



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

SECRETARIA DE SALUD DEL GOBIERNO
DEL ESTADO DE TABASCO

SEDE:
CENTRO ESPECIALIZADO DE SERVICIOS DE SALUD
DE ATENCION PRIMARIA " LA MANGA "

La adicción en un miembro de la familia y la
disfunción familiar, de los internos del Centro de
Recuperación para Problemas de Alcoholismo y
Drogas Liberación.

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO DE LA:
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A:
JESUS BERNARDINO VALADEZ VALADEZ



SECRETARÍA DE SALUD

VILLAHERMOSA, TABASCO, 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

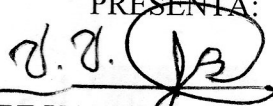
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

“LA ADICCIÓN EN UN MIEMBRO DE LA FAMILIA Y LA DISFUNCIÓN FAMILIAR, DE LOS INTERNOS DEL CENTRO DE RECUPERACIÓN PARA PROBLEMAS DE ALCOHOLISMO Y DROGAS LIBERACIÓN”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

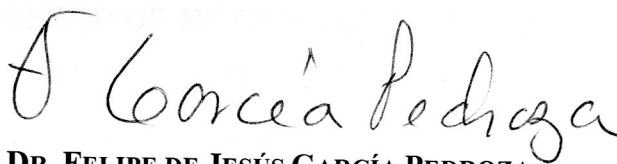


DR. VALADEZ VALADEZ JESUS BERNARDINO

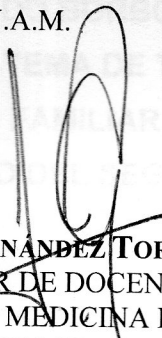
AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

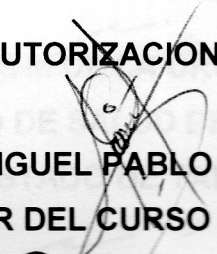
La adicción en un miembro de la familia y la disfunción familiar, de los internos del Centro de Recuperación para Problemas de Alcoholismo y Drogas Liberación.


**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA



DR. JESUS BERNARDINO VALADEZ VALADEZ

AUTORIZACIONES:


DR. MIGUEL PABLO GARCIA
**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES**


DR. MARIO RENDON SALAS
ASESOR DE METODOLOGIA DE TESIS
MAESTRO EN SALUD PÚBLICA
EPIDEMIOLOGO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

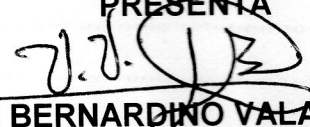

DR. MANUEL EDUARDO BORBOLLA SALAS
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
MEDICO FAMILIAR


INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL


La adicción en un miembro de la familia y la disfunción familiar, de los internos del Centro de Recuperación para Problemas de Alcoholismo y Drogas Liberación.

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA


DR. JESUS BERNARDINO VALADEZ VALADEZ

P.O.

DR. CARLOS M DE LA CRUZ ALCUDIA
SECRETARIO DE SALUD DEL GOBIERNO
DEL ESTADO DE TABASCO


QUIMICO SERGIO LEON RAMIREZ
DIRECTOR DE CALIDAD Y EDUCACION
EN SALUD

Contenido

Antecedentes	8
Drogas según la OMS	10
Uso de Drogas	10
Abuso de Drogas.....	10
Intoxicación.....	11
Adicción.....	11
Tolerancia.....	11
Abstinencia	11
Dependencia	12
Motivos de consumo	12
Factores específicos	16
Factores no específicos.....	16
Etiología de la farmacodependencia	18
Factores etiopatogénicos	19
Clasificación de las drogas.....	20
a) Por su peligrosidad	20
Drogas duras	21
Drogas semiduras	21
Drogas blandas	21
b) Por su tratamiento legal.....	21
Drogas legales.....	21
Drogas ilegales.....	22
c) Drogas de farmacia.....	22
Hipnóticos.....	22
Excitantes.....	22
Analgésicos sintéticos	22
d) Por el tipo de dependencia que producen	22
e) Por el tipo de acción que ejercen sobre el Sistema Nervioso Central.	22
Drogas depresoras	23
Drogas estimulantes	23
Drogas psicodélicas.....	23
Generalidades de Algunas Drogas.....	23
Depresores.....	23
Barbitúricos	23
Tranquilizantes	23

Narcóticos	24
Estimulantes	24
Anfetaminas	24
Metanfetaminas	24
Cafeína	25
Alucinógenos	25
Fenciclidina	25
LSD.....	25
Mezcalina y peyote	26
Cannabis	26
Hachís.....	26
Aceite de hachís.....	27
Drogas de diseño	27
Análogos de las anfetaminas y las metanfetaminas.....	27
Análogos de la fenciclidina	27
Benzodiacepinas	28
Inhalantes	28
<i>Signos físicos</i>	28
<i>Manifestaciones clínicas.....</i>	28
<i>Las Drogas en el ámbito mundial.....</i>	29
Consumo de drogas en los países de América.....	33
Estados Unidos de Norteamérica	33
Canadá	34
Países Latinoamericanos.....	35
México.....	35
América Central y el Caribe.....	39
América del sur.....	40
Colombia	40
Perú	41
Bolivia	41
Venezuela.....	41
Argentina.....	42
Chile.....	42
Brasil	42
Uruguay	43
Paraguay	43
Consumo de drogas en de Europa.....	44
España	44
Italia	45
Asía Meridional	45
Asía Occidental	46
Asía Oriental y Sudoriental.....	46
África.....	47

Oceanía.....	47
Planteamiento del Problema.....	48
Justificación.....	49
Objetivos.....	50
Objetivo General.....	50
Objetivos Específicos.....	50
Diseño y Metodología.....	51
Variables:.....	52
Variable Dependiente.....	52
Variable Independiente.....	52
Instrumento.....	52
Técnica:.....	53
Recolección de información:.....	53
Procesamiento de la información:.....	53
Análisis de datos:.....	53
Consideraciones éticas.....	55
Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud.....	56
Resultados:.....	57
Discusión.....	65
Conclusiones.....	68
Recomendaciones.....	69
Referencia bibliográfica.....	70
ANEXOS.....	75

Antecedentes

El uso y abuso de las drogas es un tema de interés nacional y mundial, ya que a diario, observamos y escuchamos información en los distintos medios de comunicación, (periódico, radio y televisión), sobre el deterioro del tejido social y daños a la salud que se gesta día a día, por el aumento en el consumo de drogas. Esto es ocasionado por los cárteles y bandas delictivas involucradas en el tráfico de drogas, dejando como secuela en la sociedad violencia y muerte.

El uso de las drogas es un fenómeno global. De acuerdo con datos de la Organización de las Naciones Unidas, es difícil encontrar un país en el que no se observe, a pesar de que las características del consumo varían en cada nación.”

También la Organización de las Naciones Unidas estima, que alrededor de 4.3% de la población mundial mayor de 15 años consumen drogas actualmente, lo que significa que cerca de 185 millones de personas en todo el mundo son usuarios de drogas. ¹

Por otro lado si analizamos el devenir a través de los tiempos, encontraremos que la “en la historia de las drogas existe una serie de factores que han influido directamente en los planteamientos religiosos y filosóficos de los hombres, podemos decir que la humanidad despertó a las drogas de una forma accidental, ya que nosotros los seres humanos en el afán de comer y poder vivir debieron de encontrarse con diversas plantas y hongos que tenían sustancias capaces de alterar sus estado de conciencia.

Este mismo sentido o instinto básico de buscar en las plantas o en los hongos los posibles remedios para nuestros males se ha desarrollado en los hombres a través de los siglos y de los milenios del curanderismo y la utilización de hierbas hasta llegar a la medicina y la farmacología, es decir que una experiencia personal ha desarrollado una ciencia y del consumo desordenado y ritual se ha pasado a la

¹ Amador Buenabad NG, Cavero Alvarado MI. El consumo de cocaína en los adolescentes y su relación con el medio ambiente familiar, el grupo de pares y la autoestima. [tesis de Licenciatura]. México: Universidad Autónoma, Facultad de Psicología; 2004

producción de drogas que pueden ser útiles al ser humano; las drogas en este sentido se situaron en los conceptos religiosos y rituales de los seres humanos.

