En los Estados Unidos de América se conocieron las bebidas alcohólicas hasta la colonización europea, por lo que el consumo masivo se realizó tanto por los indios como por los descendientes de los colonizadores.

En México el origen de las bebidas alcohólicas está relacionado con diversas leyendas entre las que destaca la de Tecpancaltzin, quién heredó el trono de los toltecas, después de 10 años de reinado llegó a su palacio una doncella llamada Xóchitl, la ocultó en su fortaleza, tuvieron un hijo al que llamaron Meconetzin (hijo del maguey) en honor a su amor. Los indígenas narran que esa fue la manera en que se descubrió el pulque, bebida que fue consumida sin medida.

Los sacerdotes consideraron que a través del ejercicio físico y la austeridad se solucionaría este problema, al no funcionar esta medida se implementaron normas y se impusieron castigos, que iban desde azotes hasta la muerte. Las sanciones impuestas dependían de la posición jerárquica de los habitantes de la población. Estos castigos fueron abolidos por los españoles, y por ordenes de Carlos V se introdujeron al nuevo continente la vid y el olivo. El consumo de bebidas alcohólicas se incremento entre los indígenas y las medidas de control impuestas fueron insuficientes.

El consumo de alcohol se propagó en el Cardenismo, época en que se le consideró como una bebida de excelencia, que sólo la clase dominante consumía. En años posteriores su consumo se generalizó y en la actualidad el

significado que se le ha dado tiene diferentes valores simbólicos como, intentar sustituir carencias económicas y psicológicas por medio del consumo de ciertas bebidas, con el fin de obtener prestigio, seguridad, afecto, posición y aceptación social.

En México, el consumo de alcohol, tener relaciones sexuales y fumar, es considerado esencial para conformar la imagen de masculinidad en el hombre, tal es así que es socialmente aceptable que un individuo “beba” desde temprana edad, a los 18 años. Aunque el inicio de consumo se realiza cada vez más en adolescentes de menor edad, entre los 12 y 13 años.

Además el alcohol se ha convertido en una bebida indispensable en la vida de los mexicanos de todos los niveles económicos y regiones del país. Gran parte de la convivencia social gira alrededor de esta droga; cumpleaños, bautizos, bodas, primeras comuniones, decesos, nombramientos, nuevo o primer trabajo, aperturas, clausuras, auto o negocio nuevo, reuniones familiares, entre otros. Por tanto, el alcohol ha llegado a ser tan importante en la vida del mexicano, de tal manera que recibir una visita, aunque sea de breve duración y no ofrecer una copa puede considerarse en algunas ocasiones como una falta de educación.

En algunas comunidades rurales e indígenas las bebidas alcohólicas se incluyen como parte de sus costumbres y tradiciones. (González, 2001). Otro aspecto importante en el uso del alcohol, es que se trata de una sustancia promocionada y asociada, incluso publicitariamente a las situaciones vitales, individuales y sociales más positivas.

Por estas razones, resulta difícil considerar el alcohol como una droga, porque aunque su consumo es legal, dicha legalidad, nada dice sobre la importancia de sus efectos y los problemas que ocasiona.

Durante siglos no se reconoció su consumo como una enfermedad o problema de salud. Fue en 1935 que el Dr. Harol W. Lovell señaló tres consecuencias de su uso: degeneración de algunos órganos internos,



desorden de la personalidad y complicaciones sociales. Es hasta 1950, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la CIE-10, consideran este trastorno como un problema de salud. Dos años después se define el alcoholismo como: una enfermedad crónica o desorden de la conducta, caracterizada por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas en forma que excediendo el consumo acostumbrado que practican los miembros de la comunidad, causa perjuicios en la salud del bebedor, a sus relaciones sociales y a su actividad económica.

Para facilitar el entendimiento de esta enfermedad tan compleja, en 1964, la OMS introdujo el término “dependencia”, que se refiere al malestar que manifiesta un individuo al dejar de consumir una droga que ha ingerido cronológicamente. El ingerir nuevamente el alcohol puede aliviar o desaparecer las molestias.

Según la OMS, se distinguen dos tipos de dependencia: la psíquica y la física. En la primera, el individuo demanda el consumo de alcohol continuo, periódico o permanente para aliviar una molestia o provocar la euforia. La dependencia física se caracteriza por una serie de manifestaciones fisiológicas cuando se suprime la sustancia (síndrome de abstinencia alcohólica) y los síntomas aparecen sólo cuando se ha mantenido un grado suficiente de intoxicación, y varían de acuerdo con el grado de alcoholismo de cada individuo.

En 1993, esta Organización establece en el CIE-10 que la dependencia es un síndrome, con base en esto propone el término alcoholismo y lo sustituye por “síndrome de dependencia alcohólica”, reuniendo así dos conceptos que incluyen la sintomatología de esta enfermedad.

Por su parte, la American Psychiatric Association también denomina esta enfermedad como “dependencia al alcohol”, la clasifica en los trastornos relacionados con el consumo de sustancias. Señalan que la ingesta es periódica, compulsiva, y conduce a la tolerancia y la abstinencia, y los síntomas son cognoscitivos, de comportamiento y fisiológicos.

Observamos que existen diversas definiciones de esta enfermedad, puesto que no existe aún un acuerdo sobre un sólo concepto que abarque la sintomatología y los efectos del consumo de alcohol.

Se han considerado diversos factores para proporcionar una explicación sobre las causas y efectos del consumo de alcohol. A la fecha se sabe que son diversos los factores predisponentes al consumo, por tanto, no existe una sola causa y un único efecto, estos son múltiples.

El primer sistema con el que tiene contacto el alcohol es el digestivo, su consumo prolongado provoca que los movimientos del estómago disminuyan, dificultando la digestión, y ocasionando que todo el sistema se irrite. Lo anterior facilita la formación de úlceras gástricas en el estómago y en el intestino delgado. En el tubo digestivo se puede presentar esofagitis y cáncer. El abuso de alcohol conduce con frecuencia a una multiplicidad de problemas de nutrición, esto se produce porque la absorción de Tiamina, Hierro y vitamina B12 se vuelve deficiente en el intestino delgado. Las consecuencias detectadas son polineuritis, que es una deficiencia de tiamina. Posteriormente, el alcohol llega a la sangre a través del estómago y el intestino delgado, en donde en pequeñas cantidades esta sustancia disminuye la presión sanguínea, no obstante al aumentar su proporción en el organismo estimula el corazón y disminuye el ritmo cardíaco, dificultando la transferencia de sangre a los tejidos, aumentando la probabilidad de arritmias cardíacas, hipertensión y enfermedad isquémica cardíaca (Molina y Sánchez, op. cit)

A través de la sangre el alcohol va a llegar al cerebro, medula espinal y a los centros cerebrales superiores (corteza cerebral) , afectando la actividad mental. Al respecto Funes (op. cit.), menciona que el cerebro es uno de los órganos más afectados por la presencia del consumo excesivo de alcohol y, en contra de la opinión popular, el alcohol ha de ser considerado farmacológicamente como un depresor de su actividad, porque aunque produce desinhibición y se usa como droga de la sociabilidad, el alcohol no es un estimulante. Las propiedades estimulantes que se le atribuyen tiene que ver con la locuacidad, la facilitación de la comunicación, el hiperactivismo, entre

otros. Pero en realidad se produce una reducción de acción de las estructuras profundas del cerebro asociadas a la inhibición y el control; en la medida en que bloquea las comunicaciones nerviosas, el alcohol también afecta a la transmisión y sensación del dolor. A dosis altas el alcohol produce finalmente, una auténtica depresión de la actividad de la corteza cerebral, y por tanto una alteración en la mayoría de sus funciones, desde la percepción de estímulos sensoriales, hasta la concentración, la atención, la memoria, el habla, la coordinación de los movimientos y el autocontrol.

En el sistema respiratorio el alcohol provoca que su actividad disminuya, existiendo la posibilidad de que se presente un paro cardíaco, así como tumores en las regiones superiores, bronquitis, neumonía y carcinoma bronquial, en este aparato son atribuidos al consumo de alcohol, tal relación es considerada al alto consumo de cigarrillos entre los alcohólicos y a una disminución general de las resistencias a las infecciones, ya que tampoco el sistema inmunitario está exento de los efectos de esta enfermedad. (Funes, op. cit.),

En el sistema endocrino la administración aguda y crónica de alcohol disminuye la concentración plasmática de testosterona, en consecuencia hay reducción de la libido, también se presenta impotencia sexual. En las mujeres ocasiona trastornos en la ovulación.

Al aumentar las cantidades consumidas de alcohol, la secreción de orina es mayor, el resultado es un efecto diurético, que provoca deshidratación del individuo por la pérdida de líquidos. Otro de los órganos más afectados del consumo excesivo de alcohol, es el hígado en el cual se transforma el 80% del alcohol consumido, al realizar este proceso se produce; acetaldehído, ácido acético, ácido úrico, entre otros, en consecuencia se puede producir esteatosis (acumulación de grasas en el hígado) y hepatitis alcohólica, cuya característica es inflamación y pérdida de células en el hígado. En algunos casos esta última enfermedad evoluciona a cirrosis, y a diferencia de la hepatitis que es curable si se deja de beber, la cirrosis avanza y produce la muerte.

Las consecuencias del consumo de alcohol son también evidentes en mujeres embarazadas, como lo mencionan Medina-Mora y cols. (op. cit.), señalan que el consumo de dos o tres copas diarias durante el embarazo se asocia a bebés de menor talla, peso y perímetro craneal al nacer; a un número mayor de anomalías físicas a los tres años, y a menor cociente intelectual a los 7 años, debido a que la sustancia pasa libremente de la placenta al niño.

Por tanto, las acciones depresoras del alcohol en el Sistema Nervioso Central afectan primero las funciones cerebrales superiores que están a cargo de la conciencia, la conducta y el dominio de sí mismo. La liberación resultante de la ansiedad y la inhibición produce euforia y una estimulación aparente que aumenta la locuacidad así como la actividad motora. Conforme se continúa bebiendo las respuestas a los estímulos se vuelven más lentas y se empiezan a sentir los trastornos musculares, sobreviene entonces la torpeza; histagmia y ataxia.

Cabe señalar que la manifestación de estos síntomas no se presenta al mismo tiempo en una persona o en todos los individuos que consumen una droga en específico. Son síntomas de detección e identificación.

Ahora bien, con el consumo repetido de alcohol se desarrolla una cierta resistencia a sus efectos. La adaptación al alcohol no se limita a personas que consumen cantidades excesivas de éste, sino ocurre también con los bebedores sociales que toman alcohol en dosis moderadas y con alguna frecuencia. La tolerancia funcional en el sistema nervioso es más evidente. El resultado es que los usuarios regulares del alcohol pueden tomar cantidades moderadamente fuertes sin sufrir o mostrar intoxicación, debido a la tolerancia los alcohólicos necesitan tomar cantidades considerables antes de llegar a sentir los efectos deseados ya que la proporción en que el alcohol desaparece de la sangre baja ó lo es sólo marginalmente. En las etapas más avanzadas de la dependencia alcohólica se puede observar disminución de la tolerancia.

El organismo humano sometido a una presencia importante y continuada de alcohol establece mecanismos de profunda dependencia física. A la fecha

aún no se conoce con qué ritmo y formas puede instaurarse esa dependencia, así como si sólo debe considerarse alcohólico al que depende físicamente del mismo.

Según la OMS, puede decirse que existe farmacodependencia cuando el consumo de alcohol por parte de un individuo excede los límites socialmente aceptados por su medio cultural, si se consume alcohol en momentos considerados como inapropiados o si el consumo llega a ser tan grande que daña su salud o deteriora sus relaciones sociales. Es evidente que el consumo excesivo de alcohol constituye un grave riesgo para la salud, resultando muy costoso en términos humanos y económicos, ya que culturalmente hay que esperar a que el bebedor desarrolle el síndrome de dependencia o complicaciones orgánicas para justificar su atención.

Los daños causados por esta enfermedad no sólo van a afectar a quien la consume, sino también a su familia, y a la sociedad. Las consecuencias del consumo excesivo de alcohol están permeadas por las expectativas culturales, y aún más, la percepción de problemas y su notificación por parte de la población está influida por la actitud relativamente permisiva o restrictiva de la población en diferentes momentos históricos. Desgraciadamente, proporciones variables de individuos en la población presentan problemas en su salud y en sus relaciones interpersonales, a causa del consumo inmoderado de alcohol, estos problemas son considerados como verdaderas amenazas a la salud pública. Entre ellos se encuentra el considerable número de habitantes que muere a edades consideradas de alta productividad, también son importantes las incapacidades resultantes, los daños a la familia, los accidentes y hechos violentos, los problemas en el área laboral y en la sociedad en su conjunto, así como los costosos recursos de atención a la salud que se deben destinar para su tratamiento y rehabilitación.

Tapia (op. cit.) señala algunos datos relacionados con el consumo excesivo de alcohol en la Ciudad de México: el 20% de los casos que fueron atendidos en las principales salas de urgencia tenían niveles positivos de

alcohol, del total de suicidios 2.4% tenían antecedentes de problemas con el alcohol, y a la hora del hecho suicida 38% se detecto en las necropsias.

Por otro lado, de todos los actos delictivos de la ciudad, la tercera parte se realizaron bajo la influencia del alcohol, el 45% de los casos conocidos de violación estuvo presente el alcohol, en niños maltratados el 15%, y 12% en los casos de ausentismo laboral.

Miller y Burt (op. cit.) señalan que el primer núcleo de personas afectadas por el alcohólico es su familia, y los efectos son de diversa naturaleza como: ruptura de la armonía familiar, desacuerdo conyugal, maltrato y/o descuido de los hijos o del cónyuge, pérdida de la estimación del bebedor. De la familia por lo general los más afectados son los hijos, particularmente en lo relativo a su sano desarrollo mental y educativo., Pues se pueden presentar problemas emocionales, abandono escolar, delincuencia y por supuesto drogadicción.

En el caso de niños con padres alcohólicos, la identificación con ellos y el grado de imitación de la conducta paterna juegan un papel importante en el desarrollo subsecuente de los hábitos de consumo alcohólico y de dependencia en los hijos. Los efectos dañinos de un padre alcohólico sobre la personalidad de los hijos en crecimientos son factores determinantes de problemas emocionales que posteriormente empujarán a los hijos a buscar alivio en el consumo de alcohol.

La edad de inicio en el consumo de alcohol es cada vez a edades más tempranas, entre los 12 y 13 años de edad. Otros factores predisponentes en el inicio y consumo de alcohol en los adolescentes, son el tener algún familiar con hábitos de consumo, el intento por aliviar dificultades familiares y personales, tiene que ver con las prácticas de transición, búsqueda y afirmación de la identidad en construcción, así como con la búsqueda de la aceptación en su grupo de iguales. Las consecuencias que se presentan en los jóvenes pueden ser: la delincuencia, problemas escolares, rabietas, pleitos con los compañeros,

rebeldía y retraimiento social; además los jóvenes que tienen esta dependencia regularmente abusan de otras sustancias tóxicas.

Como se puede observar las condiciones en el que un muchacho se hace vulnerable con respecto al consumo de drogas son muy variadas, se puede afirmar que la familia, los amigos, el medio social en que se desarrolla son elementos que influyen en gran medida en la toma de decisiones para el uso o no uso de sustancias adictivas, por lo que se hace necesario actuar de manera óptima en los espacios de desarrollo de los jóvenes para promover la salud.

## CAPÍTULO 3.

### PROMOCION DE LA SALUD

#### 3.1 Antecedentes.

En las distintas épocas de la historia de la humanidad y hasta nuestros días, el ser humano ha buscado la manera de mantener un buen estado de salud. El concepto que se ha tenido de este proceso en diferentes etapas de la historia ha repercutido en la forma de organización y atención de los servicios de salud, así como en la percepción por parte de la comunidad del mismo.

Según la Organización Mundial e la Salud (OMS), desde mediados del siglo XIX hasta los inicios del siglo XX, la atención de los problemas de salud estaba centrada principalmente en la cura de las enfermedades infecciosas. Entonces, la salud estaba considerada como la mera ausencia enfermedad. (Gómez, 1996)

En 1946, la OMS amplía este concepto y propone que la salud es alcanzar un estado de bienestar físico, mental y social. Este concepto contempla al individuo no como ser aislado sino como parte de una comunidad con determinadas condiciones económicas y sociales, es decir, se incluye el componente psicosocial. (OPS, 1996)

En 1974, la revista *“Una nueva perspectiva acerca de la salud”* de los canadienses, publico que la salud de las personas está determinada por factores biológicos, estilos de vida de los individuos, la forma de organización de los servicios de salud, así como por los entornos físicos y sociales que rodean al individuo.

En la actualidad la salud es entendida como un proceso dinámico, determinada por un ambiente social, físico, los recursos económicos, el entorno



político y los estilos de vida. Por esta razón la salud no es producto de los servicios médicos, sino que se logra tomando en cuenta aspectos biológicos, sociales y psicológicos.

La Promoción de la Salud (PS) considera que la salud es parte esencial de la vida diaria de los individuos, se puede lograr desarrollando capacidades en las personas que les permitan afrontar los retos del ambiente, tomando en consideración los recursos sociales e individuales.

Restrepo (2001) contempla que desde la perspectiva de la PS las medidas preventivas y promocionales de salud, han sido utilizadas por el hombre desde épocas antiguas, pues existieron creencias sobre su conservación por medio del uso de semillas, amuletos, talismanes, entre otros.

En la cultura griega se le dio un gran valor a la salud, hacia 1250 a.c. se rindió culto durante muchos años al Dios de la salud Asclepios, y a sus dos hijas Panacea (diosa de la curación) e Hygea (arte de estar sano) y se buscó el equilibrio entre estar saludable y la utilización de los procesos terapéuticos.

En los S. VI y V a.c. se consideró que estar sanos era un don de los dioses. Hipócrates, escribió que “la vida sana es fuente de riqueza”. Existen datos que indican que se recomendaban estilos de vida saludables mediante dietas y prácticas especiales; como el uso de la música para restablecer el equilibrio. Desgraciadamente, estas medidas fueron destinadas únicamente a los aristócratas, y el resto de la población no contaba con información alguna.

Los romanos emplearon los principios higiénicos de los griegos y los egipcios y ampliaron el concepto de salud al incorporar la mente como aspecto importante para lograr un estado saludable y con los aportes de Galeno, al hablar de los prerequisites de salud: “libertad de pasión e independencia económica”, dejando así de centrar su atención en la constitución física. En el siglo III,

construyeron acueductos y dotaron las viviendas con cañerías y desagües, con la idea de que la conducción adecuada de agua permitiría una mejor vida, además institucionalizaron clínicas y hospitales del sector público.

El pensamiento de Galeno de que el alma era más importante y duradera que el cuerpo se sostuvo en la Edad Media y el Cristianismo, por tal motivo el espíritu fue considerado como principal elemento para preservar la salud, y las dietas y ejercicios eran considerados como innecesarios. En este período surge como medida de protección el concepto de cuarentena, a partir de la peste o muerte negra del siglo XIV, pero a excepción de esto hubo pocos avances.

En el Renacimiento, el cuerpo deja de ser un instrumento de pecado, y el arte y la literatura se renuevan. En el siglo XVII se registran avances importantes con relación a la salud pública se descubren los gérmenes causantes de enfermedades gracias a la invención del microscopio, surge la bacteriología y la microbiología.

En el siglo XVIII, se volvió a dar importancia tanto a la salud física y mental, a nivel individual y social. En el Absolutismo, la preservación de la salud estaba a cargo del Estado quién establecía leyes y medidas policíacas de manera autoritaria.

En el período de la Iluminación se estableció el principio de que “el hombre es bueno y racional, y es el único que puede cambiar su situación, pero es ignorante porque no se le da información”. La educación era el proceso más importante para alcanzar diversos objetivos. En el área de la salud Jhon Locke elaboró un programa de salud física y mental.

Bernhard Christoph Faust, interesado en promover la salud y el bienestar del pueblo publicó un folleto llamado “catecismo de la salud”, un ejemplar sencillo para los lectores pero con la desventaja de ser inaccesible para la población analfabeta.

Por su parte Johann Peter Frank de Alemania, atendió pacientes, reorganizó hospitales y educó a estudiantes y monarcas, sobre como proteger la salud, estipuló que la situación de pobreza en Pavia era la principal causa de las enfermedades, preceptos de gran importancia para la construcción del marco teórico de la PS.

Es hasta el siglo XIX, que se establece definitivamente la relación entre el estado de salud de la población y sus condiciones de vida. A partir de la Revolución Industrial en Europa, se evidenció que las deplorables condiciones de vida de los individuos provocaban la muerte prematura de niños así como enfermedades en el resto de la población.

Al respecto diversos autores hablan sobre las injusticias hacia los pobres; Rene Villarmé en su publicación realiza denuncias sobre la salud de los obreros de la industria textil de Francia y Edwin Chadwich en el informe de las condiciones sanitarias de la clase trabajadora. Federico Engels escribió sobre los efectos del ambiente, el alcoholismo y los accidentes en los trabajadores, describió enfermedades infecciosas además de realizar un estudio epidemiológico de la mortalidad con relación a la clase social.