A lo largo de nuestra historia en la humanidad no ha habido una clara información del problema que acarrearán las drogas ya que si hablamos de drogas inmediatamente decimos que son malas y de inmediato las relacionamos con todos los males que suceden en nuestra sociedad, pero simplemente decimos que son malas y más aumentamos la desinformación que existe con respecto a todas las clases de drogas; por lo que ha existido es que la drogadicción está relacionada con una serie de comportamientos y acciones de nosotros los seres humanos.²

En la actualidad, “El uso, abuso y dependencia al alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas o psicotrópicas de empleo lícito o ilícito, constituyen un problema de salud pública, por las consecuencias negativas que afectan la salud individual y repercuten en la familia, escuela, trabajo y sociedad.

Las adicciones lícitas como el alcohol, son sustancias que los jóvenes día a día consumen a edades cada vez más tempranas y el consumo excesivo ha ido repercutiendo en la morbimortalidad, en la sociedad con la aparición de conductas violentas y sexuales de riesgo, enfermedades como la cirrosis hepática, alcoholismo y por último enfermedades mentales.

El uso y abuso del tabaco, está asociado a graves padecimientos de alta letalidad y con un alto impacto en la familia, trabajo, economía y sociedad.

En cuanto a las sustancias psicoactivas, su dinámica es diferente debido a la aparición de nuevas sustancias con patrones de uso y consumo reciente en las

² Hernández Zelaya MA, Rodríguez Colindres AJ, Paz Gómez DJ. Conocimiento que tienen los y las adolescentes en relación a las drogas, Barrio Hermano Zamora, Ocotlán, Nueva Segovia. Julio 2004. [Tesis de Licenciatura]. Ocotlán, NS: Universidad Politécnica de Nicaragua, Facultad de Enfermería técnica superior; 2004.

zonas urbanas, además el uso y abuso de estas sustancias eleva el riesgo de consumir otras.³

Drogas según la OMS

La definición de droga propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) “se refiere a todas las sustancias psicoactivas como cualquier sustancia que, al Interior de un organismo viviente, puede modificar su percepción, estado de ánimo, cognición, conducta o funciones motoras”. Esto incluye el alcohol, el tabaco y los solventes, excluyendo las sustancias medicinales sin efectos psicoactivos”.

Las convenciones de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) para el control de drogas no establecen una distinción entre drogas legales o ilegales; sólo señalan el uso como lícito o ilícito. Pero en general se emplea el término droga ilegal o ilícita al hablar de aquellas que están bajo un control internacional, que pueden o no tener un uso médico legítimo, pero que son producidas, traficadas y/o consumidas fuera del marco legal.⁴

Uso de Drogas

Es un consumo esporádico, sin llegar a afectar su vida familiar, escolar, laboral o sus relaciones sociales, y pudiéndose llegar al abandono si se desea.

Abuso de Drogas

Es el uso excesivo de una droga cuando se consume regularmente. Afecta el rendimiento escolar, el trabajo, las relaciones familiares y sociales. Casi sin darse cuenta, el consumidor puede convertirse en adicto.

³ Secretaria de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, Para la Prevención Tratamiento y Control de las Adicciones. [PDF en línea]. México: Comisión Nacional contra las Adicciones; 2009. [accesado pendiente]. Disponible en: <http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/nom028.pdf>

⁴ Tapia Conyer R. El consumo de drogas en México: Diagnóstico, tendencias y acciones. [en línea]. México: Secretaria de salud; 2007 [accesado pendiente] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/CDM.htm#pres>.

Intoxicación

Es el estado patológico provocado por la acción de las drogas.

Adicción

Según la OMS, es un estado de intoxicación Crónica y periódica originada por el consumo repetido de una droga, natural o sintética, caracterizada por una compulsión a continuar consumiendo por cualquier medio, una tendencia al aumento de la dosis, una dependencia psíquica y, generalmente, física de los efectos, así como por tener unas consecuencias perjudiciales para el individuo y la sociedad.

Tolerancia

Es la necesidad de consumir una cantidad notablemente superior de la sustancia a fin de conseguir la intoxicación o el efecto deseado, teniendo un efecto marcadamente menor con el uso continuo de la misma cantidad de una sustancia y manteniendo el consumo de esa sustancia (o en su defecto, otra de la misma clase), a fin de evitar los síntomas del síndrome de abstinencia.

Abstinencia

Es el conjunto de síntomas que se presentan cuando se deja de tomar, total o parcialmente, una sustancia que se ha ido consumiendo de forma reiterada, prolongada y a dosis elevadas.

Dependencia

Es un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas, en el que el consumo de drogas adquiere la máxima prioridad para el individuo, su deseo de consumo.⁵

El término dependencia a las drogas, se utiliza en un sentido muy amplio para incluir adicciones y habituaciones. Incluye la triada del uso compulsivo de las drogas y a continuación se enumeran:

1. Deseo vehemente psicológico o dependencia e incluye la conducta para procurarse la droga (impulso).
2. Dependencia fisiológica, con síntomas por supresión al interrumpir la droga.
3. Tolerancia o sea, la necesidad de aumentar la dosis para obtener los efectos deseados.

La dependencia a las drogas está en función de la dosis utilizada y la duración de su uso. La cantidad necesaria para producir dependencia varía de acuerdo a la clase de droga y la naturaleza idiosincrática de quien la consume. Con frecuencia las drogas se consumen a diario y además es muy común que se consuman varias drogas.⁶

Motivos de consumo

Las motivaciones para consumir drogas varían ampliamente pero entre los jóvenes adolescentes, la causa más común es la curiosidad, siguiéndole el experimentar nuevas sensaciones, manifestar rebeldía hacia los padres, estimularse para la preparación de exámenes, el ocio, pertenecer a grupos de pares y pandillas. Entre otras causas tenemos la automedicación con drogas, el

⁵ Hidalgo Vicario MI, Redondo Romero AM. Consumo de drogas en la adolescencia. [PDF en línea]. España: Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria; 2009. [accesado pendiente]. Disponible en: [http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/.../Drogas_adolescencia\(2\).pdf](http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/.../Drogas_adolescencia(2).pdf)

⁶ Tierney LM, McPhee SJ, Papadakis MA. Diagnóstico clínico y tratamiento. 34ª ed. México: Manual Moderno; 1999. p. 1012-1013.

uso de estimulante por los trabajadores del volante del transporte pesado, por problemas de insomnio.

En cuanto a las situaciones sociales tenemos las siguientes, incomprensión, desconfianza, falta de oportunidades para los jóvenes adolescentes, las grandes tentaciones de la vida moderna, propagandas penetrantes de las drogas lícitas por empresas y laboratorios farmacéuticos, delincuencia organizada y sus células de distribución en las ventas de drogas. Todos estos factores han condicionado el crecimiento en el consumo de drogas en los adolescentes y adultos jóvenes.⁷

Otro factor como causante del consumo de drogas, es la época de la adolescencia que es una etapa del crecimiento y desarrollo del ser humano, en la cual el individuo pasa de la niñez a la edad adulta en un lapso de tiempo relativamente corto, estos cambios biológicos del individuo pueden ser el detonador para su posible caída en el mundo de las drogas. Estos cambios están presentes en el medio ambiente familiar que primeramente es un núcleo moral, formativo en lo social, cultural, recreativo, económico y afectivo, y posteriormente se convierte en un núcleo puramente social, con una comunicación pobre, carente de valores morales y de afecto, agravado todavía más, por los conflictos que pueden aparecer entre los padres, con la consecuente aparición de la violencia familiar e infantil, terminando en el divorcio y la desintegración familiar.

Otro de estos cambios es el fenómeno del urbanismo, que provoca en el ser humano soledad la cual cada vez es mayor, sitúa que lo coloca en riesgo de caer en las garras de las drogas; entre los fenómenos que acarrearán esta consecuencia están los medios masivos de comunicación que se encuentran al alcance de toda la población y en manos de unos cuantos, los cuales saturan a los jóvenes adolescentes de información y valores culturales que deforman el idioma, distorsionando la arquitectura del ser humano, beneficiando el desarrollo cognoscitivo pero no el emocional provocando con esto la pobreza del lenguaje y

⁷ Belsasso G. ¿Cómo Identificar las Drogas y sus Usuarios? 1ª ed. México: CEMEF; 1976. p. 9-10.

con ello problemas en la comunicación tanto en la adolescencia como en la edad adulta, agravándose con esto los problemas de soledad y mayor riesgo de su caída en la drogadicción.