Es a mediados del siglo XIX que surge con fuerza el concepto de medicina social. Rudolph Virchow, considerado precursor de esta corriente fue un importante precursor de la PS al hablar sobre los prerequisites de la salud y de las enfermedades como resultado de las condiciones de vida. Realizó un análisis antropológico, sociológico y epidemiológico de la tifo en Silesia entre 1847 – 1848, a partir de la cual manifestó que el remedio a esta enfermedad era la prosperidad, educación y libertad basadas en la práctica de una democracia plena e ilimitada. Estableció un período conocido como Reforma Médica, en el cual intento mejorar la salud pública proporcionada por el Estado, mediante la mejoría de las condiciones de vida.

Posteriormente, Willian H. Duncan buscó mejorar las condiciones de vida centrando su atención en un cambio ambiental (Carrada, 1997). En 1884, en la Declaración de Liverpool sobre el derecho a la salud, se solicita el derecho a vivir una buena salud para las personas que no cuentan con vivienda digna y que viven con angustia. (Málaga, 2001)

Restrepo (op. cit.) considera que el antecedente más reciente de la construcción del marco teórico – práctico de la PS se inicia con Herry Sigerist célebre salubrista, cuando estableció que la salud se promueve cuando se facilita un nivel de vida decente, adecuadas condiciones de trabajo, educación y medios de recreación.

Terris ( 1992, cit. en: Restrepo, op. cit.) refiere que Sigerist fue el primero en utilizar el término de PS al mencionar que una de las funciones esenciales de la medicina, además de la prevención de la enfermedad, el restablecimiento y rehabilitación del enfermo. Para Sigerist, la educación gratuita y la educación para la salud fueron muy importantes para promover la salud, en el Programa de Salud que elaboró en 1942, la situó en primer lugar mejores condiciones de vida y trabajo, así como medios de recreación estaban a continuación. En lo que respecta a la atención médica, propuso que fuera accesible a toda la población, y cuando la prevención no fuera exitosa, restaurar la salud, pero además implementar estrategias para conservarla.

La propuesta de Sigerist es muy importante porque es el marco de referencia de la teoría y práctica de la PS, después de 40 años de su elaboración, en la Carta de Ottawa se retoman sus preceptos, siendo este documento el que define las bases de acción de la PS. (Carrada, op. cit.)

Por otra parte Kickbusch (1986) mencionan la importancia de considerar el desarrollo de la salud pública y el concepto de salud para una mejor comprensión de la evolución de la PS.

En sus inicios la Salud Pública, realizó actividades sanitarias aplicadas mediante las leyes de beneficencia, después se transformó en medicina preventiva, predominando el enfoque individualista, basado en la inmunización. Posteriormente, la salud pública pasó de la atención primaria (vacunación) a la detección, es decir, las actividades fueron más diagnósticas que preventiva. En los años 60s y 70s se enfocó en la epidemiología del comportamiento, en donde se hace mención que el origen de las enfermedades no es únicamente biológico, sino que también el medio ambiente y los estilos de vida son componentes del estado de salud, se solicita a los políticos de la salud dirijan su atención a las enfermedades con más índice de mortalidad, más que a la organización y mantenimiento de los servicios asistenciales, es decir, se propuso que la prevención era la mejor medida para conservar la salud. En este contexto en el que la salud pública estaba centrada en la epidemiología, la educación para la salud tenía como objetivo cambiar los factores de riesgo comportamentales.

La Educación para la Salud comprendió que para desarrollarse necesitaba de medidas legales, medioambientales, normativas, entre otras, y de centrarse además de la prevención (modificando conductas de riesgo) en la elaboración de estrategias nuevas para promocionar la salud apoyadas en medidas legales, medioambientales, normativas, entre otras. Esto provocó según Kickbusch (op. cit.) y Carrada (op. cit.) el surgimiento de la PS como una necesidad de ir más allá de la prevención. En sus inicios se intentó mejorar la salud por medio de la modificación de conductas riesgosas a nivel individual, y posteriormente fomentando estilos de vida saludables a través de la educación, la cual consistió en transmitir información sobre conductas de riesgo para la salud, y generar condiciones adecuadas de vida. Mientras se llevaban a cabo estas acciones, la situación económica se deterioraba y aumentaba el número de personas viviendo

en situaciones de pobreza e insalubridad, y sólo los que tenían acceso a la TV, radio y material impreso podían beneficiarse de la PS.

En cuanto al concepto de salud, este se ha modificado ampliamente ha pasado de considerarse como un estado de ausencia de enfermedad y de un adecuado estado de bienestar físico, mental y social, a ser entendido como un proceso dinámico determinado por el ambiente social, físico, político y por los estilos de vida que adoptan los individuos.

Para la PS, la salud es considerada como parte esencial de la vida diaria de los individuos y es posible que las personas la logren y mantengan desarrollando capacidades que le permitan elegir estilos de vida saludables, e influir sobre los determinantes de la salud.

La PS toma en cuenta las capacidades de los individuos y sus recursos personales y sociales, esto significa, que para lograr un mejor estado de salud son necesarios entornos favorables y condiciones adecuadas de vivienda, alimentación, trabajo, educación, recreación así como posibilidades de desarrollo de habilidades personales y de relación con los demás (comunicación, aceptación, respeto, cooperación), y cambios de estilos de vida saludables para elevar la calidad de vida de los mismos.

Por consiguiente a la PS no sólo le interesa alcanzar un estado de salud favorable para todos los miembros de la comunidad, o curar las enfermedades, se enfoca en lograr conservar o recuperar la salud, prevenir la aparición de enfermedades, y lograr la participación activa de toda la sociedad en el logro de la salud, mediante la práctica de estilos de vida saludables, y el establecimiento de entornos sociales, políticos, económicos, culturales y ambientales favorables.

### 3.2 Definición de promoción de la salud.

En 1945 Henry Sigerist, fue el primero en utilizar e intentar definir la Promoción de la Salud (PS), lo hizo tomando en cuenta los factores tanto generales como específicos para la prevención de la enfermedad, señaló que la PS esta encaminada a la prevención e la enfermedad, al restablecimiento y rehabilitación de los enfermos (Restrepo, op. Cit.)

Posteriormente, diversos autores han propuesto otras definiciones como: Nutbeam (1986; cit. en: Restrepo, op.cit.) que señala: “la PS es el proceso mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de salud y de ese modo mejorarlo”.

Por su parte la OPS (1992, cit en Restrepo op. cit.), establece que la PS es la suma de las acciones de la población, servicios de salud, autoridades sanitarias así como de sectores sociales y productivos, dirigidos a desarrollar mejores condiciones de salud física y mental.

Kickbusch (op. cit.) expone que se trata de una nueva salud pública, un nuevo tipo de política pública basada en los determinantes de la salud, que ofrece espacios sociales legítimos hacia la producción social de la salud basados en la democracia y en la participación.

Mientras que Bunton y Mac Donald (1992) consideran que la PS es un conjunto de varias disciplinas académicas; Política Social, Educación, Psicología, Sociología, Epidemiología, Comunicación, Economía, que generan una innovadora teoría y práctica de la salud pública.

De esta manera el término de PS es confuso porque aún no existe común acuerdo para determinar si se trata de una política, ciencia, disciplina o un

programa de salud, o en ocasiones únicamente se le asocia a los estilos de vida de los individuos.

A continuación se desarrollan algunas ideas que permitan comprender mejor este concepto:

- Es un término relacionado con la salud.
- La PS está dirigida a la protección, mantenimiento y acrecentamiento de la salud, así como a la prevención de la enfermedad y promoción de la salud.
- Se interesa en modificar factores individuales y sociales para influir positivamente en los determinantes de la salud, encaminados a lograr un estado de salud favorable.
- Propone acciones políticas, económicas, sociales, e individuales para alcanzar mejores condiciones de salud, las cuales deben de ser realizadas por parte de la población en general; servicios de salud, autoridades sanitarias así como sectores sociales y productivos.
- La PS se relaciona con los términos estilos y calidad de vida, comportamiento individual y colectivo, factores de riesgo, ambiente social, económico y político, entre otros.
- Las intervenciones para promocionar la salud suelen ser individuales y colectivas.
- Incorpora varias disciplinas como: la Psicología, la Educación, Epidemiología, Sociología, Comunicación, Política.

### 3.3 Objetivos de la promoción de la salud.

Anteriormente el modelo que se utilizaba para intervenir en el logro de un estado saludable favorable era el biomédico tradicional, por ende el elemento biológico era el único reconocido para llevar a cabo las acciones sanitarias.



En la actualidad la salud pública tiene una visión integral del ser humano al establecer que esta constituido por elementos biológicos, psicológicos, sociales, políticos y económicos, por tanto la salud es entendida desde una dimensión individual y social, lo que quiere decir que la atención y la intervención sanitaria debe ser multidisciplinaria e interdisciplinaria, y estas acciones deben realizarse a partir de las necesidades de la comunidad, en donde los profesionales de la salud son los facilitadores de detectar esas necesidades, evaluarlas y elaborar estrategias y planes de acción ( Rodríguez y Rojas, 1996).

De la misma manera para esta teoría la salud esta determinada por factores biológicos, psicológicos, sociales y económicos, hace énfasis en que la salud es un recurso positivo de la vida cotidiana de las personas, y por ello no solo un objetivo de la vida misma. Considera que los individuos tienen la capacidad para desarrollar habilidades, destrezas, actitudes que le permitan afrontar los retos del entorno en el que se desenvuelven, así como los problemas de salud.

Desde esta perspectiva la Promoción de la Salud plantea objetivos en dimensiones tanto individuales como sociales, estos son:

- Capacitar a las personas para asumir y ejercer el control y responsabilidad de su salud, mediante el desarrollo de habilidades y destrezas que le permitan adoptar estilos de vida mas saludables (Carrada, 1997).
- Busca identificar factores individuales y sociales que permitan mantener estilos de vida saludables, y modificar aquellos otros que impiden ponerlos en practica, con la finalidad de prevenir situaciones de riesgo para la salud (OPS, 1996).
- Crear, promover y mejorar las condiciones sociales, ambientales y económicas que garanticen el bienestar general y que eliminen o modifiquen conductas encaminadas a lograr un estado saludable (Yoshiko, 1995).

- Busca lograr la participación activa de la comunidad, en el establecimiento de las necesidades, toma de decisiones y elaboración de programas y estrategias promocionales de la salud. Así como, lograr que la población ejerza el control sobre su propia salud y sobre el entorno socioambiental, para generar ambientes saludables en los distintos ámbitos: familiar, escolar, laboral y comunitario (Gómez, Pinedo y Fernández 1991).
- Pretende que los miembros de la comunidad y otros sectores tengan mayor información sobre factores de riesgo y condiciones favorables para la salud, que les permitan concientizar sobre la importancia de la conservación de la salud
- Busca reorientar los servicios de salud, que vayan más allá de proporcionar servicios clínicos y médicos, es decir, que las acciones se orienten a incrementar la salud de la población mediante la prevención de las enfermedades y los accidentes evitables, por ende, los servicios de salud -según esta perspectiva -deben estar orientados a mantener, generar, y alcanzar el bienestar de la población, prevenir y atender enfermedades.
- Lograr que los individuos, grupos comunitarios, profesionales de la salud, instituciones y servicios sanitarios junto con los gobiernos, compartan la responsabilidad de promover la salud. Así mismo, crear canales de comunicación entre estos sectores (OPS, op. cit.)
- Construir Políticas Públicas Saludables (PPS), ya que para lograr conductas saludables se requiere de entornos apropiados que se pueden establecer a través de normas protectoras para la sociedad. Estas políticas buscan que la salud se considere como componente importante de la política pública social. Por tal motivo busca vencer las barreras políticas que limitan el ejercicio de la democracia, luchar contra la violencia y atender los problemas psicosociales, instituciones y de salud pública (Carrada, op. cit).

- Garantizar que la población tenga las mismas posibilidades de acceso a los servicios de salud, atendiendo las necesidades de las comunidades más vulnerables, y así eliminar y disminuir las desigualdades sociales, entre el estado de salud de la población y el acceso a la atención sanitaria (Carrada, op. cit.).

Por tanto, la PS tiene como finalidad incrementar y mantener la salud de la población, prevenir enfermedades y accidentes, para elevar la calidad de vida de las personas mediante capacitación que les permita ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y así optar por estilos de vida más saludables que eviten la mortalidad y morbilidad. En donde los diferentes sectores de la sociedad como son los individuos, la comunidad, las instancias gubernamentales y no gubernamentales, logren el bienestar común a través de la participación activa y conjunta de los mismos.

#### 3.4 Características de la promoción de la salud.

La Promoción de la Salud integra acciones políticas, económicas y sociales con la educación para la salud, dirigidas a promover en el individuo y en las comunidades modificaciones comportamentales y del entorno ambiental, político, económico y social, para lograr condiciones favorables que permitan alcanzar la salud para todos sus miembros.

Emplea distintos enfoques que se complementan; educación para la salud de epidemiología, la legislación, el diagnóstico, el cambio organizacional, y la movilización comunitaria, reconoce la necesidad de una intervención multidisciplinaria e interdisciplinaria. (Kickbush, op. cit.).

Labonte (1986) menciona que la promoción de la salud parte de la premisa que la comunidad es la que debe definir las necesidades y problemas de la salud, a partir de las cuales se han de realizar las acciones sanitarias, y en donde los

individuos y los diferentes sectores de la sociedad deben participar de forma conjunta y activa.

Es así, que los principios de esta visión están encaminados a actuar sobre los determinantes de la salud o factores que influyen en la práctica de ciertas conductas; estos factores son individuales y sociales, en los primeros se consideran los biofisiológicos, (género, edad, historia familiar o antecedentes familiares), los comportamentales (actitudes, valores, creencias, stress, entre otros), estilos de vida, mientras que el ambiente familiar, escolar, laboral, político y económico son los de origen social (Rodríguez y Rojas, 1996).

Por lo tanto, las acciones que realiza los servicios de promoción de la salud están dirigidos hacia ambas dimensiones, entre las que inciden entre los individuos encuentran: la modificación de comportamientos y estilos de vida mediante la educación para la salud y programas preventivos. En lo que respecta a la intervención sobre el medio socioambiental, político y económico se incluyen actividades de los servicios de salud encaminadas al control sanitario del ambiente. ( Levi 1979 cit. en Gómez, 1996)

Kickbusch (op, cit.) habla sobre la importancia de establecer Políticas Públicas Saludables en los diferentes sectores de la sociedad, económico, político y económico, que permitan de manera coordinada cubrir las necesidades de salud, vivienda, empleo, educación, alimentación y paz de toda la población; así como generar ambientes saludables. También hace énfasis en la redistribución de los recursos disponibles de manera equitativa para así evitar o disminuir desigualdades en la población y con ello mejorar la calidad de vida de la misma.

Las estrategias dirigidas al control sanitario, según Gómez, Sánchez y Fernández (1991) se basan en el control de la exposición de los individuos a los factores nocivos que contaminan el medio ambiente, las medidas de lucha en su sentido más amplio; saneamiento ambiental y control sanitario de los alimentos. Y

por otro, las medidas que tienen por objeto evitar la exposición de los individuos a los factores nocivos.

En cuanto a la modificación de comportamientos, la PS se enfoca a desarrollar y fortalecer las habilidades, aptitudes y actitudes de las personas, para influir sobre los factores que determinan la salud y que les permitan tomar decisiones encaminadas a optar estilos de vida más saludables (Carrada, op. cit.). Como se menciono anteriormente los factores determinantes de salud pueden ser individuales y sociales, estos últimos son el ambiente social, económico y político, por ende para contribuir a la salud es necesario según Rodríguez y Rojas (op. cit.) implantar medidas de salud preventivas dirigidas a cambios sociales y económicos, como:

- a) Modificaciones en las políticas legislativas.
- b) Según Latorre (1994) otros determinantes de origen social son los comportamientos adquiridos en la familia los cuales paulatinamente se vuelven hábitos difíciles de modificar.
- c) Los valores asociados a una cultura, es otra categoría de estos factores, y pueden ser desde valores estéticos hasta el papel que deben desempeñar los miembros de la comunidad.
- d) Las influencias del grupo o presión de los iguales (amigos, pandillas juveniles) constituye uno de los factores más significativos en la adquisición de hábitos de fumar en los adolescentes.
- e) Los factores sociolaborales también guardan una estrecha relación con la salud y la enfermedad, puesto que los trabajadores se encuentran expuestos a riesgos laborales, ya sean accidentes, lesiones o enfermedades contraídas por sustancias tóxicas. Los horarios de trabajo nocturno y mixto, así como las jornadas extenuantes, provocan enfermedades, problemas familiares y disminuyen la capacidad del individuo.

- f) En los factores individuales están las creencias de que un determinado comportamiento puede influir a evitar una enfermedad o propiciar la salud, y la actitud que se asume ante dichas situaciones.
- g) El acceso a los servicios de salud va a definir el nivel de participación y uso de los servicios sanitarios por parte de las personas.
- h) Otros factores asociados que juegan un importante papel en la determinación de conductas saludables son los factores emocionales, como el estrés que están asociados a los hábitos nocivos como fumar, beber o comer en exceso.

Los factores antes mencionados determinan distintas pautas de comportamiento para la salud o riesgo de enfermedad, que en interacción con las condiciones de vida , van a definir los estilos de vida de las personas, estos estilos están influenciados por las conductas aprendidas en la familia, escuela, trabajo, medios de comunicación (Monroy, 1998).

Espinosa (2000) menciona que es importante tener en cuenta el contexto donde se dan estos comportamientos, porque a partir de la identificación en el ambiente de los determinantes de comportamientos, y del análisis de esa relación, la participación de la Psicología será más efectiva para realizar programas preventivos y de promoción de la salud.

Gómez, Pinedo y Fernández (1991) indican que no existe duda alguna que la salud esta determinada por el conjunto de comportamientos de los individuos y la comunidad en general, conductas en relación con la alimentación, ejercicio físico, sueño, reposo, relaciones interpersonales, entre otros, son frecuentemente factores de riesgo de patología de enfermedades prevalentes como: fármacodependencia, enfermedades de transmisión sexual, cáncer, cardiopatías, etc.

Espinosa (op. cit.) señala que la psicología se enfoca en los factores relacionados al comportamiento y a los eventos del contexto social, en los que se incluye la familia, la vida laboral y las relaciones interpersonales del individuo. En este sentido, es importante para realizar acciones preventivas e identificar las condiciones de vida: normas, valores, actitudes y comportamientos de las personas, los grupos, las familias y los individuos más vulnerables con mayor riesgo de adquirir una enfermedad.

En las medidas preventivas, la educación, el cuidado, tratamiento y rehabilitación, son una herramienta esencial para la PS. La Educación para la Salud tiene como objetivo fortalecer conocimientos relacionados a la salud: identificando riesgos y daños para la misma, así como factores que la favorecen. Así mismo busca desarrollar habilidades, actitudes y comportamientos, que permitan a la comunidad participar activamente en el cuidado de su salud, fomentando la concientización de sus miembros para optar por estilos de vida más saludables y creación de ambientes saludables mediante la búsqueda de leyes favorables para la salud y de recursos necesarios para tener una mejor calidad de vida. La educación para la salud contribuye a que los individuos logren alcanzar las metas establecidas con relación a su salud permitiendo elevar y mantener la calidad de vida de las personas

Por otra parte la Psicología de la Salud también desempeña un papel muy importante en la prevención de la enfermedad y promoción de la salud, ya que estudia la influencia de los procesos psicológicos en la determinación de la salud y la enfermedad, e identifica cuales variables están implicadas en el desarrollo de las mismas. El énfasis de su trabajo lo sitúa entonces en la prevención de la enfermedad y en la promoción de la salud, enfocando sus intervenciones en la modificación de hábitos y estilos de vida inadecuados, aunque también se ocupa del aspecto de las relaciones interpersonales del paciente con los profesionales de la salud (Latorre y Beneit, 1994).

Según Weiss (1982) la tarea del psicólogo es entonces evaluar las interacciones de las personas, el ambiente y la enfermedad para formular el diagnóstico y estrategias de tratamiento. Las variables a considerar para esta función son:

- Las características biológicas como la edad, el sexo, historia clínica.
- Las características afectivas como ánimo y afecto actual del individuo, elementos contextuales e historia.
- Las características cognitivas como conocimientos sobre sus propias percepciones y sensaciones importantes para detectar habilidades y limitantes del individuo, remarcando que el propósito en este sentido es la percepción de edad que tiene la persona y cómo lo hace, incorporando las características ambientales, familiares y socioculturales.

Por tanto, para que la PS logre individuos que actúen de manera más saludable, modificando comportamientos y cambios en el ambiente, se enfoca a dirigir sus intervenciones sobre los diferentes determinantes de la salud, y a propiciar la participación de los individuos mediante diversas estrategias como son: educación para la salud, psicología de la salud, participación social, comunicación educativa y coordinación de acciones intra e intersectoriales.

En donde la Psicología de la Salud destaca la importancia del comportamiento como factor determinante de la salud y la enfermedad, en el que el análisis y la intervención debe realizarse principalmente desde la perspectiva de la prevención y promoción de la salud.

### 3.5 Promoción de la salud, adolescencia y adicciones.

El uso y abuso de sustancias tóxicas representan en la actualidad un grave problema de salud pública. Fishman (1989) afirma que el fenómeno sobre el



consumo de drogas y alcohol siempre ha estado presente entre los adolescentes pero en los últimos años el uso y el abuso ha ido en gran aumento, a tal grado que el mayor número de delitos cometidos por los adolescentes tiene relación con el consumo de drogas.

Es bien sabido la difusión y facilidad que se tiene en nuestra sociedad para consumir alcohol, cigarrillo, café, tranquilizantes con receta e incluso drogas ilegales, como marihuana o heroína. De igual forma es evidente que el inicio en el uso de estas sustancias se da en edad temprana e incluso desde la infancia, lo cual provoca individualmente, y a nivel comunidad que exista deterioro del funcionamiento social y ocupacional del adicto, esto le provoca incapacidad y limitación de abstenerse del uso de sustancias dañinas para su cuerpo originando que el individuo busque a toda costa satisfacer su adicción, ya sea involucrarse en actividades criminales como la compra-venta de droga o robo. Esto tiene repercusiones importantes en la vida del individuo, cuando es infante o adolescente, porque puede llegar a deteriorar sus relaciones familiares, sus obligaciones y en concreto su funcionalidad en su entorno social.

Massün (op. cit.) señala que existen diversas motivaciones personales que inducen al uso y abuso de sustancias tóxicas, las cuales se presentan de manera simultánea y se influyen recíprocamente para conformar un caso único, por lo que sería erróneo intentar generalizar. Las motivaciones para consumir sustancias tóxicas dependen del significado personal que se les da y que va a variar de una persona a otra.

Hay jóvenes que utilizan las drogas para experimentar (usuarios experimentales) o bien por diversión, este patrón de consumo se presenta generalmente en los jóvenes, las motivaciones principales para hacerlo son la curiosidad, la búsqueda del placer, la presión de grupo de pares, la atracción de hacer algo prohibido, nuevo o emocionante o afirmar su independencia.

Los que usan las sustancias tóxicas de forma esporádica, (consumidores ocasionales) que generalmente lo hacen en eventos sociales o en grupos, para pertenecer a éste, para desafiar costumbres y normas, o con la falsa idea de escapar de sus problemas, entre las motivaciones que se encuentran en este tipo de consumidores se encuentran: violar normas, relajarse, sentirse bien, facilitar la comunicación y la convivencia, entre otras.

Un tercer grupo de consumidores son los habituales quienes han ingerido droga con cierta regularidad pero aún no han perdido el control de sí mismos y pueden dejar de consumirla si se lo proponen. Sus razones principales para tomar droga son el de experimentar o intensificar sensaciones, necesidad de pertenecer a un grupo y sentirse aceptados, olvidarse de los problemas, búsqueda de la identidad, y expresión de independencia y hostilidad hacia los adultos.

Por último se encuentran los farmacodependientes o consumidores compulsivos, y podemos considerar dos categorías; funcionales son personas que necesitan cierta dosis de droga para poder desempeñarse en la sociedad, y disfuncionales ya han dejado de funcionar adecuadamente en la sociedad ya que su vida gira alrededor de la droga olvidándose de todo lo demás.

La Secretaría de Salud (1994), señala que en el consumo de drogas intervienen además de los factores de tipo individual, los familiares, los económicos, ambientales y los sociales, es decir, el problema es multifactorial.

Dentro de los primeros factores se encuentran los trastornos de la personalidad, la búsqueda de sensaciones nuevas, la creencia de que el efecto de las sustancias tóxicas es mínimo, impulsividad, inseguridad, baja autoestima, ansiedad, stress.

El hecho de que existan familias en las que sus miembros beben demasiado, se debe principalmente al ejemplo de los padres y sus costumbres,

que influyen fuertemente en la conducta de sus hijos. Existen hipótesis en donde señalan que el alcoholismo es hereditario, lo cierto es que puede transmitirse cierta predisposición, que junto con otros factores psicológicos y sociales provocan el desarrollo de esta enfermedad.

La aparición de conductas antisociales en la infancia, también pueden ser un riesgo para el consumo de drogas, porque dependiendo de su frecuencia y seriedad, existe la posibilidad de que continúen hasta la adolescencia y edad adulta, y ocasionar la aparición uso de sustancias tóxicas. La relación con compañeros o amigos que consumen drogas, es factor importante para pronosticar el inicio de uso de sustancias tóxicas. Al respecto, Latorre y Beneit (op. cit.) señala que la presión del grupo de iguales constituye uno de los factores más significativos en la adquisición de hábitos de fumar en los adolescentes.

Por último, una de las actitudes que favorecen significativamente al consumo de drogas en los adolescentes es la creencia de que las drogas tienen atributos positivos.

Referente a la dinámica familiar, es primordial para favorecer o no el uso de sustancias tóxicas, pues es en la familia donde se aprende el primer sistema educativo y una serie de valores que determinara el desarrollo adecuado o no de sus miembros.

Entre las conductas y actitudes que favorecen el consumo de sustancias tóxicas en el adolescente están: el consumo de drogas por parte de los padres o hermanos, la falta de comunicación o comunicación poco clara y efectiva entre padres e hijos, la inconsistencia en la aplicación de las reglas dentro de la familia, incluidos premios y castigos ante el comportamiento de los hijos; la existencia de conflictos familiares que pueden provocar el uso ilegal de drogas o realizar actos delictivos, el rechazo hacia los hijos, la desunión familiar y la falta de relaciones

positivas entre sus miembros como; ausencia de apoyo, de confianza, de valores positivos y de manifestaciones de afecto.

En cuanto a los factores sociales tenemos por una lado el aspecto de normatividad y por el otro el económico. El primero se refiere a la existencia de normas y leyes que permiten el uso de ciertas sustancias como el tabaco y el alcohol, y el incumplimiento de las que prohíben el consumo de otras, como las drogas medicas sin prescripción, la marihuana, la cocaína, la heroína y los alucinógenos.

Otro aspecto importante para el consumo de sustancias toxicas, son las facilidades que se dan en el medio para su adquisición, así como la difusión de estas (principalmente tabaco y alcohol) a través de los diferentes medios de comunicación (Fishman, op. cit.).

Se ha demostrado que las condiciones de pobreza y marginación de la población como la falta de empleo, vivienda, servicios públicos y de vigilancia, así como un alto índice de delincuencia y el trafico ilegal de drogas, pueden incrementar el riesgo de inicio, uso y abuso de sustancias toxicas.

Por otro lado, en México se han investigado los diferentes factores que favorecen o no el consumo de sustancias toxicas, la comparación de los niveles de consumo en cada sustancia y muy en especial formas de prevención para la población adolescente.

Así, la Encuesta Nacional de las Adicciones (1988), mediante la aplicación de una encuesta se encontró que los hombres consumen con mayor frecuencia drogas ilegales que las mujeres, mientras que las mujeres consumen mas las drogas médicas. Sin embargo, en los últimos anos el numero de mujeres consumidoras se incremento en relación a los hombres .

Según este estudio el consumo de drogas se presenta en todos los niveles socioeconómicos, por tanto, este no es un factor determinante por si solo para el uso de drogas. Sin embargo, se observo que algunas sustancias son más frecuentemente consumidas por un estrato social, como es el caso de los inhalables, que son utilizados en poblaciones de menor edad y de estratos bajos, mientras que la cocaína se registra entre población adulta y de nivel socioeconómico alto, el tabaquismo y el alcoholismo se observa en todos los estratos sociales. (Secretaria de Salud, op. cit)

Por su parte, el Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP) realizó una encuesta a nivel nacional en estudiantes de nivel medio y medio superior, los resultados obtenidos indican que el consumo de bebidas alcohólicas es sumamente extendido y tolerado socialmente, al igual que el tabaco que es socialmente aceptado y su uso también es muy difundido, sin embargo el porcentaje en el consumo de alcohol es más alto. Un dato que destaca, es que entre los jóvenes no existe diferencia de genero en los niveles de consumo de alcohol (Baja California y D.F.). un factor importante que favorece el consumo de alcohol esta en los amigos bebedores, y tener una baja percepción de riesgo. ( Medina – Mora y cols, 1991)

Por otro lado, los factores relacionados con el consumo de drogas también fueron investigados por el IMP a nivel nacional en la misma población a través de una encuesta; sobresale que los estudiantes que utilizan drogas son en su mayoría hombres de mayor edad y que se encuentran cursando la preparatoria, también se presenta en las mujeres aunque en menor grado, y el inicio de experimentación se da a temprana edad, y no existe diferencia alguna entre los niveles socioeconómicos. En general se señala que la población tiene baja tolerancia para todo tipo de sustancias y para cualquier forma de uso, sin embargo, la población de estudiantes que son consumidores de cualquier droga, perciben una aprobación social. Aquí, también se manifiesta el fenómeno que es

la presencia de amigos de la misma edad que son consumidores de droga. (Medina – Mora y cols., 1993)

De los datos anteriores se concluye que uno de los principales problemas de salud entre los adolescentes es el uso y abuso de sustancias tóxicas entre los adolescentes, y que los factores causales de este son de origen individual, familiar y psicosocial, por tal motivo se señalan de manera urgente e importante la educación de la promoción de la salud.

En este sentido la psicología de la salud posee un papel determinante en la prevención del abuso de drogas, teniendo en perspectiva distintos objetivos: aumentar el interés y la toma de conciencia de salud en el infante o adolescente, facilitar el desarrollo de capacidades, destrezas y adquisición de conocimientos que le permitan la toma de decisiones adecuadas en el uso y abuso de sustancias tóxicas.

En México, instituciones como el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), la Secretaría de Salud (SSA), y los Centros de Integración Juvenil desarrollan junto con el gobierno y otras instituciones de diversos sectores de la población, normas y políticas para solucionar el problema de las adicciones, mediante programas de investigación, prevención, tratamiento y capacitación, encaminados a brindar a la comunidad opciones para la construcción de estilos de vida saludables, exentos del uso de sustancias tóxicas.

En materia de prevención, el CONADIC (2000) desarrolló en la Secretaría de Salud el modelo preventivo “Construye tu vida sin adicciones” , que incluye diversos tipos de mensajes difundidos en los medios masivos de comunicación: radio y televisión, impresos para padres de familia, maestros y comunicadores, manuales y guías para el diseño y desarrollo de programas preventivos incluidos el trabajo grupal con comunidades.

Esta propuesta busca fortalecer la responsabilidad individual y social respecto a la salud, proporcionando medios para que las personas opten por estilos de vida saludables que les permitan desarrollar su potencial personal y ambientes protectores de la salud integral.

El modelo considera siete áreas fundamentales de los estilos de vida como factores protectores de la salud integral:

- 1) Equilibrio psico-corporal,
- 2) Autoconcepto,
- 3) Hábitos alimenticios,
- 4) Patrones de uso de sustancias tóxicas,
- 5) Uso del tiempo libre,
- 6) Expresividad y
- 7) Creatividad.

Por ello, intenta impactar en diferentes áreas de la vida cotidiana: la salud, los hábitos de consumo, las emociones, los afectos, las motivaciones, las formas de expresarse, la interrelación y la recreación, por tanto, las estrategias están elaboradas tomando en consideración los factores de riesgo, predisposición y de protección para la salud.

Estas medidas preventivas están dirigidas principalmente a evitar el inicio en el consumo de sustancias (prevención primaria), aunque se complementan con las de prevención secundaria que pretenden impedir el desarrollo de una adicción o trastornos asociados a esta, mediante la detección oportuna de casos, con la finalidad de reducir el riesgo de intoxicación y accidentes. Lo anterior facilita llevar a cabo la prevención primaria, que consiste desde este enfoque, en la atención terapéutica de casos identificados.

La prevención primaria se realiza por medio de la educación para la salud que pretende que las personas, las familias y grupos sociales desarrollen

habilidades, conocimientos, aptitudes que los lleve a optar por estilos de vida sanos y así eleven su calidad de vida. En este proceso los objetivos y metas son planteados por la comunidad, puesto que esta es la que sabe cuales son sus necesidades y expectativas.

Es así que, “Construye tu vida sin adicciones” esta orientado a desarrollar y/o modificar actitudes, comportamientos, usos y costumbres que mejoren el estilo de vida de las personas, a partir de la toma de conciencia, reflexión y percepción distinta sobre el riesgo. Para lograr estos propósitos, se emplea el trabajo vivencial en grupo: en el que se realiza trabajo con imágenes, trabajo psicocorporal y reflexión grupal, así como talleres de sensibilización orientados a los distintos sectores de la población: comunidad, escuela, centros de salud y laborales.

Por tanto, esta propuesta parte de la premisa que la prevención debe orientarse en forma integral al individuo y el ámbito social en el que tiene lugar el uso y abuso de drogas, por tal motivo, considera la interacción del entorno y del individuo, e interviene sobre los diversos factores causales de tal manera que se incida en las causas y no en las consecuencias.

El CONADIC (2000) señala que otra propuesta elaborada para prevenir las adicciones es el “Modelo de educación preventiva Chimalli” creado por el Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos, A.C, INEPAR, en 1991, se ubica en la categoría de “programa universal”, su finalidad es fortalecer el desarrollo humano en las escuelas, hogares y comunidades, mediante el desarrollo de habilidades de protección y el incremento del nivel de conciencia de la población, en donde la participación y movilización comunitaria es primordial para el logro de las metas planteadas.

El objetivo principal es incrementar la protección de las comunidades. Realiza actividades de investigación para el diagnostico comunitario, la



intervención preventiva, la cual se efectúa mediante dispositivos grupales con técnicas psicocorporales, psicosociales, psicoeducativas y de acción social educativa, y por último busca la participación comunitaria facilitada mediante redes vecinales y/o escolares.

El Modelo Chimalli tiene como áreas de trabajo: el uso de drogas y conducta antisocial, eventos negativos en la familia, la escuela y la vida personal y estilos de vida, con respecto al cuidado del cuerpo, el manejo de la sexualidad y la conducta consumista.

Este modelo hace énfasis en la participación comunitaria a través de redes, para evitar que las actitudes de protección desarrolladas se mantengan, generando con ello una verdadera cultura preventiva.

Por su parte, Centros de Integración Juvenil elaboro un programa preventivo universal del consumo de drogas en poblaciones de 10 a 54 años, en la que la edad prioritaria es de 10 a 18 años. Sus intervenciones son a nivel informativo, de orientación y capacitación, dirigidas a niños, adolescentes, adultos jóvenes, padres de familia, familia, escuela, comunidad y ámbito laboral

Este programa busca desarrollar actitudes preventivas mediante el desarrollo de habilidades como: la asertividad, el autoestima, el afrontamiento del estrés, apoyo escolar y habilidades para la vida. Hace énfasis en los factores de riesgo y protección. Emplea estrategias como técnicas interactivas, cuentos, dramatizaciones, dilemas en el nivel informativo, en la orientación: técnicas vivenciales, relajación, síntesis encaminadas a promover actitudes para el cuidado de la salud; y en el nivel de capacitación se brindan cursos a personas interesadas en desempeñar una labor preventiva, para que diseñen un programa preventivo de acuerdo a las necesidades de su ámbito comunitario o laboral.

## *CAPÍTULO 4.*

### INVESTIGACIÓN DE CAMPO.

#### 4.1. Objetivo general.

Identificar los factores de incidencia y prevalencia, respecto al uso y abuso de sustancias tóxicas, que sirvan como fundamento para instituir estrategias o programas e promoción de la salud en los adolescentes de nivel bachillerato del plantel Fundación Azteca.

#### 4.2. Objetivos específicos.

- ⊖ Identificar los factores que intervienen en el uso y abuso de sustancias tóxicas en la etapa adolescente.
- ⊖ Señalar los porcentajes de incidencia y prevalencia de consumo.
- ⊖ Realizar una propuesta con base en la promoción de la salud, para prevenir el uso y abuso de sustancias toxicas.

#### 4.3. MÉTODO.

##### 4.3.1. Sujetos.

Debido a que los alumnos del Plantel Fundación Azteca – Bachillerato son jóvenes calificados como de excelencia, ya que deben tener un promedio mínimo de 8.5 para el ingreso al plantel secundaria, y mantenerlo durante este periodo para que el ingreso y durante la estancia del plantel bachillerato, así como el no reprobar alguna materia, para obtener su beca al 100%, si el alumno tiene dos faltas seguidas se establece comunicación telefónica con sus padres y a la tercera falta se realiza una visita domiciliaria por si el alumno o su familia se encuentran en problemas, poder ayudarlos y que el alumno no pierda más tiempo de clases, así mismo modo si empieza a bajar de calificaciones se investiga al alumno y para ayudarle de acuerdo a sus requerimientos.

Debido a que esta población recibe apoyo por parte de la institución tanto en área académica, como emocional y en el individual o de familia, se decidió analizar si los estudiantes de dicho plantel con grandes cuidados en su desarrollo, hacen uso y/o abuso de sustancias tóxicas.

Se consideró una muestra probabilística estratificada de la población total de 546 alumnos del Plantel Fundación Azteca- Bachillerato. La muestra (30 % de la población) estuvo formada por 160 alumnos de ambos turnos de 1º, 2º y 3er. Grado.

Los sujetos de la muestra fueron seleccionados por medio de una tómbola, que consistió en numerar todos los elementos muestrales, es decir, todos los alumnos del plantel, esto se hizo sobre la base de las listas de asistencia de la escuela, se hicieron fichas una por cada elemento, se revolvieron en una caja, se sacaron las fichas al azar (160), los números elegidos fueron los que conformaron la muestra.

#### 4.3.2. Escenario.

La aplicación del instrumento se llevó a cabo en las aulas del plantel, las cuales tienen una dimensión de 4 x 6 metros aproximadamente, cuentan con iluminación artificial y natural, ventilación adecuada y con 40 bancas pupitre cada una.

#### 4.3.3. Instrumento.

Se utilizó el “cuestionario de estudiantes 2002 ISBN – 968-7652-40-3 “, diseñado y validado por el Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP), consta de 63 reactivos (ver anexo 1).

#### 4.3.4. Materiales.

Cuestionario, lápices, goma, bolígrafo.

#### 4.3.5. Procedimiento.

Se capacitó a cuatro profesores de la plantilla docente del plantel para la aplicación del instrumento, ubicados los aplicadores y los alumnos en las aulas se entregaron los cuestionarios a los alumnos y de manera conjunta realizaron la lectura de la parte introductoria e instrucciones del instrumento, resaltando el anonimato de la información proporcionada, una vez aclarada cualquier duda, los estudiantes contestaron el cuestionario en forma individual y sin establecer límite de tiempo.

#### 4.3.6. Resultados.

A partir de la aplicación del instrumento en la población del Plantel Fundación Azteca – Bachillerato, y de acuerdo a los objetivos de la investigación se obtuvieron los datos que se describirán de acuerdo a las variables consideradas: edad, sexo, familia, amigos y el nivel socioeconómico. Para el análisis estadístico de los resultados se utilizó el paquete SPSS.

##### → Edad.

Como podemos observar en la tabla 3, el mayor consumo de drogas se presenta entre los 14 y 15 años, en lo que respecta al tabaco y al alcohol entre los 16 y 17 años, y el menor consumo se registra con los alumnos de mayor edad; entre los 18 y 19 años. Sin embargo, no hay diferencias significativas en el consumo de las diferentes sustancias entre los tres grupos de edad; aunque es importante decir que aproximadamente la mitad de los alumnos consume tabaco y alcohol.

**TABLA 3. Consumo de drogas de acuerdo a la edad.**

No.	Droga	EDAD			X	gl.	Nivel de significancia
		14 - 15	16 - 17	18 - 19			
1	Tabaco	38.5%	45.3%	42.9%	0.745	2	0.689
2	Anfetaminas	1.3%	0%	0%	1.058	2	0.589
3	Tranquilizantes	1.3%	8%	0%	4.46	2	0.108
4	Marihuana	3.8%	1.3%	0%	1.178	2	0.555
5	Cocaína	0%	1.3%	0%	1.14	2	0.515
6	Crack	1.3%	0%	0%	1.058	2	0.589
7	Alucinógenos	0%	0%	0%			
8	Inhalables	1.3%	1.3%	0%	0.093	2	0.954
9	Sedantes	0%	1.3%	0%	1.14	2	0.565
10	Heroína	0%	0%	0%			
11	Alcohol	61.5%	69.3%	57.1%	1.22	2	0.543

→ Género.

Con relación al género se observa en la tabla 4, que no existe diferencia significativa en el consumo de las distintas sustancias, cabe señalar que un poco menos de la mitad de alumnos de la muestra consume tabaco, y más de la mitad consume alcohol, en esta última sustancia hay un nivel de porcentaje mayor de consumo por parte del género femenino.