Por otro lado en las últimas cuatro décadas ha predominado en los padres y educadores, la tendencia a la sobreprotección de los niños, haciéndoles la existencia más fácil y cómoda procurando con esto impedirles el sufrimiento y los traumas provocando con esto la inexperiencia del sufrimiento por lo que al alcanzar el periodo de la adolescencia, no saben cómo maniobrase y sus esfuerzos son mínimos, manifestándose ante la vida con la ley del esfuerzo mínimo llevándolos a la mediocridad, insatisfacción y con una baja autoestima que los lleva a la depresión y como consecuencia su caída en el consumo de drogas.⁸

Otro factor que motiva a los adolescentes en el uso y abuso en el consumo de las drogas, es la formación de su identidad, y para lograrlo el adolescente debe adquirir un sentido estable de sí mismo con la finalidad de lograr una transición satisfactoria de la dependencia de los padres a su autonomía. Esta expresión de formación de la identidad es tomada de las teorías de Eric Ericsson (1961) y la de James Marcia (1980).

Para Eric Erickson, el reto principal de esta etapa de la vida, es el de la identidad del individuo frente a la confusión de roles, y la pregunta central de los jóvenes adolescentes es “¿quién soy yo?” y la respuesta según Eric Erikson se obtiene al incluir varios roles por ejemplo: estudiante talentoso en matemáticas, atleta, artista, persona liberal en política, futuro arquitecto, etc., en un todo coherente que se integra de manera armónica, cuando no se logra adquirir estos tipos de roles de identidad congruente entonces el individuo tendrá una confusión de roles.

⁸ Martínez y Martínez R. La salud del niño y adolescente. 5ª ed. México: Manual Moderno; 2005. p. 444-445.

Según James Marcia, para encontrar la identidad se requiere de un periodo intenso de auto-examen denominado crisis de la identidad y propuso cuatro posibles resultados del proceso:

1. Adquisición de la identidad, mediante las creencias, metas firmes y decisiones propias.
2. Exclusión de la identidad, es la identidad impuesta por la sociedad
3. Moratoria en la elección de la identidad, en esta el adolescente permanece en el proceso de auto examen.
4. Disfunción de la identidad, en esta se evitan estudiar opciones de roles en forma consciente. Por lo tanto están insatisfechos con su situación, pero son incapaces de iniciar una búsqueda para encontrarse a sí mismo recurriendo a actividades escapismo como el abuso de las drogas o del alcohol.

La actitud y el comportamiento de los adolescentes siempre han creado conflictos generacionales originados por él y los adultos. Generalmente cuando los hijos entran en la adolescencia la organización en el ámbito familiar sufre un desajuste. La adolescencia constituye la etapa decisiva de la separación gradual de padres e hijos. La crisis familiar que sobreviene, es una etapa normal del desarrollo, no una tragedia, es necesaria para la afirmación de la identidad del adolescente.⁹

El comportamiento y actitudes familiares son otra causa o motivo que pueden estar directamente relacionados con el uso y abuso de drogas por alguno de sus miembros especialmente por los jóvenes.

Merikangas en (1998) hablan de dos tipos de factores familiares, que de una manera u otra, puede fomentar y en algunos caso desencadenar el uso y abuso de las drogas entre los jóvenes. Estos factores familiares se dividen en específicos y no específicos y a continuación se enumeran:

⁹ Morris CG, Mistó AA. Psicología. 10ª ed. México: Prentice Hall; 2001. p. 416-417

Factores específicos

Son los que tienen una influencia directa en el uso y abuso de drogas por los hijos, y entre estos se encuentran:

- La exposición a las drogas en una fase prenatal
- El consumo de drogas por los padres
- La aceptación de los padres de que sus hijos adolescentes y o jóvenes usen las drogas licitas que son la puerta de entrada al mundo de drogas ilícitas.

Factores no específicos

Estos están dados, por la destrucción y exposición a conflictos familiares y de estos se destacan los siguientes:

- Padres separados o divorciados
- La exposición a altos niveles de estrés
- Psicopatologías familiares
- La negligencia paterna
- El abuso físico
- El abuso emocional
- Abuso sexual
- La exclusión social.

Por otro lado, la calidad de la relación de una pareja no parece tener una influencia franca en el uso y abuso de las drogas, pero sí se combina con otros factores de riesgo, la probabilidad en el uso y abuso de las drogas en los jóvenes aumenta significativamente.

Kaplan, (1995). Refiere que el uso de sustancias psicoactivas por los padres puede, favorecer la aparición de una disfunción familiar, que puede mantener el consumo o socorrer su incremento. Por otra parte Robins (1985) cita el hecho de que los conflictos familiares estén asociados a la delincuencia juvenil y al uso y/o

abuso de drogas. En el caso de Farrington en (1985) fue más lejos y considero a los conflictos familiares como el mayor riesgo en la salud de los adolescentes relacionados con el uso y/o abuso de las drogas. Para Johnson en (1984), Barnes, Welter y Brook en (1986), refieren que cuando mayor sea el número de miembros de la familia que usen drogas o que impliquen a los niños en ese uso, por ejemplo el pedir a los niños que vayan a comprar cerveza o cigarrillos, lo que eleva más los riesgos para que los niños caigan en el uso y/o abuso de las drogas. Reilly en (1979), refiere que en un estudio efectuado con familias de adolescentes con uso y/o abuso drogas, evidenciaron factores de comunicación negativos, tales como críticas, culpas, límites poco claros y expectativas poco realistas de los padres en relación con los hijos. Por lo tanto las actitudes demasiado permisivas y las demasiado autoritarias por parte de los padres pueden estar directamente ligadas con el uso y/o abuso de drogas por los hijos¹⁰.

En el ámbito psicodinámico muchas investigaciones sostienen que la asociación de trastornos de la personalidad y depresión, se relacionan con el desarrollo de adicción a las drogas.

(Blatt y col., 1984; Kandel y col., 1978; Patón y col., 1977; Treece, 1984; Treece y Khantzian, 1986). Estos estudios sugieren que mientras la iniciación en el uso de la marihuana puede estar relacionada con la presión de los compañeros en la adolescencia, el uso y la eventual adicción a las drogas pesadas no presentan este tipo de iniciación. Según un estudio, las relaciones deterioradas con los progenitores y la depresión son predictivos altamente significativo del uso y abuso de drogas, mientras que las variables sociodemográficas no lo eran.

Entre las conductas que presentan mayor riesgo de caer en el uso y abuso de drogas tenemos las siguientes: la conductas extrovertidas, inconformidad con sus valores morales, carencia de valores espirituales, percepción negativa de la familia por fallas en las relaciones afectuosas con los padres por falta de entereza de los

¹⁰ Méndez FJ. Drogadicción y prevención familiar: una política para Europa. Adicciones [en línea] 1999 [accesado pendiente]; 11(3): [193 – 200 p.] Disponible en: www.irefrea.org/.../PDF/Mendes_1999_Drog_Prev%20Familiar.pdf

mismos, límites no establecidos, rezagos en el tiempo dedicado a la familia, falta de disciplina, falta de apego religioso, el uso y abuso temprano de bebidas alcohólicas¹¹.

Etiología de la farmacodependencia

El conocimiento acerca de la etiología de la dependencia ha ido progresando en los últimos años. Como todo padecimiento crónico, los desordenes por el uso y abuso de sustancias psicoactivas instauran una enfermedad en la que podemos diferenciar elementos biológicos o hereditarios, psicológicos, ambientales, familiares y socioculturales.

Al explorar los factores individuales, encontramos que son importantes los factores neurofisiológicos de la fármaco dependencia, los cuales se encuentran incluidos en el circuito neuronal implicado en las adicciones, formado por las vías mesolímbicas y mesocorticales que interconectan el área ventral tegmental, el núcleo accumbens y la corteza prefrontal, que constituye el eje principal del circuito, aunque este recibe influencias importantes de múltiples áreas del sistema nervioso. Entre estas conexiones dopaminérgicas que parten del área ventral tegmental son esenciales en las adicciones y así casi todas las drogas adictivas modifican de alguna manera los niveles de dopamina en la sinapsis del núcleo accumbens. Este por su parte actúa como interfaz entre el sistema límbico y el motor de forma que sus proyecciones GABAÉRGICAS sobre estructuras motoras como el pálido ventral, son también influidas en última instancia por todas las drogas adictivas y estos se basan en un modelo que se centra en la investigación de un estado placentero, siendo que el consumo de drogas es el camino para alcanzar esa etapa.¹²

¹¹ Gabbard GO. Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica. 3ª ed. Argentina: Panamericana; 2002. p. 361-362.

¹² Colado MI, Alguacil LF. Drogas de abuso. En: Lorenzo P, Moreno A, Leza JC, Lizasoni I, Moro MA, editores. Farmacología básica y clínica. 17ª ed. España: Panamericana; 2005. p. 344.

Factores etiopatogénicos

Los factores etiopatogénicos se clasifican en:

1. Biológicos
2. Psicológicos
3. Ambientales

Factores Biológicos, entre estos se encuentran los de transmisión hereditaria, que se observan de acuerdo a las razas por ejemplo en los asiáticos se ha observado que el metabolismo del alcohol puede originarles enrojecimiento.

Otras se basan en la presencia de características temperamentales y de la personalidad que los transporta al consumo. El primero tiene alta penetración genética y menor componente ambiental y su inicio regularmente es a los 25 años con un patrón de consumo de ingesta elevada persistente, el segundo es de comienzo tardío y tiene altas y bajas en el consumo.

Los diferentes modelos coinciden en que las personas propensas a desarrollar adicciones, presentan una mayor tendencia a la tolerancia o dependencia física. Un elemento neurofisiológico, está basado en el efecto de las sustancias psicotrópicas y la capacidad de liberar endorfinas. Esta capacidad se observa en el caso de los opiáceos. Las endorfinas fueron conceptualmente derivadas de la búsqueda de receptores para la morfina y tienen la capacidad de producir efectos placenteros o de inhibir el dolor.

El Factor Psicológico, que predomina en los grupos que se encuentran inmersos en el uso y abuso de drogas, es tener una personalidad predispuesta al consumo de drogas lícitas o ilícitas, donde el uso y abuso crónico de las drogas es un escape a sus problemas o un medio de explorar el placer o sus vertientes autodestructivas. Con esto se ha llegado a enfatizar más en el severo dolor psíquico que se encuentra asociado al consumo de las drogas; el efecto agresivo de los opiáceos les permite a los adictos contrarrestar el efecto desorganizador de la rabia sobre el yo. Los adictos a opiáceos en particular, parecen tener especiales

dificultades en afectos agresivos o rabiosos y estos se automedican para controlar estos efectos.

Factores ambientales, tenemos la socialización temprana; estas personas tienen la tendencia a consumir sustancias. Otro factor ambiental de riesgo son los hijos de padres alcohólicos, también existe una correlación entre presencia de fármaco dependencia y un ambiente familiar inestable.

Factores socioculturales, entre estos tenemos que en algunas sociedades existe la cultura de promover el consumo y el más popular es el alcohol. Entre otros factores que se encuentran como causales del consumo, son las redes sociales que influyen activamente en el consumo, localizándose entre estos, los amigos, las pandillas, etc.

Otros factores son los medios de comunicación que promueven las drogas legales, como son el alcohol y tabaco¹³.

Clasificación de las drogas

a) Por su peligrosidad

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) clasifica a las drogas, por su peligrosidad, de la siguiente forma:

- 1.- Drogas duras
- 2.- Drogas semiduras
- 3.- Drogas blandas.

¹³ Sequeira de Arévalo AL. La droga y su incidencia en la conducta social. [tesis de Maestría] Paraguay: Consejo de Defensa Nacional, Instituto de Altos Estudios Estratégicos; 2009.

Drogas duras

Son aquellas que aumentan la tolerancia; producen dependencia psíquica y pueden dar lugar a toxicomanía. Las drogas duras, a su vez, se dividen en estos grupos:

- a) Opio y sus derivados: Morfina y heroína
- b) Productos farmacéuticos: Metasedin o metadona, dolantina y Tilitrate.
- c) Barbitúricos
- d) Alcohol

Drogas semiduras

Se les llama así a aquellos tóxicos que aumentan la tolerancia; producen dependencia psíquica, aunque en algunos casos pueden dar lugar también a dependencia física. Entre estas se encuentran los estimulantes y a continuación se enumeran:

- a) Cocaína
- b) Anfetaminas

Drogas blandas

Son las que pueden crear hábito y producen dependencia psíquica. Dentro de las drogas blandas tenemos las siguientes:

- a) Alucinógenos: Cannabis (marihuana, hachís), LSD
- b) Tabaco
- c) Tranquilizantes

b) Por su tratamiento legal

Se dividen en drogas legales e ilegales.

Drogas legales

Dentro de estas se encuentran el alcohol, tabaco y el café.

Drogas ilegales

Entre estas se encuentran las prohibidas.

c) Drogas de farmacia

Dentro de este grupo se encuentran los medicamentos; estas se dividen a su vez en varios grupos y a continuación se mencionan:

Hipnóticos

Dentro de este grupo tenemos a los barbitúricos y tranquilizantes menores.

Excitantes

Entre estos se encuentran las anfetaminas y otros estimulantes.

Analgésicos sintéticos

En este grupo encontramos los derivados sintéticos de la morfina.

d) Por el tipo de dependencia que producen

De acuerdo con el tipo de dependencia que producen las drogas se dividen en:

Drogas que producen dependencia física y psíquica: El alcohol, barbitúricos, tranquilizantes, opiáceos y anfetaminas.

Drogas que producen sólo dependencia psíquica o muy poca dependencia física: El tabaco, cannabis, alucinógenos y cocaína.

e) Por el tipo de acción que ejercen sobre el Sistema Nervioso Central.

Las drogas en general afectan directamente el funcionamiento del Sistema Nervioso Central (SNC), pero de acuerdo con el efecto desencadenado sobre este, se dividen en las siguientes categorías:

Drogas depresoras

Dentro de las drogas depresoras se encuentran los opiáceos, barbitúricos, tranquilizantes y el alcohol.

Drogas estimulantes

Entre estas se encuentran la cocaína, cafeína, anfetaminas y el tabaco.

Drogas psicodélicas

Transforman la actividad psíquica produciendo ciertos trastornos de la percepción, como alucinaciones; de estos tenemos al LSD, peyote, mezcalina, compuestos sintéticos y los alucinógenos como el cannabis y sus derivados.

Generalidades de Algunas Drogas.

Depresores

Dentro del grupo de las drogas depresoras tenemos, el alcohol, barbitúricos, tranquilizantes y narcóticos.

Las sustancias depresoras, en pequeñas dosis pueden producir tranquilidad, relajación muscular, en cantidades un poco mayores provocan torpeza al hablar, pasos vacilantes y alteraciones de la percepción y en dosis muy grandes pueden causar depresión respiratoria, estado de coma y muerte.

Barbitúricos

Constituyen el grupo más grande de los sedantes, en dosis pequeñas pueden neutralizar la tensión y la ansiedad. En grandes dosis son peligrosas.

Tranquilizantes

Estos producen una sensación de tranquilidad, relajación, disminuyen la ansiedad y provocan sueño.

Los tranquilizantes que se utilizan para curar perturbaciones mentales no causan dependencia.

Narcóticos

Estos en dosis apropiadas pueden causar sueño, estupor y mitigar el dolor.

El término “narcótico” ha sido extendido a todas aquellas drogas que se cree o se sabe que forman hábito o dependencia. Son narcóticos el opio y sus derivados (la heroína y la morfina), metadona y la meperidona.

Estimulantes

En cantidades normales producen sensación transitoria de viveza y bienestar, disminuyen el hambre y por breve tiempo pueden estimular la actividad de una persona fatigada.

Dentro de los estimulantes tenemos varios, siendo los más comunes a las anfetaminas, metanfetaminas, cocaína y cafeína.