**TABLA 4. Consumo de drogas de acuerdo al género.**

No.	Droga	GÉNERO		X	gl.	Nivel de significancia
		MUJER	HOMBRE			
1	Tabaco	41.50%	42.40%	0.014	1	0.906
2	Anfetaminas	0%	1.50%	1.433	1	0.231
3	Tranquilizantes	2.10%	3%	0.13	1	0.719
4	Marihuana	5.30%	3%	0.486	1	0.486
5	Cocaína	1.10%	0%	0.707	1	0.401
6	Crack	0%	1.50%	1.433	1	0.231
7	Alucinógenos	0%	0%			
8	Inhalables	2.10%	0%	1.422	1	0.233
9	Sedantes	1.10%	0%	0.707	1	0.401
10	Heroína	0%	0%			
11	Alcohol	68.10%	60.60%	0.953	1	0.329

↳ Familia.

Como la familia es influencia determinante para el comportamiento de los jóvenes, se dedicó a estudiar por separando a los diferentes actores que conviven dentro de ella, así que los reactivos son específicos al considerar por separado el consumo de drogas, el consumo de alcohol y del uso del tabaco; de la misma forma se hace referencia a la dinámica familiar y su ambiente.

∞ Uso de alguna droga por parte de la figura materna.

Los alumnos refieren que la figura materna no consume drogas como: anfetaminas, tranquilizantes, marihuana, cocaína, crack, alucinógenos, inhalables, sedantes o heroína; sin embargo, en la tabla 5 se observa que 40 % usa tabaco y más del 60 % alcohol (ver tabla 5).

**TABLA 5. Consumo de alguna droga por parte de la figura materna.**

No.	Droga	FIGURA MATERNA		X	correlación de contingencia	Nivel de significancia
		SI	NO			
1	Tabaco	<b>SI</b>	41.9%			
		<b>NO</b>	58.1%			
2	Anfetaminas	<b>SI</b>	0.6%			
		<b>NO</b>	99.4%			
3	Tranquilizantes	<b>SI</b>	4.4%			
		<b>NO</b>	95.6%			
4	Marihuana	<b>SI</b>	2.5%			
		<b>NO</b>	97.5%			
5	Cocaína	<b>SI</b>	0.6%			
		<b>NO</b>	99.4%			
6	Crack	<b>SI</b>	0.6%			
		<b>NO</b>	99.4%			
7	Alucinógenos	<b>SI</b>	0%			
		<b>NO</b>	100%			
8	Inhalables	<b>SI</b>	1.3%			
		<b>NO</b>	98.7%			
9	Sedantes	<b>SI</b>	0.6%			
		<b>NO</b>	99.4%			
10	Heroína	<b>SI</b>	0%			
		<b>NO</b>	100%			
11	Alcohol	<b>SI</b>	65%			
		<b>NO</b>	35%			

∞ Uso de alguna droga por parte de la figura paterna.

En la Tabla 6 se muestra que el uso de sustancias se presenta en los alumnos que indican que sus padres no ingieren drogas como: anfetaminas, tranquilizantes, marihuana, cocaína, crack, alucinógenos, inhalables, sedantes o heroína. Es importante señalar que existen diferencias significativas entre los grupos que consumen o no alcohol y tabaco.

**TABLA 6. Consumo de alguna droga por parte de la figura paterna.**

No.	Droga	FIGURA PATERNA		X	Correlación de contingencia	Nivel de significancia
		SI	NO			
1	Tabaco	SI	42.4%			
		NO	57.6%			
2	Anfetaminas	SI	0.6%			
		NO	99.4%			
3	Tranquilizantes	SI	4.4%			
		NO	95.6%			
4	Marihuana	SI	2.5%			
		NO	97.5%			
5	Cocaína	SI	0.6%			
		NO	99.4%			
6	Crack	SI	0.6%			
		NO	99.4%			
7	Alucinógenos	SI	0%			
		NO	100%			
8	Inhalables	SI	1.3%			
		NO	98.7%			
9	Sedantes	SI	0.6%			
		NO	99.4%			
10	Heroína	SI	0%			
		NO	100%			
11	Alcohol	SI	65.8%			
		NO	34.2%			

∞ Uso de alguna droga por parte de algún hermano.

En los casos en los que alguno de los hermanos consume alguna droga, no se presenta consumo de las mismas por parte de los alumnos. A excepción del tabaco y el alcohol, en el que no hay diferencia en el porcentaje de consumo entre quienes reportan que los hermanos que sí han ingerido alguna sustancia y los alumnos que los señalan como no consumidores (ver tabla 7).

**TABLA 7 Consumo de drogas por algún hermano en relación con el**



**Consumo de sustancias por parte de los adolescentes.**

No.	Droga	HERMANO		correlación de contingencia	gl.	Nivel de significancia	
		SI	NO				
1	Tabaco	<b>SI</b>	33.3%	42%	0.024	1	0.762
		<b>NO</b>	67%	58%			
2	Anfetaminas	<b>SI</b>	0%	0.6%	0.011	1	0.890
		<b>NO</b>	100%	99.4%			
3	Tranquilizantes	<b>SI</b>	0%	4.5%	0.03	1	0.708
		<b>NO</b>	100%	95.5%			
4	Marihuana	<b>SI</b>	0%	2.5%	0.022	1	0.779
		<b>NO</b>	100%	97.5%			
5	Cocaína	<b>SI</b>	0%	0.6%	0.011	1	0.890
		<b>NO</b>	100%	99.4%			
6	Crack	<b>SI</b>	0%	0.6%	0.011	1	0.890
		<b>NO</b>	100%	99.4%			
7	Alucinógenos	<b>SI</b>	0%	0%			
		<b>NO</b>	100%	100%			
8	Inhalables	<b>SI</b>	0%	1.3%	0.016	1	0.844
		<b>NO</b>	100%	98.7%			
9	Sedantes	<b>SI</b>	0%	0.6%	0.011	1	0.890
		<b>NO</b>	100%	99.4%			
10	Heroína	<b>SI</b>	0%	0%			
		<b>NO</b>	100%	100%			
11	Alcohol	<b>SI</b>	66.7%	65%	0.005	1	0.915
		<b>NO</b>	33.3%	35%			

∞ Peleas comunes entre padres u otros miembros que viven en la misma casa.

En relación con la dinámica familiar, aquellos alumnos que indican la existencia común de peleas entre sus padres u otros miembros que vivan en la casa (Tabla 8), se presenta mayor consumo de tabaco, anfetaminas y marihuana, inhalables y alcohol.

**TABLA 8. Peleas comunes por parte de los miembros que viven en la misma casa en relación al consumo de sustancias de los adolescentes.**

No.	Droga	P E L E A S		correlación de contingencia	gl.	Nivel de significancia	
		SI	NO				
1	Tabaco	<b>SI</b>	54.5%	38.6%	0.130	1	0.098
		<b>NO</b>	45.5%	61.4%			
2	Anfetaminas	<b>SI</b>	3%	0%	0.134	1	0.049
		<b>NO</b>	97%	100%			
3	Tranquilizantes	<b>SI</b>	0%	5.5%	0.108	1	0.168
		<b>NO</b>	100%	94.5%			
4	Marihuana	<b>SI</b>	3%	2.4%	0.017	1	0.827
		<b>NO</b>	97%	97.6%			
5	Cocaína	<b>SI</b>	0%	0.8%	0.040	1	0.609
		<b>NO</b>	100%	99.2%			
6	Crack	<b>SI</b>	0%	0.8%	0.040	1	0.609
		<b>NO</b>	100%	99.2%			
7	Alucinógenos	<b>SI</b>	0%	0%			
		<b>NO</b>	100%	100%			
8	Inhalables	<b>SI</b>	6.1%	0%	0.216	1	0.005
		<b>NO</b>	93.9%	100%			
9	Sedantes	<b>SI</b>	0%	0.8%	0.040	1	0.609
		<b>NO</b>	100%	99.2%			
10	Heroína	<b>SI</b>	0%	0%			
		<b>NO</b>	100%	100%			
11	Alcohol	<b>SI</b>	75.8%	62.2%	0.114	1	0.146
		<b>NO</b>	24.2%	37.8%			

∞ Indiferencia de la convivencia familiar por parte de los padres.

De los alumnos que califican que con *mucha frecuencia* se presenta la indiferencia familiar por parte de los padres, la mitad de ellos esta fumando y el total ingieren alcohol; los que indican que esta situación se presenta con *frecuencia* el mayor consumo es de inhalables, aunque es mucho menor el porcentaje con relación a la categoría antes mencionada; quienes mencionan que *a veces* se presenta la indiferencia de la convivencia familiar, se da un mayor consumo en tranquilizantes, marihuana, cocaína y sedantes; por último los jóvenes que señalan que se presenta *casi nunca* está indiferencia, hay un

porcentaje menor de consumo de las distintas sustancias con respecto a las categorías mencionadas (ver tabla 9).

**TABLA 9. Indiferencia de la convivencia familiar por parte de los padres en relación con el consumo de sustancias por parte de los adolescentes.**

		INDIFERENCIA DE LA CONVIVENCIA FAMILIAR				correlación de contingencia	gl.	Nivel de significancia	
No.	Droga	CASI NUNCA	A VECES	CON FRECUENCIA	CON MUCHA FRECUENCIA				
1	Tabaco	<b>SI</b>	42.4%	39.4%	42.9%	50%	0.031	3	0.985
		<b>NO</b>	57.6%	60.6%	57.1%	50%			
2	Anfetaminas	<b>SI</b>	0.8%	0%	0%	0%	0.047	3	0.949
		<b>NO</b>	99.2%	100%	100%	100%			
3	Tranquilizantes	<b>SI</b>	3.4%	9.1%	0%	0%	0.123	3	0.486
		<b>NO</b>	96.6%	90.9%	100%	100%			
4	Marihuana	<b>SI</b>	2.5%	3%	0%	0%	0.041	3	0.966
		<b>NO</b>	97.5%	97%	100%	100%			
5	Cocaína	<b>SI</b>	0%	3%	0%	0%	0.154	3	0.276
		<b>NO</b>	100%	97%	100%	100%			
6	Crack	<b>SI</b>	0.8%	0%	0%	0%	0.047	3	0.609
		<b>NO</b>	99.2%	100%	100%	100%			
7	Alucinógenos	<b>SI</b>	0%	0%	0%	0%			
		<b>NO</b>	100%	100%	100%	100%			
8	Inhalables	<b>SI</b>	0.8%	0%	14.3%	0%	0.245	3	0.017
		<b>NO</b>	99.2%	100%	85.7%	100%			
9	Sedantes	<b>SI</b>	0%	3%	0%	0%	0.154	3	0.276
		<b>NO</b>	100%	97%	100%	100%			
10	Heroína	<b>SI</b>	0%	0%	0%	0%			
		<b>NO</b>	100%	100%	100%	100%			
11	Alcohol	<b>SI</b>	62.7%	72.7%	57.1%	100%	0.122	3	0.493
		<b>NO</b>	37.3%	27.3%	42.9%	0%			

∞ Problemas por consumo de alcohol de algún familiar.

Al investigar si la existencia de algún problema por el consumo de alcohol de algún familiar, influye para que los adolescentes ingieran algún tipo de sustancia, encontramos que cuando sí existe algún problema por el consumo de alcohol, los alumnos reportan mayor consumo de tabaco, tranquilizantes,

marihuana, cocaína y alcohol. Cabe señalar que en esta última sustancia hay mayor consumo por parte de los alumnos que mencionan que no existe ningún problema, aunque el hecho de que se presenten problemas o no, no hay diferencias significativas de consumo (Tabla 10).

**TABLA 10. Problemas por consumo de alcohol de algún familiar.**

No.	Droga	PROBLEMAS		correlación de contingencia	gl.	Nivel de significancia	
		SI	NO				
1	Tabaco	<b>SI</b>	46.2%	38.9%	0.072	1	0.364
		<b>NO</b>	53.8%	61.1%			
2	Anfetaminas	<b>SI</b>	0%	1.1%	0.065	1	0.407
		<b>NO</b>	100%	98.9%			
3	Tranquilizantes	<b>SI</b>	6.2%	3.2%	0.072	1	0.363
		<b>NO</b>	93.8%	96.8%			
4	Marihuana	<b>SI</b>	3.1%	2.1%	0.031	1	0.699
		<b>NO</b>	96.9%	97.9%			
5	Cocaína	<b>SI</b>	1.5%	0%	0.095	1	0.225
		<b>NO</b>	98.5%	100%			
6	Crack	<b>SI</b>	0%	1.1%	0.065	1	0.407
		<b>NO</b>	100%	98.9%			
7	Alucinógenos	<b>SI</b>	0%	0%			
		<b>NO</b>	100%	100%			
8	Inhalables	<b>SI</b>	0%	2.1%	0.093	1	0.239
		<b>NO</b>	100%	97.9%			
9	Sedantes	<b>SI</b>	0%	1.1%	0.065	1	0.407
		<b>NO</b>	100%	98.9%			
10	Heroína	<b>SI</b>	0%	0%			
		<b>NO</b>	100%	100%			
11	Alcohol	<b>SI</b>	61.5%	67.4%	0.060	1	0.448
		<b>NO</b>	38.5%	32.6%			

Ahora, si es el padre quien tiene problemas por su manera de beber alcohol podemos observar en la tabla 11, que más de la mitad fuma y más del 60% usa alcohol; si es la madre quien tiene los problemas todos los muchachos que lo mencionan consumen tabaco y tranquilizantes, por otro lado si es alguno de los

hermanos quien presenta los problemas todos los jóvenes que lo mencionan usan tabaco y alcohol; más sin en cambio si es otro pariente cercano quien tiene problemas con su manera de consumir alcohol se refiere un consumo del casi 40% de tabaco, y más de la mitad toma alcohol por parte del adolescente.

**TABLA 11. Parientes que tienen problemas por su manera de beber alcohol.**

		PARIENTES CON PROBLEMAS DE BEBER						correlación de contingencia	gl.	Nivel de significancia
No.	Droga		PAPÁ	MAMÁ	HERMANO	OTRO	NIGUNO			
1	Tabaco	<b>SI</b>	57.7%	100%	100%	39.4%	38.5%	0.031	3	0.985
		<b>NO</b>	48.3%	0%	0%	60.6%	61.5%			
2	Anfetaminas	<b>SI</b>	0%	0%	0%	0%	1%	0.047	3	0.949
		<b>NO</b>	100%	100%	100%	100%	99%			
3	Tranquilizantes	<b>SI</b>	10.3%	100%	0%	0%	3.1%	0.123	3	0.486
		<b>NO</b>	89.7%	0%	100%	100%	96.9%			
4	Marihuana	<b>SI</b>	3.4%	0%	0%	3%	2.1%	0.041	3	0.966
		<b>NO</b>	96.6%	100%	100%	97%	97.9%			
5	Cocaína	<b>SI</b>	3.4%	0%	0%	0%	0%	0.154	3	0.276
		<b>NO</b>	96.6%	100%	100%	100%	100%			
6	Crack	<b>SI</b>	0%	0%	0%	0%	1%	0.047	3	0.609
		<b>NO</b>	100%	100%	100%	100%	99%			
7	Alucinógenos	<b>SI</b>	0%	0%	0%	0%	0%			
		<b>NO</b>	100%	100%	100%	100%	100%			
8	Inhalables	<b>SI</b>	0.8%	0%	14.3%	0%	2.1%	0.245	3	0.017
		<b>NO</b>	99.2%	100%	85.7%	100%	97.9%			
9	Sedantes	<b>SI</b>	0%	0%	0%	0%	1%	0.154	3	0.276
		<b>NO</b>	100%	100%	100%	100%	99%			
10	Heroína	<b>SI</b>	0%	0%	0%	0%	0%			
		<b>NO</b>	100%	100%	100%	100%	100%			
11	Alcohol	<b>SI</b>	69%	0%	100%	57.6%	66.7%	0.122	3	0.493
		<b>NO</b>	31%	100%	0%	42.4%	33.3%			

∞ Consumo de tabaco en los lugares de desarrollo del adolescente.

El fenómeno que se detecta por el consumo de tabaco en la casa tiene relación con su uso por casi la mitad de los jóvenes, casi el 10% esta consumiendo tranquilizantes, se da el mayor porcentaje de consumidores de marihuana y casi el 70% de ellos esta consumiendo alcohol; por otro lado quienes

mencionan que en la escuela fuman, se registra el más alto porcentaje de estudiantes fumadores de entre las tres categorías, del mismo modo se da un alto consumo de alcohol; finalmente quienes mencionan que en ninguno de los dos lugares antes mencionados se fuma, casi el 40 % esta usando tabaco y más del 60 % esta tomando alcohol. Es así que se identifica que entre las tres categorías de este reactivo se no existen diferencias significativas en cuanto al consumo de alcohol y tabaco, que se da en altos porcentajes de su uso (Tabla 12).

**TABLA 12. Lugares donde se desarrolla el adolescente y existen fumadores.**

No.	Droga		LUGARES			correlación de contingencia	gl.	Nivel de significancia
			EN CASA	EN LA ESCUELA	EN NINGUNO			
1	Tabaco	<b>SI</b>	46.2%	66.7%	38.6%	0.128	2	0.262
		<b>NO</b>	57.1%	33.3%	61.4%			
2	Anfetaminas	<b>SI</b>	1.6%	0%	1.1%	0.098	2	0.461
		<b>NO</b>	98.4%	100%	98.9%			
3	Tranquilizantes	<b>SI</b>	9.5%	0%	1.1%	0.199	2	0.037
		<b>NO</b>	90.5%	100%	98.9%			
4	Marihuana	<b>SI</b>	3.2%	0%	2.3%	0.048	2	0.832
		<b>NO</b>	96.8%	100%	97.7%			
5	Cocaína	<b>SI</b>	1.6%	0%	0%	0.098	2	0.461
		<b>NO</b>	98.4%	100%	100%			
6	Crack	<b>SI</b>	0%	0%	1.1%	0.072	2	0.663
		<b>NO</b>	100%	100%	98.9%			
7	Alucinógenos	<b>SI</b>	0%	0%	0%			
		<b>NO</b>	100%	100%	100%			
8	Inhalables	<b>SI</b>	1.6%	0%	1.1%	0.034	2	0.913
		<b>NO</b>	98.4%	100%	98.9%			
9	Sedantes	<b>SI</b>	0%	0%	1.1%	0.072	2	0.663
		<b>NO</b>	100%	100%	98.9%			
10	Heroína	<b>SI</b>	0%	0%	0%			
		<b>NO</b>	100%	100%	100%			
11	Alcohol	<b>SI</b>	68.3%	66.7%	62.5%	0.058	2	0.761
		<b>NO</b>	31.7%	33.3%	37.5%			

∞ Rechazo de los adolescentes por parte de los padres.

En la tabla 13 se observa que los jóvenes que califican de *mucha frecuencia* este rechazo más de la mitad fuma y toma alcohol, aunque en esta última sustancia se encuentra el mayor porcentaje de consumo de entre las cuatro categorías; quienes mencionan que *a veces* se presenta esta situación el mayor

consumo es de tranquilizantes, marihuana, cocaína, inhalables y tabaco; con relación a esta última sustancia, se registra el mayor porcentaje de consumo.

**TABLA 13. El rechazo por parte de los padres en relación al consumo de sustancias.**

No.	Droga		RECHAZO DE LOS PADRES				correlación de contingencia	gl.	Nivel de significancia
			CASI NUNCA	A VECES	CON FRECUENCIA	CON MUCHA FRECUENCIA			
1	Tabaco	<b>SI</b>	39.7%	71.4%	50%	60%	0.147	3	0.318
		<b>NO</b>	60.3%	28.6%	50%	40%			
2	Anfetaminas	<b>SI</b>	0.7%	0%	0%	0%	0.025	3	0.992
		<b>NO</b>	99.3%	100%	100%	100%			
3	Tranquilizantes	<b>SI</b>	4.1%	14.3%	0%	0%	0.111	3	0.575
		<b>NO</b>	95.9%	85.7%	100%	100%			
4	Marihuana	<b>SI</b>	2.1%	14.3%	0%	0%	0.162	3	0.232
		<b>NO</b>	97.9%	85.7%	100%	100%			
5	Cocaína	<b>SI</b>	0%	14.3%	0%	0%	0.348	3	.000*
		<b>NO</b>	100%	85.7%	100%	100%			
6	Crack	<b>SI</b>	0.7%	0%	0%	0%	0.025	3	0.992
		<b>NO</b>	99.3%	100%	100%	100%			
7	Alucinógenos	<b>SI</b>	0%	0%	0%	0%			
		<b>NO</b>	100%	100%	100%	100%			
8	Inhalables	<b>SI</b>	0%	28.6%	0%	0%	0.466	3	.000*
		<b>NO</b>	100%	71.4%	100%	100%			
9	Sedantes	<b>SI</b>	0.7%	0%	0%	0%	0.025	3	0.992
		<b>NO</b>	99.3%	100%	100%	100%			
10	Heroína	<b>SI</b>	0%	0%	0%	0%			
		<b>NO</b>	100%	100%	100%	100%			
11	Alcohol	<b>SI</b>	64.4%	71.4%	50%	80%	0.072	3	0.839
		<b>NO</b>	35.6%	28.6%	50%	20%			

∞ Padres que ignoran a sus hijos, cuando estos los necesitan.

En la Tabla 14 encontramos a los alumnos que reportan ser ignorados por parte de los padres cuando necesitan ser escuchados. Quienes califican con *mucha frecuencia* esta situación existe un mayor porcentaje de consumidores de alcohol; en los que señalan que *con frecuencia* se presenta esta situación el mayor índice de porcentaje de consumidores es de tabaco; quienes refieren que es *a veces* que se suscita esta situación, se observa mayor consumo de

tranquilizantes; marihuana, crack e inhalantes; en donde *casi nunca* se presenta esta situación, se observa el mayor número de sustancias consumidas, aunque en un porcentaje menor.

**TABLA 14. Relación entre padres que ignoran a sus hijos y el consumo de sustancias por los chicos.**

No.	Droga		PADRES QUE NO ESCUCHAN AL ADOLESCENTE				correlación de contingencia	gl.	Nivel de significancia
			CASI NUNCA	A VECES	CON FRECUENCIA	CON MUCHA FRECUENCIA			
1	Tabaco	<b>SI</b>	40.8%	44.4%	75%	25%	0.122	3	0.493
		<b>NO</b>	59.2%	55.6%	25%	75%			
2	Anfetaminas	<b>SI</b>	0.8%	0%	0%	0%	0.042	3	0.963
		<b>NO</b>	99.2%	100%	100%	100%			
3	Tranquilizantes	<b>SI</b>	3.2%	11.1%	0%	0%	0.150	3	0.295
		<b>NO</b>	96.8%	88.9%	100%	100%			
4	Marihuana	<b>SI</b>	2.4%	3.7%	0%	0%	0.048	3	0.946
		<b>NO</b>	97.6%	96.3%	100%	100%			
5	Cocaína	<b>SI</b>	0.8%	0%	0%	0%	0.042	3	0.963
		<b>NO</b>	99.2%	100%	100%	100%			
6	Crack	<b>SI</b>	0%	3.7%	0%	0%	0.173	3	0.175
		<b>NO</b>	100%	96.3%	100%	100%			
7	Alucinógenos	<b>SI</b>	0%	0%	0%	0%			
		<b>NO</b>	100%	100%	100%	100%			
8	Inhalables	<b>SI</b>	0.8%	3.7%	0%	0%	0.100	3	0.654
		<b>NO</b>	99.2%	96.3%	100%	100%			
9	Sedantes	<b>SI</b>	0%	4%	0%	0%	0.173	3	0.175
		<b>NO</b>	100%	96.3%	100%	100%			
10	Heroína	<b>SI</b>	0%	0%	0%	0%			
		<b>NO</b>	100%	100%	100%	100%			
11	Alcohol	<b>SI</b>	64%	70.4%	50%	75%	0.078	3	0.809
		<b>NO</b>	36%	29.6%	50%	25%			

∅ Falta de apoyo en situaciones difíciles por parte de los padres.

Por otra parte, los alumnos que en situaciones difíciles *casi nunca* cuentan con el apoyo de sus padres se presenta el mayor porcentaje del consumo de drogas, como: las anfetaminas, tranquilizantes, la marihuana, la cocaína, crack, inhalantes y sedantes. Mientras que los jóvenes que refieren que *a veces* se presenta esta situación tenemos que más de la mitad consume tabaco y alcohol, quienes califican que se da *con frecuencia* esta situación el porcentaje mayor de consumidores se ubica en los inhalantes, en donde se presenta con *mucha*



*frecuencia* está situación, se tiene consumo de tabaco y alcohol con un porcentaje menor de la mitad (Tabla 15).

**TABLA 15. El consumo por parte de los adolescentes cuando no cuentan con sus padres.**

No.	Droga		NO CUENTO CON MIS PADRES				correlación de contingencia	gl.	Nivel de significancia
			CASI NUNCA	A VECES	CON FRECUENCIA	CON MUCHA FRECUENCIA			
1	Tabaco	<b>SI</b>	40%	52.6%	50%	40%	0.088	3	0.738
		<b>NO</b>	60%	77.4%	50%	60%			
2	Anfetaminas	<b>SI</b>	0.8%	0%	0%	0%	0.042	3	0.963
		<b>NO</b>	99.2%	100%	100%	100%			
3	Tranquilizantes	<b>SI</b>	5.6%	0%	0%	0%	0.112	3	0.562
		<b>NO</b>	94.4%	100%	100%	100%			
4	Marihuana	<b>SI</b>	3.2%	0%	0%	0%	0.084	3	0.765
		<b>NO</b>	96.8%	100%	100%	100%			
5	Cocaína	<b>SI</b>	0.8%	0%	0%	0%	0.042	3	0.963
		<b>NO</b>	99.2%	100%	100%	100%			
6	Crack	<b>SI</b>	0.8%	0%	0%	0%	0.042	3	0.963
		<b>NO</b>	99.2%	100%	100%	100%			
7	Alucinógenos	<b>SI</b>	0%	0%	0%	0%			
		<b>NO</b>	100%	100%	100%	100%			
8	Inhalables	<b>SI</b>	0.8%	0%	16.7%	0%	0.265	3	0.007
		<b>NO</b>	99.2%	100%	83.3%	100%			
9	Sedantes	<b>SI</b>	0.8%	0%	0%	0%	0.042	3	0.963
		<b>NO</b>	99.2%	100%	100%	100%			
10	Heroína	<b>SI</b>	0%	0%	0%	0%			
		<b>NO</b>	100%	100%	100%	100%			
11	Alcohol	<b>SI</b>	67.2%	73.3%	33.3%	40%	0.194	3	0.098
		<b>NO</b>	32.8%	26.3%	66.7%	60%			

∞ Padres que identifican a sus hijos que sólo dan problemas.

Los alumnos que piensan que con *mucha frecuencia* sólo dan problemas a sus padres, se observa en la tabla 16 que el mayor porcentaje de consumidores es de tabaco, tranquilizantes, cocaína y el total de alumnos que consume alcohol. En contraste con los alumnos que piensan que casi nunca le dan problemas a sus padres, tenemos que el mayor porcentaje de consumidores se presenta con los tranquilizantes, en la marihuana, las anfetaminas, el crack y los sedantes.

**TABLA 16. El consumo de sustancias por parte de jóvenes que señalan sus padres que sólo dan problemas.**

No.	Droga	MIS PADRES PIENSAN QUE SÓLO DOY PROBLEMAS				correlación de contingencia	gl.	Nivel de significancia	
		CASI NUNCA	A VECES	CON FRECUENCIA	CON MUCHA FRECUENCIA				
1	Tabaco	<b>SI</b>	37.6%	55%	50%	71.4%	0.175	3	0.166
		<b>NO</b>	62.4%	45%	50%	28.6%			
2	Anfetaminas	<b>SI</b>	0.8%	0%	0%	0%	0.042	3	0.963
		<b>NO</b>	99.2%	100%	100%	100%			
3	Tranquilizantes	<b>SI</b>	4%	0%	12.5%	14.3%	0.154	3	0.277
		<b>NO</b>	96%	100%	87.5%	85.7%			
4	Marihuana	<b>SI</b>	3.2%	0%	0%	0%	0.084	3	0.765
		<b>NO</b>	96.8%	100%	100%	100%			
5	Cocaína	<b>SI</b>	0%	0%	0%	14.3%	0.348	3	.000*
		<b>NO</b>	100%	100%	100%	85.7%			
6	Crack	<b>SI</b>	0.8%	0%	0%	0%	0.042	3	0.963
		<b>NO</b>	99.2%	100%	100%	100%			
7	Alucinógenos	<b>SI</b>	0%	0%	0%	0%			
		<b>NO</b>	100%	100%	100%	100%			
8	Inhalables	<b>SI</b>	0.8%	5%	16.7%	0%	0.128	3	0.445
		<b>NO</b>	99.2%	95%	83.3%	100%			
9	Sedantes	<b>SI</b>	0.8%	0%	0%	0%	0.042	3	0.963
		<b>NO</b>	99.2%	100%	100%	100%			
10	Heroína	<b>SI</b>	0%	0%	0%	0%			
		<b>NO</b>	100%	100%	100%	100%			
11	Alcohol	<b>SI</b>	62.4%	75%	50%	100%	0.187	3	0.121
		<b>NO</b>	37.6%	25%	50%	0%			

→ Los amigos.

Otro factor investigado es la relación entre iguales como influencia para el consumo de drogas, se encontró que aquellos que mencionan que algún amigo ha usado alguna droga, tiene relación con el consumo de tabaco, tranquilizantes, marihuana, inhalantes y alcohol; cabe mencionar que el mayor porcentaje de consumo se encuentra en las sustancias de tabaco y alcohol (Tabla 17).

**TABLA 17. Presencia de amigos que usan drogas como influencia.**

No.	Droga	AMIGO		correlación de contingencia	gl.	Nivel de significancia
		SI	NO			
1	Tabaco	<b>SI</b>	72.2% 38%	0.214	1	0.006
		<b>NO</b>	27.8% 62%			
2	Anfetaminas	<b>SI</b>	0% 0.7%	0.028	1	0.721
		<b>NO</b>	100% 99.3%			
3	Tranquilizantes	<b>SI</b>	11.1% 3.5%	0.116	1	0.138
		<b>NO</b>	88.9% 96.5%			
4	Marihuana	<b>SI</b>	5.6% 2.1%	0.07	1	0.378
		<b>NO</b>	94.4% 97.9%			
5	Cocaína	<b>SI</b>	0% 0.7%	0.028	1	0.721
		<b>NO</b>	100% 99.3%			
6	Crack	<b>SI</b>	0% 0.7%	0.028	1	0.721
		<b>NO</b>	100% 99.3%			
7	Alucinógenos	<b>SI</b>	0% 0%			
		<b>NO</b>	100% 100%			
8	Inhalables	<b>SI</b>	11.1% 0%	0.301	1	0
		<b>NO</b>	88.9% 100%			
9	Sedantes	<b>SI</b>	0% 0.7%	0.028	1	0.721
		<b>NO</b>	100% 99.3%			
10	Heroína	<b>SI</b>	0% 0%			
		<b>NO</b>	100% 100%			
11	Alcohol	<b>SI</b>	77.8% 63.4%	0.095	1	0.228
		<b>NO</b>	22.2% 36.6%			

→ NIVEL SOCIOECONÓMICO

Para el análisis del nivel socioeconómico se utilizaron cuatro categorías que son: alto, medio, medio-bajo y bajo; como se observa en la tabla 17, en el nivel socioeconómico bajo el total de alumnos consume alcohol, en el medio-bajo el mayor porcentaje de consumidores se encuentra en tranquilizantes y cocaína; en el nivel socioeconómico medio el mayor número de consumidores es de anfetaminas, inhalantes y tabaco, siendo que en esta última sustancia un poco menos de la mitad la usa; mientras que en el nivel alto, el mayor porcentaje de consumidores es de marihuana, crack y sedantes. Es decir que las sustancias de

mayor consumo son el alcohol y tabaco, en donde se encuentra diferencia significativa por pertenecer a cierto grupo socioeconómico.

**TABLA 17. Consumo de sustancias de acuerdo al nivel socioeconómico de los jóvenes.**

No.	Droga		NIVEL SOCIOECONÓMICO				correlación de contingencia	gl.	Nivel de significancia
			ALTO	MEDIO	MEDIO-BAJO	BAJO			
1	Tabaco	<b>SI</b>	42.1%	43%	37.5%	0%	0.071	3	0.848
		<b>NO</b>	57.9%	57.1%	62.5%	100%			
2	Anfetaminas	<b>SI</b>	0%	1.8%	0%	0%	0.107	3	0.600
		<b>NO</b>	100.0%	98.2%	100%	100%			
3	Tranquilizantes	<b>SI</b>	3.2%	5.4%	12.5%	0%	0.105	3	0.621
		<b>NO</b>	96.8%	94.6%	87.5%	100%			
4	Marihuana	<b>SI</b>	3.2%	2%	0%	0%	0.057	3	0.915
		<b>NO</b>	96.8%	98.2%	100%	100%			
5	Cocaína	<b>SI</b>	0%	0%	12.5%	0.0%	0.327	3	.000*
		<b>NO</b>	100%	100%	87.5%	100.0%			
6	Crack	<b>SI</b>	1.1%	0%	0%	0%	0.065	3	0.876
		<b>NO</b>	98.9%	100%	100%	100%			
7	Alucinógenos	<b>SI</b>	0%	0%	0%	0%			
		<b>NO</b>	100%	100%	100%	100%			
8	Inhalables	<b>SI</b>	0%	3.6%	0%	0%	0.152	3	0.288
		<b>NO</b>	100%	96.4%	100%	100%			
9	Sedantes	<b>SI</b>	1.1%	0%	0%	0%	0.065	3	0.876
		<b>NO</b>	98.9%	100%	100%	100%			
10	Heroína	<b>SI</b>	0%	0%	0%	0%			
		<b>NO</b>	100%	100%	100%	100%			
11	Alcohol	<b>SI</b>	68.4%	58.9%	62.5%	100%	0.11	3	0.581
		<b>NO</b>	31.6%	41.1%	37.5%	0%			

#### 4.3.7. Análisis de resultados.

Para analizar los resultados se retomaran las diferentes variables que son: edad, género, familia, amigos y nivel socioeconómico con respecto al consumo de sustancias tóxicas.

} Edad.

Conforme a los resultados, se observa que los jóvenes de menor edad (14 – 15 años) consumen más sustancias adictivas como son: tabaco, anfetaminas, tranquilizantes, marihuana, crack, inhalables y alcohol; en relación con los muchachos de mayor edad (16 – 19 años) que son consumidores de tabaco y alcohol. Esto significa que el consumo se presenta en una edad temprana, y que por lo tanto se puede señalar que la edad si es un factor determinante en el uso de drogas.

} Género.

En lo que respecta al género los resultados nos señalan que no es factor determinante en el consumo de drogas, porque no hay diferencias significativas entre el consumo de hombres y mujeres.

} Familia.

En esta variable debemos resaltar que todos los alumnos reportan que tanto la figura materna como la figura paterna no consumen ninguna de las siguientes drogas: sedantes, marihuana, alucinógenos, inhalables, cocaína, crack, heroína y tranquilizantes. Pero con relación al consumo de alcohol y tabaco por parte de la figura paterna o materna, así como por parte de alguno de los hermanos, sí determina el consumo de drogas en los adolescentes.

Por otra parte, cuando en la dinámica familiar no hay apoyo hacia los adolescentes por parte de los padres, esto influye para que los adolescentes consuman drogas, lo que quiere decir que el ambiente familiar es determinante para la toma de decisiones con respecto al uso y consumo de sustancias adictivas.

} Amigos.

El hecho de convivir con amigos consumidores de cualquier tipo de droga propicia el uso de sustancias adictivas en los adolescentes, en especial con el tabaco y el alcohol.

} Nivel socioeconómico.

El estrato socioeconómico como tal no es determinante para el uso de sustancias adictivas, sin embargo el consumo de sustancias de menor costo como son el alcohol e inhalables se presenta en el nivel socioeconómico bajo y medio, mientras que en el nivel alto se usa la cocaína, el crack y la marihuana.

## ***CAPITULO 5.***

### **ACCIONES DE INTERVENCIÓN BASADAS EN PROMOCION DE LA SALUD.**

El consumo de drogas en adolescentes es un grave problema social y de salud en el que están involucrados diversos factores que interactúan entre sí, por tanto el problema es multifactorial.

En esta investigación los factores identificados que están relacionados al uso de sustancias tóxicas son: las relaciones familiares, relación con los pares o iguales, el ambiente escolar y el comunitario. Por tal motivo, consideramos que para prevenir las adicciones en adolescentes y lograr individuos sanos es necesario implementar programas basados en la Promoción de la Salud, en el que las acciones estén encaminadas precisamente al áreas en donde se desenvuelven los jóvenes.

#### **5.1. Área familiar.**

Como resultado de la investigación tanto documental como la de campo con la población adolescente, encontramos que la familia juega un papel de gran influencia sobre sus integrantes. Por esta razón se propone trabajar, con base en la Promoción de la Salud, para lograr una mejor comunicación entre los miembros de la misma es decir, hablar abiertamente sobre los temas que a cada uno le atañen sin necesidad de salidas falsas como: la agresión o el uso y abuso de drogas.

Para lograr este propósito proponemos el empleo de diversas herramientas como:

- Talleres participativos en donde se utilicen:
  - Técnicas de actuación (como juego de roles),
  - Técnicas vivenciales (como psicocorporales) y

- Análisis de material audiovisual.

#### Objetivos:

- Que los padres de familia desarrollen habilidades de comunicación asertiva que les permitan involucrarse más en la vida del hijo(a) adolescente y así mismo generar un ambiente familiar de respeto, confianza, apoyo y armonía.
- Propiciar el aprendizaje en los padres sobre la importancia de las normas de comportamiento dentro del hogar; su aplicación y asignación de responsabilidades a cada uno de los miembros de acuerdo a su edad.
- Facilitar en los padres la reflexión sobre su estilo de vida, calificándolo como saludable o no, mediante el autodiagnóstico en áreas de: consumo de drogas, hábitos alimenticios, manejo del estrés, entre otros.
- Propiciar la toma de conciencia sobre los beneficios e importancia del uso del tiempo libre en familia.

#### Estrategias generales.

##### a) Sensibilización.

Para atraer la atención de las familias sobre la importancia de las relaciones positivas como factor de protección contra el uso de drogas, proponemos hacer uso de carteles con mensajes proactivos colocados en vía pública, centros de salud y sobre todo en instituciones educativas; posteriormente realizar el proceso de sensibilización haciendo uso del análisis de aspectos reales por medio de películas y obras de teatro que faciliten la toma de conciencia y reflexión, resaltando la importancia de la Promoción de la Salud y su relación con la familia, enfatizando en la comunicación, el respeto, el apoyo, la confianza y armonía en el seno de la familia.



b) Orientación.

Para las familias identificadas de alto riesgo se deberá proporcionar el servicio de consejería, ya sea a familias específicas, grupos de varias familias, e incluso apoyo psicológico individual.

c) Canalización.

Para aquellas familias que fueron detectadas con problemas de abuso de drogas o disfunción familiar, entre otras, podrán ser canalizadas a un servicio de apoyo especializado como terapia familiar, grupos de autoayuda, Centros de Integración Juvenil entre otros. Se realizará un seguimiento de la evolución de cada familia mediante la comunicación constante con los especialistas que les brinden la atención.

d) Educación para la salud.

Desarrollar un plan de trabajo en el que se contemplen temas como:

- Comunicación familiar.
- Asertividad.
- Hábitos de los padres como factor de influencia en los adolescentes.
- Manejo de límites y normas dentro de la familia.
- Manejo del tiempo libre en familia.
- Importancia de los estilos de vida saludables.
- Manejo del estrés.

## 5.2. Área escolar.

Las acciones que a continuación se proponen se deben a los resultados de la investigación realizada en la población del plantel Azteca Bachillerato, esto no excluye que se pueda aplicar a otra población de adolescentes.

En la investigación identificamos que la relación con amigos que consumen drogas es un factor que puede propiciar el inicio del uso de drogas, por ello consideramos que es importante que los adolescentes desarrollen habilidades que

les permitan una adecuada toma de decisiones con respecto al consumo de drogas y hábitos saludables que los conduzcan a condiciones de vida sanas.

Para lograr este propósito se propone realizar diferentes actividades en instituciones educativas, ya que la escuela constituye una de las áreas de desarrollo más importante de los adolescentes (después de la familia), el trabajo puede realizarse por medio de talleres participativos, charlas, conferencias, grupos de autoayuda y terapia de grupo en donde se haga uso de:

- Juego de roles.
- Listado de situaciones de riesgo.
- Afrontamiento a las situaciones de riesgo.
- Entrenamiento asertivo.
- Actividades lúdicas.
- Planeación de actividades deportivas, recreativas y culturales.

Objetivo:

- ∄ Que el adolescente desarrolle habilidades de: comunicación, toma de decisiones, autocontrol y solución de problemas, para mejorar su autoconcepto, autoestima y el afrontamiento positivo del estrés.

Estrategias generales.

a) Sensibilización.

Para lograr atraer la atención de la población es posible implementar una campaña que hable sobre la promoción de la salud con relación a las drogas; esta campaña puede estar manejada por medio de carteles, comerciales de radio y televisión. Buscar el apoyo en las escuelas para llevar a cabo la presentación de una obra de teatro, la proyección de una película, charlas o conferencias y la realización de talleres participativos, para sensibilizar a los muchachos sobre los

temas. Para poder reunir la población proponemos el uso de carteles invitándolos a participar.

b) Educación para la salud.

Desarrollar un plan de trabajo en el que se contemplen temas como:

- Comunicación asertiva.
- Toma de decisiones.
- Estilos de vida.
- Autocontrol.
- Solución de problemas.
- Afrontamiento positivo del estrés.
- Autoconcepto.
- Autoestima.

c) Desprofesionalización.