Anfetaminas

Se presenta en cápsulas, píldoras o tabletas. Se ingieren oralmente, se inhalan o se inyectan. Usadas en esta última forma, y en grandes dosis, producen euforia y éxtasis.

Dentro del deterioro que se produce en el organismo por el consumo de anfetaminas tenemos: infecciones cutáneas, caries dental, pérdida de peso, desnutrición y deficiencias vitamínicas. Comúnmente se le conoce como acelere, speed y sales.

Metanfetaminas

Se presentan como polvo blanco, cristales blancos y piezas parecidas a la parafina. Se inhalan, se fuman, se ingieren o se inyectan. Se les designa con los siguientes nombres, cristal, crack y acelere.

Cafeína

Es uno de los estimulantes más usados en el mundo. Se le encuentra en concentraciones considerables en el café, té, bebidas de cola, caramelos de chocolate y de cocoa. Es un poderoso estimulante del sistema nervioso central.

Los primeros efectos de la cafeína sobre la conducta son aumento de la agudeza mental con una clara y rápida asociación de ideas, vigilia e inquietud.

Alucinógenos

Estos afectan la mente; pueden considerarse como una subcategoría de los estimulantes, aun que sus acciones y efectos son completamente diferentes.

Entre los alucinógenos más comunes están, la fenciclidina, LSD, mezcalina, peyote y la marihuana.

Fenciclidina

Se le conoce como PCP y polvo de ángel. Se le encuentra en forma líquida, píldoras, cápsulas y polvo blanco cristalino. Se ingiere, se fuma, se inyecta o puede rociarse sobre cigarrillos o marihuana.

Esta sustancia interrumpe las funciones de la neocorteza cerebral (parte del cerebro que controla el intelecto y modera los instintos). Inhibe los receptores del dolor, lo que puede dar lugar a que el adicto se provoque heridas. Algunos efectos del PCP son, sentimiento de distanciamiento y extrañeza, el tiempo y los movimientos corporales se retardan, la coordinación se entorpece, los sentidos se embotan, el habla se torna incongruente. También se presentan trastornos del estado de ánimo (depresión, ansiedad, agresividad e inclusive paranoia).

LSD

Se le conoce con este nombre al dietilamida de ácido lisérgico o, simplemente, "ácido". Esta droga se puede encontrar en tabletas, papel secante impregnado,

cuadritos de gelatina o de líquido incoloro. La forma de consumirse es mediante la ingesta, lamiendo el papel gelatina o aplicando el líquido en los ojos. Es el más fuerte de los alucinógenos.

Mezcalina y peyote

Su nombre común es cactus. Se presentan como comprimidos, discos oscuros de color castaño; se ingieren, se mastican o se fuman. Al igual que el LSD, la mezcalina tiene, dentro de sus efectos fisiológicos, dilatación de la pupila, alta temperatura, incremento del ritmo cardiaco y de la presión arterial, pérdida del apetito, somnolencia y temblor.

Cannabis

Se le llama así a la droga derivada de la planta llamada “cáñamo” (cannabis sativa). En todas sus formas produce efectos físicos y mentales negativos, tales como incremento del ritmo cardíaco, irritación de los ojos, resequedad de boca y garganta, intensificación del apetito y puede además anular o debilitar la memoria. Algunas investigaciones han demostrado que los estudiantes no retienen los conocimientos que adquieren mientras están intoxicados.

Dentro de los derivados del cannabis, se tienen a la marihuana, hachís y aceite de hachís.

Hachís

Se le conoce con el nombre de hash y hashish, su aspecto es el de tortas o esferas de color café o negro. Se come o se fuma.

El achichó es mucho más poderoso que la marihuana y también un tanto más peligroso. Todos los efectos negativos descritos por la marihuana aparecen con mayor frecuencia y son más predecibles con el achichó.

Aceite de hachís

Su nombre usual es aceite de hashish. Es un jarabe concentrado, cuyo color varía entre incoloro y negro; se fuma mezclado con tabaco.

Drogas de diseño

Son sustancias análogas a las drogas ilícitas que, a través de químicos clandestinos modifican la estructura molecular de estos tóxicos, con el objeto de eludir restricciones legales. Los efectos de las drogas de diseño pueden ser a veces más fuertes que las sustancias originales que les sirven de modelo.

Se presentan en forma de polvo blanco. Dentro de ellas están los análogos del fentanil y la meperidina.

Estas tienen efectos narcóticos y se les conoce como heroína sintética. Se inhalan por las fosas nasales y pueden provocar síntomas semejantes a los que se observan en el mal de Parkinson (temblor incontrolable, babeo, torpeza al hablar, parálisis y daños cerebrales irreversibles).

Análogos de las anfetaminas y las metanfetaminas

El nombre más común que reciben es el de éxtasis; se encuentra como polvo blanco, en comprimidos y en cápsulas. Se ingieren, se inyectan o se inhalan.

Estos ocasionan náuseas, visión borrosa, escalofríos, sudoración y desmayo. Entre los efectos psicológicos que ocasiona, esta la ansiedad, la depresión y paranoia. Una sola dosis basta para ocasionar daños cerebrales.

Análogos de la fenciclidina

Estas drogas tienen efectos alucinógenos; se les conoce con el nombre de PCP, PCE y TCP. Se ingieren, se inyectan o se fuman. Los efectos que provocan son fantasías, perturbaciones de la percepción.

Benzodicepinas

Son depresores del sistema nervioso central. Se administran en casos de ansiedad, insomnio y epilepsia, también en manifestaciones agudas del síndrome de abstinencia alcohólico y espasmo muscular.

Lo encontramos en cápsulas, tabletas, grageas y sobres solución; la tolerancia a estas sustancias se manifiesta en la necesidad de aumentar las dosis para inducir el sueño o para mantener una mejoría sintomática. Entre las benzodicepinas tenemos al clonazepán y diazepam.¹⁴

Inhalantes

Es un grupo especial de depresores del sistema nervioso. Son las drogas más consumidas por los niños de la calle, son los solventes; uno de los factores que intervienen en su consumo, es que son sustancias adquiridas de manera legal de fácil disponibilidad y acceso, bajo costo, y han ganado popularidad entre los usuarios, además su efecto es rápido y de corta duración.

Entre los solventes industriales usados como inhalantes que se expenden en el comercio con facilidad están, la gasolina, tiner, cemento, pinturas en aerosol, betún para calzado, barnices, esmaltes y laca.

Signos físicos

Entre los signos más comúnmente observados están, erupción en la periferia de las fosas nasales y boca, epistaxis y pérdida de peso.

Manifestaciones clínicas

Los efectos clínicos de la inhalación de solventes industriales, son breves, durando aproximadamente de 5 a 15 minutos, los síntomas y signos de la

¹⁴ Estrada Valdez A. Situación educativa que enfrentan los profesores de establecimientos del ciclo de educación básica con estudiantes que consumen drogas. [tesis de Licenciatura]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Humanidades, Departamento de Pedagogía; 2002.

embriaguez por solventes son de una estimulación inicial, seguida de depresión de variada intensidad. Estos síntomas son mayormente debidos a la progresiva y generalizada afección del sistema nervioso central con manifestaciones tempranas de desinhibición cortical, simulando la fase temprana de la intoxicación por alcohol.

El estado psíquico producido por los solventes es típico de delirio, presentando confusión mental, torpeza psicomotora, desinhibición emocional, pérdida de la habilidad perceptiva y cognitiva.

Entre los síntomas tempranos tenemos la confusión, el lenguaje incoherente, marcha atáxica, embriaguez, euforia, un comportamiento impulsivo, excitación e hiperactividad. Conforme la intoxicación aumenta, pueden identificarse ilusiones y alucinaciones.

La tendencia al sueño es invariable y puede progresar al estupor el cóma y la muerte dependiendo de la dosis inhalada.¹⁵

Las Drogas en el ámbito mundial

Una de las epidemias sociales de mayor y más rápida extensión en el pasado siglo, con probabilidad de extenderse y hacerse aún más grave en el siglo XXI, es el problema mundial de las drogas; fenómeno que representa una importante amenaza para la salud y el bienestar de los seres humanos, al menoscabar las bases socioeconómicas, culturales y políticas de la sociedad.

Actualmente existe en el mundo, una gran preocupación por el constante incremento en el consumo de drogas legales e ilegales y sus consecuencias entre los jóvenes, ya que el consumo y la dependencia de sustancias son una carga muy importante para los individuos de las sociedades en todo el mundo.

¹⁵ Boj Cotí Julio Roberto. Función renal en adictos a la inhalación de solventes industriales: estudio realizado en 30 individuos entre 10 - 17 años, internos en los centros de rehabilitación de Casa Alianza, en los meses de abril - mayo 1999. [tesis de Licenciatura]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 1999.

El Informe sobre la Salud en el Mundo por la Organización Mundial de la Salud del 2002, señaló que el 8.9% de la carga total de morbilidad se debe al consumo de sustancias psicoactivas. El informe también reveló que, en el año 2000, el tabaco tuvo una carga de mortalidad del 4.1%, el alcohol 4%, y las drogas ilícitas un 0.8%. Gran parte de la carga de morbilidad atribuible al consumo y la dependencia de sustancias es el resultado de una amplia gama de problemas sanitarios y sociales, entre ellos el VIH/SIDA, que en muchos países tiene como principal determinante el consumo de drogas inyectables.¹⁶

La trascendencia actual y las lamentables perspectivas del uso indebido de drogas sobrepasan los límites convencionales de la salud humana y tienen además nefastas consecuencias sociales, pues no solo traen aparejado el deterioro personal, familiar y de comunidades completas, sino que se hallan relacionadas con todos los factores asociados a múltiples figuras delictivas, de forma que contribuyen a distorsionar la economía y a frenar el desarrollo armónico de las relaciones internacionales.¹⁷

El tráfico y comercio de las drogas a nivel mundial, es un negocio global de dimensiones multimillonarias. El negocio de las drogas, como cualquier otra industria, está gobernado por las leyes de la oferta y la demanda, en otras palabras, cuando hay escasez de materia prima (drogas) aumenta los precios y viceversa. Además, los productores, ya sean campesinos cultivadores de drogas o fabricantes de drogas sintéticas en Europa o Estados Unidos, tratan de minimizar los costos y maximizar las ganancias.

Marruecos es uno de los principales productores mundiales de marihuana; junto con El Líbano, constituyen los principales proveedores del mercado Europeo. Se

¹⁶ Vacarino F, Ratzinger S. Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Ginebra: OMS; 2004. (ISBN 92 4 359124 X)

¹⁷ Pascual Simón JR, Fernández Rodríguez BL. Consideraciones generales sobre drogas de abuso. Medisan [en línea] 2002 [accesado pendiente]; 6(4): [58-71 p.] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol7_4_02/san10402.htm

calcula que unas 2000 toneladas de marihuana marroquí entran a Europa cada año, vía Gibraltar y España, en forma de resina de cannabis o hachís. En el norte de Marruecos, el cultivo de marihuana representa un porcentaje alto de su economía, además es una ruta de tránsito hacia Europa, de cuantiosos envíos de drogas fuertes como la heroína y la cocaína.

Holanda es un importante productor de drogas sintéticas, como las anfetaminas y el éxtasis. El uso de estos estimulantes químicos, se están expandiendo por todo el mundo. En algunos países, las drogas sintéticas son más populares que la cocaína y la heroína. La mayor parte del éxtasis que circula por las calles de Europa se fabrica en Holanda o Polonia y las exportaciones Holandesas de esta droga urbana hacia los Estados Unidos de Norte América, está incrementándose rápidamente. Holanda también es un importante productor de marihuana, y en la ciudad se puede adquirir abiertamente en muchas cafeterías sin que la policía intervenga.

El triángulo dorado en el sudeste asiático, lo forman la fuerza combinada de Birmania, Laos y Tailandia, es la principal fuente de opio a nivel mundial. En los campos de Birmania se ven más cultivos de amapola que en otros países, pero su producción de goma de opio cayó por debajo de la de Afganistán.

La región de la Media Luna Dorada, integrada por Afganistán, Irán y Paquistán, está dominada por la gigantesca industria afgana del opio, la mayor del mundo. Oficialmente, el gobierno musulmán Talibán prohibió el comercio del opio; sin embargo, en la realidad, se sigue tolerando. Las autoridades afganas recaudan impuestos sobre la producción y venta de goma de opio y sus derivados (heroína y morfina), que son una importante fuente de ingresos fiscales. De igual forma los grupos armados de oposición también obtienen beneficios de los cultivos ilícitos de amapola. Irán por su parte, tiene una producción significativa de opio, pero también es una de las rutas de transito de heroína afgana hacia el mercado de Europa.

Bolivia es el tercer productor mundial de hoja de coca, aunque su producción ha disminuido. El área de cultivos de coca se redujo a menos de la mitad en los años de 1997 al 99, debido a una campaña de erradicación militar y policiaca, así como la adopción de programas para substituir cultivos en las principales zonas de producción de coca. Enérgicas medidas contra la importación de productos químicos utilizados para la elaboración de cocaína, llevaron a una disminución de la pureza de la nieve boliviana. Por otra parte su gobierno adoptó nuevas estrategias en la lucha contra los narcotraficantes y su meta es la erradicación de las drogas ilícitas.

Durante casi toda la década de los 90, Perú fue el principal productor mundial de la hoja de coca, pero esta se ha reducido en dos tercios en los últimos cinco años. La producción cayó dramáticamente, cuando el gobierno del presidente Fujimori dió la orden a sus fuerzas armadas de derribar aviones que trasportaran coca a los laboratorio de refinación de Colombia. Sin embargo, analistas, señalan que la recuperación del precio de la pasta de la coca peruana y el establecimiento de nuevas rutas de exportación, sugieren que las bandas de narcotraficantes se están reactivando nuevamente.

Los problemas de México en relación al mundo de las drogas ilícitas no se limitan al narcotráfico, sino son provocados también por los 3000 kilómetros de frontera porosa que los separan del vecino del norte, Estados Unidos de Norte América, que es la vía de entrada de la gran mayoría de los envíos de cocaína, heroína y marihuana; sin embargo, México es también un importante productor y consumidor de drogas. Si bien el país apenas produce el 2% del opio disponible a nivel mundial, casi toda su cosecha es transformada en heroína pura y es enviada directamente al mercado estadounidense. México es también el segundo productor latinoamericano de marihuana, y el tipo es de alto rendimiento y muy resistente a los herbicidas utilizadas por el gobierno para sus campañas de erradicación.

A comienzos de los años 90, Colombia era un gran centro de procesamiento de pasta de coca para la elaboración de cocaína; la materia prima era cultivada y semiprosesada en otros países andinos. Sin embargo en 1997, se convierte en el primer productor mundial de coca. La expansión cocalera colombiana compenso la disminución del cultivo de coca registrado en los países de Perú y Bolivia. Al mismo tiempo, el cultivo de amapola y la producción de opio aumentaron significativamente. Por lo tanto Colombia se convierte en el principal proveedor de heroína en el mercado de los Estados Unidos de Norte América.¹⁸

Consumo de drogas en los países de América

En el continente, hay países que desde la época prehispánica hasta la actualidad cultivan y consumen drogas, mientras que hay países consumidores únicamente y un ejemplo de estos son los Estados Unidos de Norteamérica.

Estados Unidos de Norteamérica

Según el informe de la Junta de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) en Estados Unidos el año 2009, 4.8 millones de personas consumieron algún tipo de cocaína, en comparación los 5.3 millones en 2008, afirma en su informe de 2010 la JIFE.

Con estas cifras de consumidores, Estados Unidos representa el 41% del mercado internacional de la cocaína, por arriba del mercado de Europa, con el 29%, según la JIFE, que indica que aunque el mercado y consumo de la cocaína se ha reducido en América del Norte, en contraste se incrementa en Europa.

En Estados Unidos en el 2009, alrededor de 38 millones de personas consumieron drogas ilícitas, lo que representa un aumento de 2.5 millones con respecto al

¹⁸ Navalón Mendoza LT. Delincuencia internacional: narcotráfico y terrorismo. [trabajo de fin de curso]. España: Universidad Nacional de Educación a Distancia; 2007.