De la misma manera, se propone trabajar con la planta docente por medio de la desprofesionalización, para que ellos participen en el proceso de educar para la salud. La finalidad es desarrollar en los docentes habilidades, capacidades y conocimientos para planear y aplicar actividades como: pláticas, talleres, conferencias, charlas informativas y análisis de películas que incluyan los temas del apartado anterior, pero al mismo tiempo seguir apoyando las actividades y necesidades de profesores y alumnos.

### 5.3. Área comunitaria.

Como otra área de desarrollo importante del adolescente, se propone el trabajo directo de la sociedad con la finalidad de crear redes de apoyo. Para esto consideramos la desprofesionalización como alternativa para la capacitación de la comunidad, haciendo uso de talleres participativos, talleres de actuación, exposiciones audiovisuales, charlas informativas y organizar sesiones de carteles.

Objetivos:

- Promover la toma de conciencia de la población sobre el cuidado de la salud y la importancia de su participación activa en el logro de la misma, mediante la organización de actividades culturales, deportivas y recreativas.
- Establecer acciones dirigidas a fortalecer el trabajo comunitario de manera conjunta con el gobierno y el sector privado para conseguir condiciones socioambientales favorables como vivienda y empleo digno, ambientes laborales sanos, servicios públicos (alcantarillado, seguridad pública, áreas de recreación), lo anterior para aumentar la calidad de vida de la comunidad y así lograr el desarrollo positivo de las personas, es decir, sin uso de drogas.

#### Estrategias generales.

##### a) Sensibilización.

A través de una campaña publicitaria con carteles, se invitará a la población a participar en pláticas, conferencias y talleres de Promoción de la Salud, encaminados a que las personas realicen una toma de conciencia sobre la importancia de su participación en acciones que los beneficien.

##### b) Desprofesionalización.

Se capacitará a la población voluntaria en Educación para la Salud con la finalidad de desarrollar habilidades, capacidades y conocimientos para planear y aplicar actividades como: pláticas, talleres, conferencias, charlas informativas, análisis de películas o todas aquellas que sirvan para la Promoción de la Salud; en donde se proponen los siguientes temas:

- & Comunicación familiar.
- & Dinámica familiar con hijos adolescentes.
- & Manejo de límites y normas dentro de la familia.

- & Hábitos alimenticios y de higiene.
- & Planeación del uso del tiempo libre tanto individual como familiar.
- & Creación de redes de apoyo.
- & Manejo del estrés y la ansiedad.
- & Estilos de vida.

c) Organización y planeación de las actividades en las diferentes localidades.

Los voluntarios junto con la comunidad deberán establecer las necesidades y objetivos de las acciones a realizar en su área vecinal, bajo la supervisión y apoyo de psicólogos y de otros profesionales como médicos, sociólogos, pedagogos, abogados, entre otros.

Del trabajo realizado crear redes de apoyo con instituciones de salud e instancias gubernamentales y/o privadas que permitan elevar y mejorar la calidad de vida de la sociedad, promoviendo actividades recreativas, deportivas y culturales, fomentado por supuesto la participación activa de los adolescentes

## CONCLUSIONES

A través del trabajo realizado se puede señalar que la población investigada aunque se encuentra bajo una estricta vigilancia académica, no escapa a una realidad social y sobre todo a la influencia de la familia.

Por lo tanto, estos jóvenes son iguales a todos que pasan por el mismo periodo, ponen en tela de juicio todo aquello que se les impone como: la autoridad escolar y familiar, experimentan estilos de vida que ponen en riesgo su desarrollo como el consumo de drogas, entre otros. Al respecto no importa el ser hombre o mujer ya que la incidencia del consumo de droga es similar, los factores de mayor influencia para el consumo de drogas en adolescentes fueron: si hay en la familia integrantes que consumen alguna droga, problemas generados por la manera de beber de alguno de estos, tener amigos que consuman alguna sustancia y si en la escuela hay compañeros con hábitos de consumo.

Estos datos nos indican un gran campo de acción para los psicólogos sobre todo aquellos que tienen una intervención directa sobre la salud. Por ello, proponemos un trabajo basado en la Promoción de la Salud, con este planteamiento se busca que las personas desarrollen capacidades y habilidades que les ayuden a adoptar estilos de vida saludables, resaltando los beneficios de estas prácticas, en vez de enfocarse en las consecuencias que provoca el uso de drogas. El trabajo debe estar dirigido a las diferentes áreas de desarrollo de los adolescentes como son: el área familiar como principal medio de influencia, el área escolar como ámbito de desarrollo y análisis profesional para encaminar la educación para la vida, es decir, para enfrentarse adecuadamente a las experiencias cotidianas, el área social en la que se deben generar ambientes, sistemas y los medios necesarios para la promoción de la salud, creando alternativas de acción como las culturales y deportivas, con los jóvenes y la sociedad en general. Es importante entonces impulsar los factores de protección

en todas estas áreas: redes de apoyo, comunicación, asertividad, toma de decisiones, entre otros.

Por lo tanto, el presente trabajo es una llamada de atención para encaminar nuestras acciones como psicólogos para promocionar la salud, conservarla y prevenir enfermedades en conjunto con otros profesionales y así mismo realizar una desprofesionalización para que la sociedad se organice a favor de la construcción de la promoción de la salud, y así algún día crear una sociedad más sana sin uso de drogas.

## BIBLIOGRAFIA.

- ⊖ Álvarez, U. F. y Varela, J. (1994) **Las redes de la psicología – análisis sociológicos medico-psicológicos**, España: Libertarias prodhufi.
- ⊖ Becoña, E.; Vázquez, F. y Oblitas, L. (1994) **Estado actual y perspectiva de la psicología de la salud**, Revista Psicología Contemporánea, Vol.2 (1), 28-33.
- ⊖ Beltrán, P. F. (2001) **Aumentó el consumo de bebidas entre mujeres**, D. F., México: En prensa, El Universal.
- ⊖ Benowitz, N. L. (1988) **Aspectos farmacológicos del uso del cigarro y adicción a la nicotina**, Journal Med.(Inglaterra), #319, 124-136.
- ⊖ Benowitz, N. L. (1990) **Farmacología clínica de la cafeína**, Journal Medica Ann (Inglaterra), # 41, 54-62
- ⊖ Berryman, C. J. (1994). **Psicología del desarrollo**. México: Manual Moderno.
- ⊖ Bolinches, A. (1988). **El cambio psicológico: auto ayuda y crecimiento personal**. España: Kairos.
- ⊖ Bousset, P; Bonnemain, N. y Bove, F. (1984) **Historia de la farmacia**, Barcelona, España: Córdor.
- ⊖ Bowen, M, (1989) **La terapia Familiar en la practica clínica**, España: Desclee.
- ⊖ Cabildo, H. M.; Silva, M. M.; Juárez, J. M. (1967) **Encuestas para detectar trastornos psíquicos**, Higiene (México), # 18, 13-21.
- ⊖ Cabildo, H. M.; Silva, M. M.; Juárez, J. M. (1969) **Encuesta sobre hábitos de ingestión de bebidas alcohólicas**, Salud publica de México, # 16, 14-36.
- ⊖ Calderón, N. G. (1983) **Patrones de bebidas en el mexicano – Resultados de una investigación de OMS**, Acta psiquiátrica y psicológica en América Latina (México), #29, 54-87.
- ⊖ Carrada, B. T. (1997) **La promoción de la salud ¿cómo se puede entender?**, Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (México), 10 (4), 18-23.



- ⊖ Carrada, B. T. (1998) ***La Promoción de la Salud y la cultura de la salud - estrategias del porvenir***, Revista Directivo Médico (México), Vol. V (1) Enero–Febrero, 17-29.
- ⊖ Castro, M. E. y Valencia, M. (1979) ***Problemas asociados al uso de drogas y alcohol en jóvenes estudiantes***, Salud pública de México, Época V, Vol. XX, 103-116.
- ⊖ Castro, M. E.; Maya, M. A. y Aguilar, M. A. (1982) ***Consumo de sustancias tóxicas y tabaco entre la población estudiantil de 14 a 18 años***, Salud Pública de México, Vol. 24:5, 36-45.
- ⊖ Castro, M. E.; Maya, M. A. y Aguilar, M. A. (1987) ***Los estudiantes y las drogas en México***, Cuadernos científicos del Instituto Mexicano de Psiquiatría (México) #12, 21-36.
- ⊖ CONADIC – SSA. (1994) ***Guía para el diseño y desarrollo de programas preventivos en materia de adicciones***, México: Autor.
- ⊖ CONADIC – SSA. (2000) ***Construye tu vida sin adicciones. Guía para el facilitador***, México: Autor.
- ⊖ CONADIC – SSA. (2000) ***Herramientas para la acción preventiva. Guía de prevención del consumo de drogas***, México: Autor.
- ⊖ Conger, J. (1980) ***La psicología y tú adolescencia – generación presionada***. México: Ed. Harper Row – Latinoamericana.
- ⊖ Corcuera, S. (1991) ***El fraile el indio y el pulque***, México: FCE.
- ⊖ Cox, T. L.; Jacobs, M. R.; Leblanc, A.; Marsham, J. A. (1983) ***Drogas y abuso de drogas***, E. U.: Toronto.
- ⊖ Cruz, Á. (2000) ***De dudosa procedencia, 60% de bebidas alcohólicas en México***, D. F., México, En prensa: La Jornada.
- ⊖ Cruz, Á. (2000) ***Emprende la Secretaría de Salubridad y Asistencia acciones para reducir el tabaquismo***, México, D. F., En prensa: La Jornada.
- ⊖ Dianne, D. P. (1992) ***Addictions counseling: a practical guide to counseling people with chemical and other addictions***, E. U., N. Y.: The Crossroad publishing company.

- ⊖ Epp, J. (Ed.) (1996) **Lograr la Salud para todos: Un marco para la Promoción de la Salud**, México: OPS.
- ⊖ Escohotado, A. (1989) **Historia de las drogas**, España, Madrid: Alianza.
- ⊖ Espinosa, S. M. R. (2000) **Conceptos generales sobre Psicología de la Salud**, En prensa.
- ⊖ Estrada, A. (1977) **María Sabina—La sabia de los hongos**, México: Siglo XXI.
- ⊖ Fernández, B. (2001) **Rápido crecimiento de consumo de cocaína**, México, D. F. En prensa: El Universal.
- ⊖ Fishman. (1989). **Tratamiento de adolescentes con problemas**. Argentina: Ed. Paidós.
- ⊖ Funes, J. (1996) **Drogas y adolescentes**, España: Santillana – Aguilar.
- ⊖ García – Liñan, C. (1990) **¿Qué son las drogas solventes?**, México: Árbol.
- ⊖ Gómez, F. D., Saburido, N. X. (1996) **Salud y prevención: Nuevas aportaciones desde la evaluación psicológica**, España: Universidad de Santiago de Compostela.
- ⊖ Gómez, L. L.; Pineda, S. A. y Fernández, C. N. (1991) **Medicina preventiva y salud pública**, España: Ediciones científicas y técnicas S.A., Masson y Salvat.
- ⊖ González, N. J. de J. (2001) **Psicopatología de la adolescencia**, México: Manual Moderno.
- ⊖ Gotwald, W., Holtz, G. (1983). **Sexualidad – La experiencia humana**. México: Ed. Manual Moderno.
- ⊖ Hollister, L.E. (1987) **Farmacología básica y clínica**, México: Manual Moderno.
- ⊖ Horrocks, J. E. (1984). **Psicología de la adolescencia**. México: Ed. Trillas.
- ⊖ Hubert, G. L. y Shafer, D. (1990) **Tobacco smoking, smoking cessation, nutrition and metabolism: importance to smoking cessation strategies**, Report Medical, 11:1, 51-69.
- ⊖ INEGI (1991) **Mortalidad**, México, Autor.
- ⊖ Jaffe, J. H. y Martín, W. R. (1990) **Opioid Analgesics and Antagonists**, E. U: Pergamon Press.

- ⊖ Kickbusch, I. (1986) ***Promoción de la Salud: Una perspectiva Mundial***, Canadian Journal of public health, No. 77, 9-10.
- ⊖ Labonte R. (1987) ***Estrategias para Promoción de la Salud en la comunidad***, Health promotion, summer, 20-27.
- ⊖ Latorre, P. J. M. y Beneit, M. P. J. (1994) ***Psicología de la salud: aportaciones para los profesionales de la salud***, Argentina, Buenos Aires: Lumen.
- ⊖ Leventon, E. (1987). ***El adolescente en crisis***. México: Ed. Pax Mex.
- ⊖ Lewin, L. (1970) ***Phantastica, Narcotic and stimulating drugs***, Francia, Paris: Payot.
- ⊖ Lumholtz, L. (1902) ***Unknow México***, E. U., N. Y.: Scribner.
- ⊖ Madden, J. S. (1986) ***Alcoholismo y farmacodependencia***, México: Manual Moderno.
- ⊖ Massün, E. (19..) ***Prevención del uso indebido de drogas***, México: Trillas.
- ⊖ Master y Johnson, (1992). ***La sexualidad humana***. España: Grijalbo.
- ⊖ Mckinlay, J. B. (1992) ***Promoción de la Salud por medio de Políticas Públicas Saludables: La contribución de los métodos complementarios de investigación***, Canadian Journal of public health, March-April, 811-819.
- ⊖ Medina, Mora; Rosousky, H.; Natera, G.; Mariño M. C. y Cravioto, P. (1992) ***Drogas, alcohol y tabaco durante el ciclo reproductivo***, México: Instituto Mexicano de Salud Publica.
- ⊖ Medina – Mora; Rojas, E. y Olmedo R. (1992) ***El uso de drogas en estudiantes mexicanos – estudio epidemiológico de abuso de drogas***, Proceedings community epidemiology work group (E. U.), Diciembre, 12-31.
- ⊖ Miller, B.; Burt, J. (1973) ***Salud individual y colectiva – El hombre y la sociedad actual***, México: Interamericana.
- ⊖ Molina, P. V. y Sánchez M. L. (1982) ***El alcoholismo en México***, México: Fundación de investigaciones sociales.
- ⊖ Monroy, R. L. (1998) ***Educación marco conceptual de Educación para la Salud***, Directivo Médico, Vol. V (4), Jul – Ago,33-41.

- ⊖ North, R. y Orange, R. (1991) **El alcoholismo en la juventud**, México: Concepto.
- ⊖ Organización Panamericana de la Salud (1996) **Promoción de la salud: una antología**, Washington: Autor.
- ⊖ Pick, de W. y Vargas, T. (1993) **Yo adolescente – respuestas claras a mis grandes dudas**. México: Planeta e Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población.
- ⊖ Pryor, G. T. (1990) **Acción neurotóxica como consecuencia de abuso de solventes**, E. U.: NIDA.
- ⊖ Puente, F. G. (1985) **Resultados de encuestas sobre el hábito de fumar en tres muestras – implicaciones y consideraciones**, Salud Mental (México), 8:3, 74-98.
- ⊖ Puente, F. G. (1986) **Tabaquismo en México**, Salud Mental (México), 8:4, 215-236
- ⊖ Restrepo, H. E. y Málaga, H. (2001) **Promocionar de la Salud: Cómo construir una vida saludable**, Colombia: Médica Panamericana.
- ⊖ Rodríguez, O. G. y Rojas, R. M. E. (1996) **La psicología de la salud en América Latina**, México: Facultad de Psicología - UNAM.
- ⊖ Rogers, D. (1972) **Adolescence – A psychological perspective**. E. U.,
- ⊖ Sarless, H. (1971) **Alcoholismo y pancreatitis**, Scand journal gastroenteral (E: U.), Vol. 16, 78-99.
- ⊖ Secadas, M. F. y Serrano M. C. (1981) **Psicología evolutiva – 14 años**. España: Grijalbo.
- ⊖ Secretaria de Salud (1994) **Guía para el diseño y desarrollo de programas preventivos en materia de adicciones**, México: Autor
- ⊖ Secretaria de Salubridad y Asistencia, 2000, “Mueren 44 mil mexicanos al año a causa del tabaquismo”, México, D. F., En prensa: La Jornada.
- ⊖ Smith, R. P. (1981) **Consecuencias médicas del uso del alcohol**, E. U.: Maryland, Milner – Fenwick.
- ⊖ Tapia – Conger, R y Cravioto, Q. R. (1990) **La encuesta nacional de adicciones de México**, Salud pública de México 32:5, 123-156.

- ⊖ Tapia, C. R. (1994) ***Las adicciones – dimensión impacto y perspectivas***, México: Manual Moderno.
- ⊖ Velasco, F. R, (1988) ***Información básica para la educación y la comunicación social en el campo de la farmacodependencia***, México: Centro de Estudios sobre el alcohol y el alcoholismo.
- ⊖ Wasson, R.G. (1980) ***The Wondrous mushroom***, E. U., N. Y.: Mc Graw Hill.
- ⊖ Yoshiko, H. B. (1995) ***Educación para la salud***, México: Interamericana – Mc Graw Hill.

**A N E X O S**



## CUESTIONARIO DE ESTUDIANTES 2002

ISBN 968-7652-40-3

DE  No. FOLIO  ENC  ESCUELA  C x G  GRUPO

### INTRODUCCION

Este cuestionario es parte de un estudio que se está realizando en diferentes lugares de tu ciudad. Las preguntas son acerca del uso de alcohol, drogas y algunos aspectos relacionados con este consumo. También se preguntan otros datos como son: edad, sexo, etc.

Para que este estudio sea provechoso es muy importante que contestes a todas las preguntas con el mayor cuidado y sinceridad posible. Todas las respuestas son **estrictamente confidenciales y ninguna persona podrá ser identificada**. Es por esto que no preguntamos ni tu nombre, ni el nombre de tu escuela. Muchos jóvenes han contestado el cuestionario y les ha gustado cooperar con nosotros, esperamos que a tí también te guste.

### INSTRUCCIONES

Esto NO es un examen, NO hay respuestas correctas o incorrectas, pero por favor contesta con cuidado.

Para cada pregunta, busca la respuesta que para tí sea la mejor. Encierra en un círculo, el número de la respuesta que hayas escogido, y no dejes ninguna pregunta en blanco.

En **todas** las preguntas **deberás elegir sólo una opción**. En algunas te pedimos que escribas tu respuesta en los recuadros o en las líneas correspondientes.

Por ejemplo:

¿Has tomado agua en los últimos 30 días?	No .....	1
	Sí, de 1 a 5 días .....	2
	Sí, de 6 a 19 días .....	3
	Sí, 20 días o más .....	4

La respuesta circulada fue "4" indicando que el joven que contestó tomó agua 20 días o más en los últimos 30 días.

De las personas que conviven a diario contigo ¿Cuántos de ellos fuman?	En el interior de tu casa <u>011</u>
--	--------------------------------------

El joven contestó que 1 persona fuma en su casa. En caso de que quieras anotar del 1 al 9 escribe en los recuadros 01, 02... etc.

Si no sabes la respuesta a alguna pregunta o sientes que no puedes contestarla porque no la entiendes, entonces levanta la mano y un encuestador vendrá a resolver tus dudas.

GRACIAS POR TU COOPERACION



## DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Eres	Hombre .....1 Mujer .....2
2. ¿Qué edad tienes?	Años..... <input type="text"/> <input type="text"/>
3. ¿Cuál es el grado que estás cursando en la escuela? (si estás en preparatoria o bachillerato, indica el año que cursas)	Grado..... <input type="text"/>
4. La mayor parte del año pasado ¿fui estudiante?	No fui estudiante el año pasado .....1 Fui estudiante de medio tiempo .....2 Fui estudiante de tiempo completo .....3
5. La mayor parte del año pasado ¿Trabajaste recibiendo sueldo?	No trabajé .....1 Si trabajé medio tiempo (4 horas diarias) ....2 Si trabajé tiempo completo (8 horas diarias) 3

6. ¿Tienes papá ? (o quién es la persona masculina que lo sustituye o hace las funciones de tu papá):	
Tengo papá .....	1
Lo sustituye algún familiar .....	2
Otro: .....	3

7. ¿Tienes mamá? (o quién es la persona femenina que la sustituye: o hace las funciones de tu mamá):	
Tengo mamá .....	1
La sustituye algún familiar .....	2
Otro: .....	3

8. ¿Quiénes viven en tu casa? (marca en la columna de Si con quienes vives.( marca una respuesta para cada inciso)

	Si	No		Sí	No
a) Papá / sustituto	1	2	d) Otro(s) Familiar(es)	1	2
b) Mamá / sustituta	1	2	e) Amigos	1	2
c) Hermano(s)	1	2	f) Otro(s): .....	1	2

9. Si dejaste de asistir a la escuela durante todo el año pasado, ¿Cuál(es) fue(ron) la(s) razón(es)? (marca una respuesta para cada inciso).