2008. El cannabis sigue siendo la droga que más se consume con 28.5 millones de usuarios.¹⁹

Por otro lado la Organización Mundial de la Salud (OMS), en un estudio efectuado el 2008 divulga que Estados Unidos es el mayor consumidor de drogas del mundo. Solo en cocaína, los norteamericanos consumen un tercio de la producción mundial.

Las cifras son muy significativas pues señala que 72 millones de estadounidenses mayores de 12 años, han consumido drogas alguna vez. Así mismo, lo han hecho el 41% de los jóvenes que asisten a la escuela secundaria y el 47% de los preuniversitarios. El documento también informa que el 62% de los estudiantes de secundaria, asisten a centros escolares donde se trafica con drogas.

Otro punto importante del informe de la OMS es que en el año 2007, el entonces presidente de los Estados Unidos de Norte América William Clinton, durante una audiencia congresional, reconoció que en Estados Unidos se consume el 50% de las drogas producidas en el mundo.²⁰

Canadá

Canadá es y sigue siendo uno de los principales países de origen de las drogas sintéticas fabricadas ilícitamente, en particular de MDMA (éxtasis) y metanfetaminas.

Se observó que en los jóvenes canadienses disminuyó el abuso de drogas en los grupos de edad de 15 a 24 años, en el caso del cannabis pasó del 32.7% al 26.3%

¹⁹ Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2010. New York: Naciones Unidas; 2011. (Número de venta: S.11.XI.7 ISBN 978-92-1-348154-7)

²⁰ López Blanch H. El negocio de las drogas en Estados Unidos. [en línea] Cuba: Cubadebate; 2010. [accesado pendiente]. Disponible en: <http://www.cubadebate.cu/opinion/2010/03/31/negocio-droga-estados-unidos/>

en 2009, en tanto que el consumo de cocaína y MDMA casi se redujo a la mitad en el mismo periodo.²¹

Países Latinoamericanos

Los países latinoamericanos involucrados con el narcotráfico en orden de norte a sur, localizamos en primer lugar a los Estados Unidos Mexicanos, a continuación países centroamericanos, desde Guatemala hasta Panamá, y en el cono sur tenemos a los países del área Andina entre los cuales se encuentran, Perú, Colombia, Bolivia y el Ecuador, países donde nace y parte la cadena del narcotráfico, que inicia con la producción, transporte, comercialización y consumo, dirigida al mercado de los Estados Unidos de Norteamérica.

Con anterioridad la cadena del narcotráfico, estaba dirigida al mercado de los Estados Unidos de Norteamérica de acuerdo a las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, el mayor consumidor de drogas, en la actualidad dejó de serlo, ya que los países integrantes de la cadena, de ser parte de la industria del narcotráfico se fueron incrustando en el mercado de consumidores.

México

México de ser un país de intermediarios del tráfico y tránsito de drogas, fue involucrando paulatinamente en el consumo, esto debido a su vecindad con los Estados Unidos de Norteamérica, que es el centro de consumo principal en América y del mundo.

En México, en los años de 1993 y 1998, se efectuaron Encuestas Nacionales de Adicciones, y se observó que el número de individuos que habían utilizado algún tipo de droga ilegal en algún momento de su vida, fue de 1.5 millones en 1993 y de 2.5 millones en 1998. El grupo de edad que se vió más afectado fue el de 18 a 34 años con 1.3 millones de usuarios y al mismo tiempo se descubrió que por cada 13 varones existía una mujer adicta.

²¹ Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2011. New York: Naciones Unidas; 2012. (ISSN 0257-3733)

Las ciudades más afectadas por el consumo de drogas, fueron las que se localizan en la franja fronteriza del norte de la República Mexicana, entre las que se encuentran: Tijuana, Baja California Norte, Ciudad Juárez Chihuahua, Guadalajara Jalisco y en el centro la Ciudad de México. Las drogas con mayor demanda son la marihuana con un 61%, cocaína con el 27%, inhalante con un 9%, alucinógenos con un 2% y la heroína con un 1%.

El año de 1997 la Secretaría de Educación Pública y el Instituto Mexicano de Psiquiatría, efectúan una nueva encuesta en la comunidad estudiantil de la Ciudad de México, realizándose en las escuelas secundarias, de bachilleres y escuelas técnicas, arrojando los siguientes resultados:

Tabla 1 Porcentajes por grados de escolaridad, en contacto con las drogas

Encuesta de 1997

Contactos	Secundaria	Bachillerato	Esc. Técnica
Alguna vez en la vida	9.1 %	15.5 %	14.8 %
Ultimo año	6.5 %	9.9 %	9.5 %
Ultimo mes	3.5 %	4.2 %	5.2 %

Tabla 2 Tipo de drogas de mayor consumo en niños y adolescentes

Niños y adolescentes en el periodo 1997 – 1998		
Droga	Niños de 6 a 11 años	Adolescentes de 12 a 17 años
Solventes		
Inhalables	1.5 %	3.2 %
Marihuana	0.4 %	3.5 %
Cocaína	----	0.8 %
Pastillas	0.1 %	0.9 %
Cualquier		
Droga	2.2 %	7.4 %

En los niños y adolescentes no se encontró diferencias en el consumo de ambos sexos.

De la población adicta que solicitó atención en los Centros de Integración juvenil en el año de 1997, encontramos que 1308 la consumieron por primera vez por curiosidad, otro grupo de 1940, fue por experimentación social y el consumo de drogas fue pasajero. Farmacodependientes funcionales fueron atendidos 5993, y son aquellos adictos que consumen la droga como necesidad para realizar sus actividades diarias. Farmacodependientes disfuncionales se atendieron 2108 adictos y en estos, el consumo de droga se debió a su dependencia.

De los 12,657 usuarios atendidos en el Centro de Integración Juvenil, los grupos fueron: de 15 a 19 años 3380 usuarios, de 20 a 24 años 2356 usuarios y de 10 a 14 años 1126 usuarios. El grado de escolaridad observado en los usuarios fue de secundaria 5412 individuos y de primaria 2765 individuos.²²

Por otro lado, después de las indagaciones efectuadas por la Encuesta Nacional de Adicciones en los años de 1997 y 1998, en el año 2002, el Sistema de Vigilancia Epidemiológico a las Adicciones en México (SISVEA), informa de la transición epidemiológica, caracterizada por dos vertientes que son: Rezagos en salud y riesgos. En la vertiente de riesgo encontraron que las adicciones, son cada vez más frecuentes en nuestra población y también se informó de las conductas en el consumo de drogas ilícitas. Para su realización se establecieron redes informativas a través del Sistema Nacional de Salud, conformado por todas las instituciones de salud del país; las cuales suministran atención e informan al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica para las Adicciones.

Existen otras fuentes informativas que proporcionan información al respecto, estas son las redes informativas de los Centros no Gubernamentales y entre estos se encuentran los Centros de Integración Juvenil, Consejos Tutelares, La Cruz Roja, Servicios Médico Forense y Servicios de Urgencias Hospitalarias, que también

²² Hirose H, Yoshiko B. Ciencias de la Salud. 4ª ed. Mexico: McGraw Hill; 2002. p. 455-456.

son parte de la redes Informativas. Este sistema de vigilancia, inicio con 27 ciudades cuya ubicación se encontraba confinada en la frontera norte del país, posteriormente aumentaron en número a 53 ciudades en su mayoría de la franja fronteriza norte y de los estados del centro de la República, aunque se ha tenido en cuenta que el resto de los estados de la República no estaban exentos de tener casos reportados de adicciones.

La información recabada de los Centros de Integración Juvenil Gubernamentales de 28 ciudades, reportaron 18,070 atenciones, los Centros de Tratamiento no Gubernamentales reportaron información de 51 ciudades, proporcionando atención a 31,819 usuarios. Los Consejos Tutelares, reportaron 8,700 detecciones de las cuales 5019 usuarios consumían drogas con un porcentaje del 59.6% y de estos 1,759 usuarios cometieron infracciones bajo los efectos de las drogas.

Los Servicios de Urgencias Hospitalarias, con base en las encuestas centinelas realizadas en 51 Servicios de Urgencias Hospitalarias y Servicios de atención como la Cruz Roja, en el año 2002 , en 27 ciudades registraron 10,923 ingresos de los cuales 487 que equivalen al 4.5% se encontraron bajo el efecto de alguna sustancia psicoactiva.