	Sí	No
a) Si asistí a la escuela el año pasado	1	2
b) Por problemas económicos	1	2
c) Por consumo de drogas	1	2
d) Por consumo de alcohol	1	2
e) Por problemas escolares como haber sido expulsado de la escuela	1	2
f) Otro, especifica: .....	1	2

10. ¿Cuál es la escolaridad del jefe de familia?, esto es, de la persona que aporta la mayor cantidad de dinero en tu hogar?	Sin educación formal .....1 Escuela primaria .....2 Secundaria o equivalente .....3 Preparatoria o equivalente .....4 Escuela Vocacional .....5 Universidad .....6 Post-grado .....7 Otro, especifica: .....8
11. El lugar donde has vivido la mayor parte de tu vida, era o es:	Una gran urbe o ciudad grande .....1 Una ciudad mediana .....2 Una ciudad pequeña .....3 Un poblado .....4 Una rancharía .....5
12. Por favor escribe en las líneas el nombre de la ciudad y del estado en que has vivido la mayor parte de tu vida	ciudad: ..... <input type="text"/> estado: ..... <input type="text"/>



Por favor, marca una respuesta para cada uno de los incisos, si estás inseguro haz tu mejor estimación.

13. Tu familia tiene suficiente dinero para:	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Nunca
a) Comprar comida	1	2	3	4
b) Comprar gasolina para el coche o camión	1	2	3	4
c) Pagar las cuentas	1	2	3	4
d) Mantener la casa arreglada	1	2	3	4
e) Comprar útiles escolares	1	2	3	4
f) Comprar la ropa que necesitas	1	2	3	4
g) Comprar la ropa que quieres	1	2	3	4
h) Hacer cosas divertidas como ir al cine o comer en un restaurante	1	2	3	4
i) Comprar regalos para Navidad y otras fechas	1	2	3	4

Ahora te haremos unas preguntas sobre el uso de tabaco, medicinas y algunas drogas por favor no dejes en blanco ninguna

14a. ¿Has fumado <b>tabaco</b> alguna vez en tu vida?	Sí ..... 1 No ..... 2
14b. En los últimos 12 meses, ¿has fumado <b>tabaco</b> ?	Sí ..... 1 No ..... 2 Nunca he fumado tabaco ..... 3
14c. En los últimos 30 días, ¿has fumado <b>tabaco</b> ?	No ..... 1 Sí, de 1 a 5 días ..... 2 Sí, de 6 a 19 días ..... 3 Sí, 20 días o más ..... 4 Nunca he fumado tabaco ..... 5
14d. ¿Cuántos cigarros fumas al día?	Nunca he fumado tabaco ..... 00 Número de cigarros ..... <input type="text"/>
14e. ¿Cuánto tiempo después de despertarte fumas tu primer cigarro?	Nunca he fumado tabaco ..... 1 Primeros 5 minutos ..... 2 Entre 5 y 30 minutos ..... 3 Entre 31 y 60 minutos ..... 4 Más de 1 hora ..... 5
14f. De las personas que conviven a diario contigo ¿Cuántos de ellos fuman? (Da tu mejor aproximación) <i>Si nadie fuma anota 00 en los recuadros</i>	a) En el interior de tu casa ..... <input type="text"/> b) En el salón de clases ..... <input type="text"/>
14g. En toda tu vida ¿Has fumado más de 100 cigarros, es decir, 5 cajetillas?	Sí ..... 1 No ..... 2 Nunca he fumado tabaco ..... 00
14h. ¿Qué marca de cigarros fumas? <i>Anota tu respuesta en la línea</i>	Nunca he fumado tabaco ..... 00 <input type="text"/>
14i. ¿Cuántos años tenías cuando fumaste <b>tabaco</b> por primera vez? (Encierra en un círculo la opción que corresponda)	Menos de 6 ..... 1    6-8 años ..... 2    9-10 años ..... 3    11 años ..... 4 12 años ..... 5    13 años ..... 6    14 años ..... 7    15 años ..... 8 16 años ..... 9    17 años ..... 10    18 años ..... 11    19 años ..... 12 20 años o más ..... 13    Nunca he fumado tabaco ..... 14
14j. De las diferentes marcas de cigarros que se anuncian (en TV, radio, revistas o periódico), Anota sobre la línea la que más recuerdas.	<input type="text"/> No recuerdo ninguna en especial ..... 00

15. Generalmente, ¿Cómo **acostumbras** conseguir los cigarros que fumas?  
(Marca una respuesta por cada inciso).

	Sí	No	No fumo
a) Los compro en una tienda	1	2	3
b) Los consigo en mi casa con permiso de mis papás	1	2	3
c) Los consigo afuera de la escuela	1	2	3
d) Los compro en la escuela	1	2	3
e) Otro, especifica: _____	1	2	3



15f ¿Qué tan probable es que en un futuro cercano tu fumes?	Muy probable .....	1
	Es poco probable .....	2
	Nunca fumaré .....	3
	Actualmente fumo .....	4

16a. ¿Alguna vez en tu vida has tomado, usado o probado <b>anfetaminas</b> u otros estimulantes, para perder o no subir de peso o dar energía como el Éxtasis o la Efedrina, etc. sin que un médico te lo recetara?	Sí .....	1
	No .....	2
16b. En los últimos 12 meses, ¿has consumido <b>anfetaminas</b> u otros estimulantes sin que un médico te lo recetara?	Sí .....	1
	No .....	2
	Nunca he usado <b>anfetaminas</b> .....	3
16c. En el último mes, ¿has consumido <b>anfetaminas</b> u otros estimulantes sin que un médico te lo recetara?	No .....	1
	Sí, de 1 a 5 días .....	2
	Sí, de 6 a 19 días .....	3
	Sí, 20 días ó más .....	4
	Nunca he usado <b>anfetaminas</b> .....	5
16d. Escribe por favor el (los) nombre(s) de(l) las <b>anfetaminas</b> u otros estimulantes que has tomado, sin que un médico te las recete. <i>Anota tu respuesta en las líneas</i>	_____	<input type="checkbox"/>
	Nunca he usado <b>anfetaminas</b> .....	00
16e ¿Cuántas veces en tu vida has usado <b>anfetaminas</b> u otros estimulantes, sin que un médico te lo recetara?	1-2 veces .....	1
	3-5 veces .....	2
	6-10 veces .....	3
	11-49 veces .....	4
	50 ó más veces .....	5
	Nunca he usado <b>anfetaminas</b> .....	6
16f. ¿Hace cuánto tiempo usaste <b>anfetaminas</b> u otros estimulantes por primera vez, sin que un médico te lo recetara?	Hace menos de un mes .....	1
	De 2 a 6 meses .....	2
	De 7 a 12 meses .....	3
	Hace más de un año .....	4
	Nunca he usado <b>anfetaminas</b> .....	5
16g. ¿Cuántos años tenías cuando usaste <b>anfetaminas</b> u otros estimulantes por primera vez sin que un médico te lo recetara? (Encierra en un círculo la opción que corresponda)	Menos de 6 .....	1
	12 años .....	5
	16 años .....	9
	20 años o más ...	13
	6-8 años .....	2
13 años .....	6	
17 años .....	10	
Nunca he usado <b>anfetaminas</b> .....	14	
9-10 años .....	3	
14 años .....	7	
18 años .....	11	
11 años .....	4	
15 años .....	8	
19 años .....	12	

17a ¿Alguna vez en tu vida has tomado, usado o probado <b>tranquilizantes</b> para calmar los nervios o dormir como Librium, Valium, Diacepam, etc., sin que un médico te lo recetara?	Sí .....	1
	No .....	2
17b En los últimos 12 meses, ¿has consumido <b>tranquilizantes</b> sin que un médico te lo recetara?	Sí .....	1
	No .....	2
	Nunca he usado <b>tranquilizantes</b> .....	3
17c. En el último mes, ¿has consumido <b>tranquilizantes</b> sin que un médico te lo recetara?	No .....	1
	Sí, de 1 a 5 días .....	2
	Sí, de 6 a 19 días .....	3
	Sí, 20 días ó más .....	4
	Nunca he usado <b>tranquilizantes</b> .....	5
17d. Escribe por favor el (los) nombre(s) del (los) <b>tranquilizante(s)</b> que has tomado, sin que un médico te lo recete. <i>Anota tu respuesta en las líneas</i>	_____	<input type="checkbox"/>
	Nunca he usado <b>tranquilizantes</b> .....	00
17e. ¿Cuántas veces en tu vida has usado <b>tranquilizantes</b> , sin que un médico te lo recetara?	1-2 veces .....	1
	3-5 veces .....	2
	6-10 veces .....	3
	11-49 veces .....	4
	50 ó más veces .....	5
	Nunca he usado <b>tranquilizantes</b> .....	6



17f. ¿Hace cuánto tiempo usaste <b>tranquilizantes</b> por primera vez sin que un médico te lo recetara?		Hace menos de un mes ..... 1
		De 2 a 6 meses ..... 2
		De 7 a 12 meses ..... 3
		Hace más de un año ..... 4
		Nunca he usado tranquilizantes ..... 5
17g. ¿Cuántos años tenías cuando usaste <b>tranquilizantes</b> por primera vez sin que un médico te lo recetara? (Encierra en un círculo la opción que corresponda)	Menos de 6 ..... 1	6-8 años ..... 2
	9-10 años ..... 3	11 años ..... 4
	12 años ..... 5	13 años ..... 6
	14 años ..... 7	15 años ..... 8
	16 años ..... 9	17 años ..... 10
	18 años ..... 11	19 años ..... 12
	20 años o más ..... 13	Nunca he usado tranquilizantes ..... 14
18a. ¿Alguna vez en tu vida has tomado, usado o probado <b>mariguana, hashish</b> ?		Sí ..... 1
		No ..... 2
18b. En los últimos 12 meses, ¿has consumido <b>mariguana</b> ?		Sí ..... 1
		No ..... 2
		Nunca he consumido mariguana ..... 3
18c. En el último mes, ¿has consumido <b>mariguana</b> ?		No ..... 1
		Sí, de 1 a 5 días ..... 2
		Sí, de 6 a 19 días ..... 3
		Sí, 20 días ó más ..... 4
		Nunca he consumido mariguana ..... 5
18d. Escribe por favor el (los) nombre(s) de el(los) producto(s) que has usado <i>Anota tu respuesta en las líneas</i>		_____
		_____
		Nunca he consumido mariguana ..... 00
18e. ¿Cuántas veces en tu vida has usado <b>mariguana</b> ?		1-2 veces ..... 1
		3-5 veces ..... 2
		6-10 veces ..... 3
		11-49 veces ..... 4
		50 ó más veces ..... 5
		Nunca he consumido mariguana ..... 6
18f. ¿Hace cuánto tiempo usaste <b>mariguana</b> por primera vez?		Hace menos de un mes ..... 1
		De 2 a 6 meses ..... 2
		De 7 a 12 meses ..... 3
		Hace más de un año ..... 4
		Nunca he consumido mariguana ..... 5
18g. ¿En qué lugar obtuviste <b>mariguana</b> por primera vez?		Nunca he usado mariguana ..... 1
		En tu casa o en la de alguien más ..... 2
		En la escuela ..... 3
		En el trabajo ..... 4
		En el Club Social ..... 5
		En fiestas ..... 6
		En un bar, cantina o discoteque ..... 7
		En la calle o en un parque ..... 8
		En otro lugar, especifica ..... 9
18h. ¿Cuántos años tenías cuando usaste <b>mariguana</b> por primera vez? (Encierra en un círculo la opción que corresponda)	Menos de 6 ..... 1	6-8 años ..... 2
	9-10 años ..... 3	11 años ..... 4
	12 años ..... 5	13 años ..... 6
	14 años ..... 7	15 años ..... 8
	16 años ..... 9	17 años ..... 10
	18 años ..... 11	19 años ..... 12
	20 años o más ..... 13	Nunca he consumido mariguana ..... 14
19a. ¿Alguna vez en tu vida has tomado, usado o probado <b>Cocaína</b> ?		Sí ..... 1
		No ..... 2
19b. En los últimos 12 meses, ¿has usado <b>cocaína</b> ?		Sí ..... 1
		No ..... 2
		Nunca he consumido cocaína ..... 3
19c. En el último mes, ¿has usado <b>cocaína</b> ?		No ..... 1
		Sí, de 1 a 5 días ..... 2
		Sí, de 6 a 19 días ..... 3
		Sí, 20 días ó más ..... 4
		Nunca he consumido cocaína ..... 5



19d. Escribe por favor el (los) nombre(s) de el(los) producto(s) que has tomado.		_____		_____	
<i>Anota tu respuesta en las líneas</i>		Nunca he consumido cocaína .....		00	
19e. ¿En qué País o Estado usaste <b>cocaína</b> por primera vez?		Nunca he consumido cocaína .....		1	
		País o Estado _____		_____	
19f. ¿Cuántas veces en tu vida has usado <b>cocaína</b> ?		1-2 veces .....		1	
		3-5 veces .....		2	
		6-10 veces .....		3	
		11-49 veces .....		4	
		50 ó más veces .....		5	
		Nunca he consumido cocaína .....		6	
19g. ¿Hace cuánto tiempo usaste <b>cocaína</b> por primera vez?		Hace menos de un mes .....		1	
		De 2 a 6 meses .....		2	
		De 7 a 12 meses .....		3	
		Hace más de un año.....		4	
		Nunca he consumido cocaína .....		5	
19h. ¿En qué lugar obtuviste <b>cocaína</b> por primera vez?		Nunca he consumido cocaína .....		1	
		En tu casa o en la de alguien más .....		2	
		En la escuela .....		3	
		En el trabajo .....		4	
		En el Club Social .....		5	
		En fiestas .....		6	
		En un bar, cantina o discoteque.....		7	
		En la calle o en un parque .....		8	
		En otro lugar, especifica .....		9	
19i. ¿Cómo has usado <b>cocaína</b> ?		Fumada .....		1	
		Inyectada .....		2	
		Inhalada .....		3	
		Tomada o tragada .....		4	
		Nunca he consumido cocaína .....		5	
19j. ¿Cuántos años tenías cuando usaste <b>cocaína</b> por primera vez? (Encierra en un círculo la opción que corresponda)		Menos de 6 ..... 1		6-8 años..... 2	
		9-10 años..... 3		11 años..... 4	
		12 años..... 5		13 años..... 6	
		14 años..... 7		15 años..... 8	
		16 años..... 9		17 años..... 10	
		18 años..... 11		19 años..... 12	
		20 años o más ... 13		Nunca he consumido cocaína .....	
				14	
20a. ¿Has usado alguna vez en tu vida <b>cocaína "crack"</b> ?		Sí .....		1	
		No .....		2	
20b. ¿En qué País o Estado la usaste por primera vez?		Nunca he consumido cocaína "crack" .....		1	
		País o Estado _____		_____	
20c. ¿Hace cuánto tiempo usaste <b>cocaína "crack"</b> por primera vez?		Hace menos de un mes .....		1	
		De 2 a 6 meses.....		2	
		De 7 a 12 meses.....		3	
		Hace más de un año.....		4	
		Nunca he consumido cocaína "crack" .....		5	
21a. ¿Alguna vez en tu vida has tomado, usado o probado <b>alucinógenos</b> como hongos, peyote, mezcalina, LSD, etc.?		Sí .....		1	
		No .....		2	
21b. En los últimos 12 meses, ¿has consumido <b>alucinógenos</b> ?		Sí .....		1	
		No .....		2	
		Nunca he consumido alucinógenos .....		3	
21c. En el último mes, ¿has consumido <b>alucinógenos</b> ?		No .....		1	
		Sí, de 1 a 5 días .....		2	
		Sí, de 6 a 19 días.....		3	
		Sí, 20 días ó más.....		4	
		Nunca he consumido alucinógenos.....		5	
21d. Escribe por favor el (los) nombre(s) de el(los) <b>alucinógeno(s)</b> que has usado <i>Anota tu respuesta en las líneas</i>		_____		_____	
		Nunca he consumido alucinógenos .....		00	



21e. ¿Cuántas veces en tu vida has usado <b>alucinógenos</b> ?		1-2 veces ..... 1
		3-5 veces ..... 2
		6-10 veces ..... 3
		11-49 veces ..... 4
		50 ó más veces ..... 5
		Nunca he consumido alucinógenos ..... 6
21f. ¿Hace cuánto tiempo usaste <b>alucinógenos</b> por primera vez?		Hace menos de un mes ..... 1
		De 2 a 6 meses ..... 2
		De 7 a 12 meses ..... 3
		Hace más de un año ..... 4
		Nunca he consumido alucinógenos ..... 5
21g. ¿En qué lugar obtuviste <b>alucinógenos</b> por primera vez?		Nunca he consumido alucinógenos ..... 1
		En tu casa o en la de alguien más ..... 2
		En la escuela ..... 3
		En el trabajo ..... 4
		En el Club Social ..... 5
		En fiestas ..... 6
		En un bar, cantina o discoteque ..... 7
		En la calle o en un parque ..... 8
		En otro lugar, especifica ..... 9
21h. ¿Cuántos años tenías cuando usaste <b>alucinógenos</b> por primera vez? (Encierra en un círculo la opción que corresponda)	Menos de 6 ..... 1	6-8 años ..... 2
	9-10 años ..... 3	11 años ..... 4
	12 años ..... 5	13 años ..... 6
	14 años ..... 7	15 años ..... 8
	16 años ..... 9	17 años ..... 10
	18 años ..... 11	19 años ..... 12
	20 años o más ..... 13	Nunca he consumido alucinógenos ..... 14
22a. ¿Alguna vez en tu vida has tomado, usado o probado <b>inhalables</b> como thinner, activo, pegamento, pintura, cemento, etc. para elevarte?	Sí ..... 1	No ..... 2
22b. En los últimos 12 meses, ¿has usado <b>inhalables</b> para elevarte?	Sí ..... 1	No ..... 2
	Nunca he inhalado sustancias para elevarme ..... 3	
22c. En el último mes, ¿has usado <b>inhalables</b> para elevarte?	No ..... 1	Sí, de 1 a 5 días ..... 2
	Sí, de 6 a 19 días ..... 3	Sí, 20 días ó más ..... 4
	Nunca he inhalado sustancias para elevarme ..... 5	
22d. Escribe por favor el (los) nombre(s) de el(los) <b>inhalable(s)</b> que has aspirado o inhalado para elevarte <i>Anota tu respuesta en las líneas</i>	_____	
	Nunca he inhalado sustancias para elevarme ..... 00	
22e. ¿Cuántas veces en tu vida has usado <b>inhalables</b> para elevarte?	1-2 veces ..... 1	3-5 veces ..... 2
	6-10 veces ..... 3	11-49 veces ..... 4
	50 ó más veces ..... 5	Nunca he inhalado sustancias para elevarme ..... 6
22f. ¿Hace cuánto tiempo aspiraste o inhalaste sustancias para elevarte por primera vez?	Hace menos de un mes ..... 1	De 2 a 6 meses ..... 2
	De 7 a 12 meses ..... 3	Hace más de un año ..... 4
	Nunca he inhalado sustancias para elevarme ..... 5	
22g. ¿En qué lugar obtuviste sustancias para elevarte por primera vez?	Nunca he inhalado sustancias para elevarme ..... 1	En tu casa o en la de alguien más ..... 2
	En la escuela ..... 3	En el trabajo ..... 4
	En el Club Social ..... 5	En fiestas ..... 6
	En un bar, cantina o discoteque ..... 7	En la calle o en un parque ..... 8
	En otro lugar, especifica ..... 9	



22h. ¿Cuántos años tenías cuando aspiraste o inhalaste por primera vez sustancias para elevarte? (Encierra en un círculo la opción que corresponda)	Menos de 6 .....1 12 años.....5 16 años.....9 20 años o más ...13	6-8 años.....2 13 años .....6 17 años .....10 Nunca he inhalado sustancias para elevarme 14	9-10 años .3 14 años ...7 18 años ....11 19 años ....12	11 años ....4 15 años ....8
23a. ¿Has usado alguna vez en tu vida <b>sedantes</b> (Rohypnol, ecuanil, mandrax) sin que un médico te lo recetara?	Sí .....1 No .....2			
23b. En los últimos 12 meses, ¿has usado <b>sedantes</b> , sin que un médico te lo recetara?	Sí .....1 No .....2 Nunca he usado sedantes .....3			
23c. En el último mes, ¿has usado <b>sedantes</b> , sin que un médico te lo recetara?	No .....1 Sí, de 1 a 5 días .....2 Sí, de 6 a 19 días .....3 Sí, 20 días ó más .....4 Nunca he usado sedantes .....5			
23d. Escribe por favor el (los) nombre(s) del (los) <b>sedante(s)</b> que has tomado, sin que un médico te lo recetara <i>Anota tu respuesta en las líneas</i>	_____	_____	_____	_____
23e. ¿Cuántas veces en tu vida has usado <b>sedantes</b> , sin que un médico te lo recetara?	De 1 a 2 veces.....1 De 3 a 5 veces.....2 De 6 a 10 veces.....3 De 11 a 49 veces.....4 50 veces o más.....5 Nunca he usado sedantes .....6			
23f. ¿Hace cuánto tiempo usaste <b>sedantes</b> por primera vez, sin que un médico te lo recetara?	Hace menos de un mes .....1 De 2 a 6 meses .....2 De 7 a 12 meses .....3 Hace más de un año .....4 Nunca he usado sedantes .....5			
23g. ¿Cuántos años tenías cuando usaste <b>sedantes</b> por primera vez, sin que un médico te lo recetara? (Encierra en un círculo la opción que corresponda)	Menos de 6 .....1 12 años.....5 16 años.....9 20 años o más....13	6-8 años.....2 13 años .....6 17 años .....10 Nunca he usado sedantes ....	9-10 años .3 14 años .....7 18 años ....11 19 años ....12	11 años ....4 15 años ....8 14
24a. ¿Has usado alguna vez en tu vida <b>heroína</b> (arpon)?	Sí .....1 No .....2			
24b. En los últimos 12 meses, ¿has usado <b>heroína</b> ?	Sí .....1 No .....2 Nunca he usado heroína.....3			
24c. En el último mes, ¿has usado <b>heroína</b> ?	No .....1 Sí, de 1 a 5 días .....2 Sí, de 6 a 19 días .....3 Sí, 20 días ó más.....4 Nunca he usado heroína .....5			
24d. ¿En qué País o Estado usaste por primera vez <b>heroína</b> ?	Nunca he usado heroína .....1 País o Estado _____			
24e. ¿Cómo la has usado?	Fumada .....1 Inyectada .....2 Inhalada .....3 Tomada o tragada .....4 Nunca he usado heroína.....5			
24f. ¿Cuántas veces en tu vida has consumido <b>heroína</b> ?	De 1 a 2 veces.....1 De 3 a 5 veces.....2 De 6 a 10 veces.....3 De 11 a 49 veces.....4 50 veces o más.....5 Nunca he usado heroína.....6			



24g. ¿En qué lugar obtuviste <b>heroína</b> por primera vez?	Nunca he usado heroína ..... 1 En tu casa o en la de alguien más ..... 2 En la escuela ..... 3 En el trabajo ..... 4 En fiestas..... 5 En un bar, cantina o discoteca ..... 6 En la calle o en un parque..... 7 En otro lugar, especifica ..... 8
24h. ¿Hace cuánto tiempo usaste <b>heroína</b> por primera vez?	Hace menos de un mes ..... 1 De 2 a 6 meses ..... 2 De 7 a 12 meses ..... 3 Hace más de un año ..... 4 Nunca he usado heroína ..... 5
24i. ¿Cuántos años tenías cuando usaste <b>heroína</b> por primera vez? (Encierra en un círculo la opción que corresponda)	Menos de 6 ..... 1    6-8 años..... 2    9-10 años.. 3    11 años..... 4 12 años ..... 5    13 años..... 6    14 años ..... 7    15 años..... 8 16 años ..... 9    17 años..... 10    18 años ..... 11    19 años..... 12 20 años o más ... 13    Nunca he usado heroína ..... 14

25. Ahora indícanos por favor cuáles de las siguientes drogas has consumido y cuáles no alguna vez en la vida. También indica en los recuadros el número de veces que las hayas consumido.

Droga	Sí	No	Cuántas veces
a) Extasis o Tachas	1	2	<input type="text"/>
b) Rohypnol	1	2	<input type="text"/>
c) Cristal	1	2	<input type="text"/>
d) Speed ball	1	2	<input type="text"/>
e) Esteroides (para desarrollar los músculos)	1	2	<input type="text"/>
f) Nubain	1	2	<input type="text"/>
g) Otras drogas (¿Cuál? _____)	1	2	<input type="text"/>

26. ¿Cuál de las siguientes razones consideras que es la más importante para haber probado la <b>mariguana</b> por primera vez  <b>Marca sólo la más importante</b>	Nunca he probado mariguana ..... 1 Quise ver si me gustaba ..... 2 Mis amigos estaban usándola..... 3 Me pareció divertido..... 4 Pensé que me tranquilizaría ..... 5 Para escapar de los problemas de casa..... 6 Para escapar de los problemas de la escuela . 7 Me dijeron que podría hacerme sentir bien... 8 Estaba aburrido, no había más que hacer..... 9 Otras razones _____ 10
27. Si nunca has probado <b>mariguana</b> ¿Cuál de las siguientes razones consideras que es la más importante para no haberla probado?  <b>Marca sólo la más importante</b>	Sí he consumido mariguana ..... 1 Pensé que podría ser malo para la salud ..... 2 Pensé que puede crear adicción ..... 3 Porque su uso es ilegal..... 4 Tendría problemas con mis padres ..... 5 Tendría problemas con mis maestros..... 6 Porque no la puedo obtener ..... 7 No me alcanza para comprarla..... 8 Me da miedo lo que pueda pasar ..... 9 Hay otras cosas que disfruto más ..... 10 Otras razones _____
28. ¿Qué tan frecuentemente en los <b>últimos 12 meses</b> consumiste alguna droga al mismo tiempo en que estabas bebiendo alcohol?	No bebo alcohol ni consumo drogas ..... 1 Sí bebo alcohol, pero no uso drogas ..... 2 Nunca en los últimos 12 meses ..... 3 De 1-2 veces ..... 4 De 3-4 veces ..... 5 5 ó más veces ..... 6

29. Independientemente de que consumas o no consumas drogas, ¿Qué tan fácil o difícil sería para ti conseguir drogas (como: marihuana o cocaína) si quisieras? (circula una sola opción)	Imposible ..... 1 Muy difícil ..... 2 Difícil ..... 3 Fácil ..... 4 Muy fácil ..... 5
30. ¿Qué persona te proporcionó drogas por primera vez?	No uso drogas ..... 1 Un familiar ..... 2 Un amigo o conocido ..... 3 Un vendedor de drogas ..... 4 Un compañero de la escuela ..... 5 Otro ..... 6

31. Escoge la respuesta que más se parece a tu situación	Sí	No	No uso drogas
a) ¿Has sido arrestado(a) o amenazado(a) por la policía, debido al uso de alguna droga que no sea alcohol ni tabaco?	1	2	3
b) ¿Has consultado alguna vez al médico o platicado con algún orientador en tu escuela, o estado en un hospital, debido al uso de alguna droga que no sea alcohol ni tabaco?	1	2	3
c) ¿Piensan tus padres que usas drogas (que no sea alcohol ni tabaco), con demasiada frecuencia?	1	2	3
d) ¿Desearías consumir menos droga (que no sea alcohol o tabaco) de la que usas ahora?	1	2	3
e) ¿Alguna vez recibiste tratamiento que te haya sido útil o de ayuda para dejar de consumir drogas (que no sea alcohol o tabaco)?	1	2	3

32.-¿Cuántos años tenías la primera vez que consultaste a un médico psicólogo o psiquiatra debido al uso de alguna droga que no sea alcohol ni tabaco?	<input type="text"/> años Nunca he usado drogas..... 00
--	--

33. Alguna de estas personas ha usado algún tipo de droga (que no sea alcohol ni tabaco)? (Marca una opción para cada persona)	Sí	No
a) Tu papá	1	2
b) Tu mamá	1	2
c) Alguno de tus hermanos(as)	1	2
d) Tu mejor amigo	1	2

**Ahora, quisiéramos hacerte algunas preguntas sobre tus hábitos de consumo de bebidas alcohólicas**

34. Alguna vez en tu vida has tomado una copa completa de alguna bebida alcohólica, como cerveza, vino, ron, "coolers", brandy, vodka o bebidas preparadas con este tipo de licores, como "piña colada", o "medias de seda"?	Sí ..... 1 No ..... 2
--	--------------------------

35. ¿De cuál de las siguientes bebidas alcohólicas has tomado una copa completa? (Marca una respuesta para cada inciso).	Sí	No	Nunca he bebido alcohol
a) Vino (blanco, tinto, rosado)	1	2	3
b) Bebidas como "coolers," "viña real", etc.	1	2	3
c) Cerveza	1	2	3
d) Brandy, vodka, tequila, ron, whisky, etc.	1	2	3
e) Bebidas preparadas en lata como: "Presidencola", "Q-bitas"	1	2	3
f) Pulque	1	2	3
g) Alcohol puro o aguardiente	1	2	3

36. ¿Qué edad tenías la primera vez que tomaste una copa completa de alguna de las bebidas anteriores?	Edad..... <input type="text"/> Nunca he tomado alcohol ..... 1
37.¿Con qué frecuencia has tomado 5 ó más copas de cualquier bebida alcohólica en una sola ocasión?	Nunca en el último año ..... 1 Por lo menos 1 vez en el último año ..... 2 Una vez en el último mes ..... 3 De dos a tres veces en el último mes .... 4 Una o más veces en la última semana ... 5 No bebo alcohol ..... 6



38. ¿Con qué frecuencia te has emborrachado?	Nunca en el último año ..... 1 Por lo menos 1 vez en el último año ..... 2 Una vez en el último mes ..... 3 De dos a tres veces en el último mes .... 4 Una o más veces en la última semana ... 5 No bebo alcohol ..... 6
39. ¿Con qué frecuencia tomaste en el <u>último año</u> , 1 ó más copas de cualquier bebida alcohólica en una sola ocasión? (cerveza, brandy, ron, vodka, pulque, etc.)	Menos de una vez en el último año..... 1 De 1 a 2 veces en el último año ..... 2 De 3 a 11 veces en el último año ..... 3 De 1 a 3 veces en el último mes ..... 4 Una o más veces en la última semana ... 5 No bebo alcohol ..... 6
40. ¿Con qué frecuencia en el <u>último mes</u> tomaste una copa completa de bebidas alcohólicas como cerveza, vino, brandy, ron, tequila, vodka o bebidas preparadas con este tipo de licores como "piña colada", o "medias de seda"?	Nunca en el último mes ..... 1 Una vez en el último mes ..... 2 De dos a tres veces en el último mes .... 3 Una o más veces en la última semana ... 4 No bebo alcohol ..... 5

**41. Alguna vez te ha pasado alguna de las siguientes situaciones.**

	Sí	No	No consumo drogas ni alcohol
a) ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela?	1	2	3
b) ¿Te has hecho daño o le has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?	1	2	3
c) ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólicas?	1	2	3
d) ¿Has sentido que eres adicto al alcohol o a las drogas?	1	2	3
e) ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?	1	2	3
f) ¿Te vas a veces de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?	1	2	3
g) ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?	1	2	3
h) ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?	1	2	3
i) ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?	1	2	3
j) El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?	1	2	3
k) ¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o viceversa?	1	2	3
l) ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?	1	2	3
m) ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?	1	2	3
n) ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de bebidas alcohólicas o drogas?	1	2	3
o) ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?	1	2	3
p) ¿Tienes dificultades en tus relaciones con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?	1	2	3
q) ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?	1	2	3
r) ¿Alguna vez has solicitado ayuda a alguna institución o persona, por tener problemas por tomar bebidas alcohólicas?	1	2	3

42. ¿Alguno de tus familiares ha tenido problemas debido a que consume bebidas alcohólicas?	Sí ..... 1 No ..... 2
43. ¿Quién?	Papá ..... 1 Mamá ..... 2 Hermano(a) ..... 3 Otro pariente cercano ..... 4 Ninguno de mis familiares ..... 5

44. ¿Qué tan peligroso consideras que es: (circula una opción para cada inciso)	No es peligroso	Es peligroso	Es muy peligroso
a) ¿Consumir marihuana?	1	2	3
b) ¿Consumir heroína?	1	2	3
c) ¿Consumir cocaína?	1	2	3
d) ¿Consumir inhalables?	1	2	3
e) ¿Consumir frecuentemente alcohol?	1	2	3
f) ¿Fumar 5 ó mas cigarrillos diarios?	1	2	3
g) ¿Fumar 1 ó más cajetillas de cigarros al día?	1	2	3

Las siguientes preguntas son sobre las relaciones entre los miembros de la familia:

45. ¿Es común que se peleen tus papás y/u otros adultos que viven en tu casa?	Sí ..... 1 No ..... 2
46. Cuando se han peleado los adultos de tu casa, ¿Alguno de ellos ha bebido alcohol?	Sí ..... 1 No ..... 2 No se pelean..... 3

47. ¿Cómo verían las siguientes personas si tu tomaras bebidas alcohólicas? (Marca una opción para cada inciso)	Lo vería bien	Ni bien ni mal	Lo vería mal
a) Mi madre o quien la sustituye	1	2	3
b) Mi padre o quien lo sustituye	1	2	3
c) Mis maestros	1	2	3
d) Mi mejor amigo(a)	1	2	3

48. ¿Cómo verían las siguientes personas si tu consumieras drogas, como la marihuana o los inhalables? (Marca una opción para cada inciso)	Lo vería bien	Ni bien ni mal	Lo vería mal
a) Mi madre o quien la sustituye	1	2	3
b) Mi padre o quien lo sustituye	1	2	3
c) Mis maestros	1	2	3
d) Mi mejor amigo(a)	1	2	3

49. ¿Cómo verían las siguientes personas si tu fumaras tabaco?. (Marca una opción para cada inciso)	Lo vería bien	Ni bien ni mal	Lo vería mal
a) Mi madre o quien la sustituye	1	2	3
b) Mi padre o quien lo sustituye	1	2	3
c) Mis maestros	1	2	3
d) Mi mejor amigo(a)	1	2	3

50. Nos gustaría saber tu opinión respecto a las normas establecidas en tu familia. ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo estás con las siguientes afirmaciones? (Si no tienes papá o mamá, piensa en la persona que para ti ocupa su lugar)	Sí	No
a) Mis padres se darían cuenta si yo bebiera alcohol	1	2
b) Mis padres me han puesto las reglas muy claras sobre el consumo de bebidas alcohólicas	1	2
c) Es importante para mí cumplir las normas que tienen mis padres acerca de beber alcohol	1	2
d) Es importante para mí cumplir las normas que tienen mis padres acerca de consumir drogas	1	2

51. Para cada uno de los siguientes incisos indícanos ¿Qué tanto te molestan?	Nada	Poco	Regular	Mucho
a) Cuando alguno de tus padres (o sustitutos) te prohíben hacer algo que para ti es muy importante.	1	2	3	4
b) Cuando tu mejor amigo(a) ha traicionado tu confianza (se ha burlado de ti, ha platicado tus secretos, etc..)	1	2	3	4
c) Cuando has tenido problemas con los maestros, prefectos, directores o cualquier autoridad de la escuela.	1	2	3	4



52. Ahora te presentamos algunas situaciones sobre las que queremos que expreses tu opinión. (Marca una respuesta para cada inciso).	Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
a) Mi colonia es un lugar seguro	1	2	3	4
b) Mi escuela es un lugar seguro	1	2	3	4
c) Hay poca vigilancia en mi colonia	1	2	3	4
d) En mi colonia hay muchos delincuentes	1	2	3	4
e) Me preocupa salir solo(a) a la calle	1	2	3	4
f) Hay muchos asaltos en mi colonia	1	2	3	4
g) Mis compañeros de la escuela son peligrosos	1	2	3	4
h) Hay muchos asaltos por mi escuela	1	2	3	4
i) Me agrada la colonia en la que vivo	1	2	3	4

53. ¿Has realizado las siguientes actividades en los últimos 12 meses? (Marca una opción para cada respuesta).	Sí	No
a) Tomar un auto sin permiso del dueño	1	2
b) Tomar dinero o cosas con valor de \$50 pesos o menos que no te pertenecen	1	2
c) Tomar dinero o cosas con valor de \$500 pesos o más que no te pertenecen	1	2
d) Forzar cerraduras para entrar a algún lugar que no sea tu casa	1	2
e) Tomar mercancía de una tienda sin pagarla (sin causar daños)	1	2
f) Golpear o dañar algo (objeto o propiedad) que no te pertenece	1	2
g) Atacar a alguien, usando algún objeto como: arma, cuchillo, palo, navaja, etc.	1	2
h) Vender drogas (como la marihuana, cocaína, etc.).	1	2
i) Golpear o herir a propósito a alguien, sin contar los pleitos o discusiones con tus hermanos	1	2
j) Tomar parte en riñas o peleas	1	2
k) Prender fuego a propósito a objetos que no te pertenecen	1	2
l) Usar un cuchillo o pistola para obtener algún objeto de otra persona	1	2

54. ¿Qué edad tenías la primera vez que realizaste alguna de las actividades anteriores?	Edad..... <input type="text"/> <input type="text"/>
	Nunca lo he hecho .....00

55. Por favor indica qué tan de acuerdo o en desacuerdo estás con cada una de las siguientes oraciones. (Marca una opción por cada inciso)	Total desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Total acuerdo
a) Siento que tengo buenas cualidades	1	2	3	4
b) Soy capaz de hacer las cosas tan bien como casi toda la gente	1	2	3	4
c) Tengo una actitud positiva hacia mi mismo	1	2	3	4
d) En general estoy satisfecho conmigo mismo	1	2	3	4

56. Ahora te pedimos que contestes si estás o no de acuerdo con cada una de las afirmaciones que se presentan. (Marca una respuesta para cada inciso).	Casi Siempre	A veces	No
a) Prefiero pelearme con mis papás que mostrarles mi cariño	1	2	3
b) Si cometo un error, prefiero que castiguen a otra persona en vez de mi	1	2	3
c) Hago lo que quiero aunque afecte a las demás personas que me rodean	1	2	3
d) Si necesito mentir para lograr mis objetivos, lo hago	1	2	3
e) Prefiero ayudar a los demás solo cuando obtengo algo a cambio	1	2	3
f) Si me peleo con mis papás o amigos, pienso más en lo enojado que estoy que en el cariño que les tengo	1	2	3
g) Si me peleo con alguien no me importa que castiguen a otra persona por eso	1	2	3
h) Puedo dañar a los árboles y a las flores ya que se pueden volver a plantar	1	2	3
i) Trato de lograr lo que quiero, aunque lastime a las personas que me rodean	1	2	3

57. Ahora queremos hacerte algunas preguntas sobre la forma como te relacionas con tus papás. Por favor contesta cada una de las preguntas.	Casi Nunca	A Veces	Con Frecuencia	Con Mucha Frecuencia
a) Mis problemas personales pasan desapercibidos para mis papás	1	2	3	4
b) Cuando algo personal me preocupa, se lo comento a mis papás	1	2	3	4
c) Mis papás me platican sus problemas más importantes	1	2	3	4
d) Mis papás me rechazan	1	2	3	4
e) Si hay una emergencia familiar, mis papás cuentan conmigo	1	2	3	4
f) Si mis papás tienen problemas procuro ayudarlos	1	2	3	4
g) A mis papás les es indiferente la convivencia familiar	1	2	3	4
h) Trato de apoyar a mis papás cuando tienen problemas	1	2	3	4
i) Mis papás me ignoran cuando necesito que me escuchen	1	2	3	4
j) Me agrada hablar con mis papás de mis problemas personales	1	2	3	4
k) Mis papás me motivan a salir adelante cuando tengo problemas	1	2	3	4
l) Mis papás piensan que sólo les doy problemas	1	2	3	4
m) En situaciones difíciles no cuento con mis papás	1	2	3	4
n) Mis papás me apoyan en lo que emprendo	1	2	3	4
ñ) Mis papás me comunican las decisiones importantes	1	2	3	4
o) Platico con mis papás mis problemas personales	1	2	3	4
p) Siento que soy importante para mis papás	1	2	3	4
q) Mis papás me comunican sus planes	1	2	3	4

58. Las siguientes afirmaciones describen formas en que la gente actúa o se siente. Por favor lee cada una y circula el número de días (de 0 a 7) que te sentiste así en la última semana. (Por favor, marca una respuesta para cada inciso, si estás inseguro haz tu mejor estimación).

DURANTE LA SEMANA PASADA:	NUMERO DE DIAS			
	0	1-2	3-4	5-7
a) No podía "seguir adelante"	1	2	3	4
b) Tenía pensamientos sobre la muerte	1	2	3	4
c) Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto(a)	1	2	3	4
d) Pensé en matarme	1	2	3	4

59. ¿Alguna vez te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño a propósito, con el fin de quitarte la vida?	Sí ..... 1 Nunca lo he hecho ..... 2
60. ¿Cuántas veces te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño a propósito, con el fin de quitarte la vida?	Lo he hecho [ ] veces ..... 1 Nunca lo he hecho ..... 98
61. ¿Qué edad tenías <u>la primera vez</u> o única vez que te hiciste daño a propósito, con el fin de quitarte la vida?	Tenía _____ años Nunca lo he hecho ..... 98
62. ¿Qué edad tenías <u>la última vez</u> que te hiciste daño a propósito, con el fin de quitarte la vida?	Tenía _____ años Nunca lo he hecho ..... 98
63. Esa <u>última vez</u> que te hiciste daño con el fin de quitarte la vida a propósito, ¿qué sentías?	No quería morir, quería seguir viviendo . 1 No me importaba si vivía o moría ..... 2 Quería dejar de vivir ..... 3 Nunca lo he hecho ..... 98
63a. ¿Qué te motivó a hacerlo?  Anota tu respuesta en las líneas	_____ _____ _____ Nunca lo he hecho ..... 98
63b. ¿Cómo lo hiciste?  Anota tu respuesta en las líneas.	_____ _____ _____ Nunca lo he hecho ..... 98
63c. ¿Para qué lo hiciste? Anota tu respuesta en las líneas.	_____ _____ _____ Nunca lo he hecho ..... 98