En los Servicios Médico Forense, de estos obtuvieron información sobre las muertes que ocurrieron en circunstancias relacionadas con el consumo y abuso de drogas, que pudieron ser la causa directa de la muerte o un factor condicionante de la misma. Se atendieron 1,415 servicios y de esto se detectó que el 15.6% ocurrieron bajo la influencia de alguna droga.

De los 18,070 usuarios atendidos en los Centros de Integración Juvenil, el 84% informaron como droga de impacto, en primer lugar con el 38% el consumo de cocaína, teniendo como secuelas, problemas de tipo legales y familiares. El grupo más afectado, son los varones de 20 - 24 años, su escolaridad en el 86% fue primaria, su estado civil en el 50.2 % son solteros. En segundo lugar, la marihuana con el 18.1%, y el grupo afectado fue el de 15 a 19 años en un 42.7%,

donde el 90% fueron varones y su escolaridad fue de primaria en un 89.9%, su estado civil fue de solteros en 74.5%, su nivel socioeconómico fue medio bajo con un 51.3%. En tercer lugar, tenemos como droga de impacto al alcohol con el 14.7%, el grupo afectado fue de 15 a 19 años con el 26.1%, seguido del grupo de 35 y más con el 21.1%, la escolaridad de este grupo fue de primaria en un 80.9%, el estado civil fue de solteros en 56.9%, casados en 26.8%, y el nivel socioeconómico fue medio bajo en un 53%, con respecto al patrón de consumo, el 38.4% lo hacía una vez por semana, y el 27.2% lo hacían a diario.

El Estado de Tabasco no ha quedado exento, ya que se encuentra dentro de los estados de tráfico, tránsito, comercialización en baja escala y consumo. En la ciudad de Villahermosa se inicia con drogas inhalables en un 37.7%, crack en 30.8%, otras drogas se desconoce el porcentaje.²³

América Central y el Caribe

Por su ubicación geográfica entre los principales países productores y los mercados consumidores, la región de América Central y el Caribe sigue utilizándose como zona de tránsito en el contrabando de drogas ilícitas en gran escala. El extenso litoral y la porosidad de las fronteras aunado a la limitada capacidad de los órganos de represión de las instituciones facilitan el tránsito y tráfico de drogas.

En el Caribe Haití antes del sismo del 2010, se utilizaba como zona de tránsito importante de remesas de drogas ilícitas destinadas a América del Norte, por la extensión y la vigilancia deficiente de su litoral, así como por la existencia clandestinas de pistas de aterrizaje en su territorio. También se sabe por informes,

²³ Tapia Conyer R. Informe del Sistema de Vigilancia Epidemiológica para las Adicciones. México: Secretaría de Salud; 2002.

que remesas de drogas ilícitas procedentes de América del sur también pasan por el Caribe hacia el África occidental con destino a Europa.²⁴

Es conocido por diversas organizaciones del grupo especial contra el lavado de dinero, que en la región caribeña existen presuntamente un grupo de países que sirven como paraísos fiscales para el blanqueo de dinero de dudosa procedencia.

América del sur

América del Sur es la zona donde se encuentran los principales países productores y cadenas de comercialización, tránsito y tráfico de drogas entre los cuales se describen los siguientes:

Colombia

En Colombia, en un estudio realizado por la Dirección Nacional de Estupefacientes, organismo gubernamental, reportó un consumo de basuco (crack) al menos una vez en la vida de 385,626 consumidores en los rangos de edad de 12 a 60 años con un 1.5%, porcentaje muy similar al consumo de cocaína de 1.6%. Entre los consumidores predominan el sexo masculino con el 2.5% frente al femenino de 0.6%.

La prevalencia por grupos de edad mostró que el grupo de mayor consumo fue el de 25 a 44 años con el 2.6%. Con respecto al nivel de escolaridad, el nivel universitario con el 2.6%, seguido de la educación secundaria completa con el 1.6%, e incompleta con el 1.5%, primaria completa 1.4% e incompleta con el 1.2% y analfabetas con el 0.7%.

²⁴ Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2009. New York: Naciones Unidas; 2010. (Número de venta: S.10.XI.1 ISBN 978-92-1-348144-8)

Ecuador

En su Segunda Encuesta Nacional sobre consumo de drogas en Ecuador, se encontró que 347,592 ecuatorianos aproximadamente con edades entre 12 a 49 años habían consumido drogas ilegales alguna vez en la vida.

Entre los consumidores, la prevalencia de vida para el consumo de “baserolo” nombre vulgar con el que se denomina la pasta base, fue del 1.0%

Perú

En el Perú, país sudamericano involucrado en la cadena del narcotráfico, en uno de los estudios más recientes realizado por la organización no gubernamental El Cedro, en una muestra de 6,379 sujetos, de ciudades con más de 200,000 habitantes, cuyo rango de edad fue de 12 a 50 años, la prevalencia en el consumo de pasta básica fue del 3.10%, de los cuales el 0.7% correspondían al sexo femenino y el 5.7% eran varones.

Bolivia

Este país, en un estudio de Alcaraz del Castillo F. y colaboradores, de una muestra tomada de 13,543 estudiantes de colegios públicos y privados en sectores urbanos y rurales, entre los rangos de 12 a 21 años de edad, encontraron prevalencia en el consumo de pasta básica de cocaína del 1.7%, con una prevalencia en mujeres del 0.6% y 2.6% en varones; la edad promedio de inicio en el consumo fue de 14 años.

Venezuela

En estudios epidemiológicos realizados en Venezuela, no dan una idea del consumo de pasta básica de cocaína en ese país. Por otra parte, efectuaron una Encuesta Domiciliaria sobre Salud y Alcohol en la población del Municipio de Baruta, en el Estado de Miranda a 1860 personas, por Simonovis N. y colaboradores en 1991, reportando una prevalencia de 0.5%. Finalmente en otro

estudio realizado por Salazar M. y Ramos G. en 1994, de una muestra de de 2,014 personas entre estudiantes, docente, empleados y obreros de una Universidad, reportaron una prevalencia en el consumo de Basuco del 1.0%.

Argentina

Es un país, del cual se tiene una información muy pobre sobre el consumo de drogas, y de la información que se tiene es que su prevalencia al consumo de pasta base de cocaína es del 0.9%, según reporte de su Secretaria de Programación de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico.

Chile

De este País se tiene información de una tasa de prevalencia al consumo de pasta base de cocaína del 1.9%, y una incidencia del 0.5%, según el Segundo Estudio Nacional sobre el Consumo de Drogas realizado en ese país en 1996.

Brasil

En Brasil el consumo de Crack, ha tenido un impulso importante durante los últimos años. Un informe sobre el consumo de esta sustancia, fue presentado por Bueno R. y Carvalho en 1999. En el estudio se informó de la substitución del consumo de cocaína intravenosa por el uso de Crack, en varias ciudades de este país. En este estudio se hace notar que más del 30% de los usuarios de cocaína inyectada optaron por cambiar por el Crack.

Informes anteriores sobre el consumo de Crack en Brasil, son reportes del Departamento de Investigación sobre el Narcotráfico de Brasil en el año 1996, el número de personas que fueron atendidas por dependencia de alguna sustancia psicoactiva fue de 915. El 10% fueron mujeres y el 84.9% fueron varones. La

droga de elección entre los varones fue el Crack con el 47% entre las mujeres fue del 36.1% del total de las mujeres detectadas.²⁵

Uruguay

El consumo de drogas en Uruguay en términos generales es mayor en el sexo masculino. La excepción la constituye el consumo de tranquilizantes y antidepresivos donde el consumo de los mismos alguna vez en la vida de las mujeres duplica al de los hombres. En la cuarta Encuesta Nacional en Hogares sobre el Consumo de Drogas del 2006 en Uruguay, en la población de 12 a 65 años se levantaron 7000 encuestas, y se observó que la prevalencia del alcoholismo fue del 78.6% seguido del tabaquismo con el 54.8%, marihuana el 12.2%, cocaína 4.0%, pasta base 0.8%, solvente 0.6%, estaxis 0.7%, alucinógenos 1.6%. Finalmente encontramos que casi 13 de cada 100 habitantes han consumido drogas, 3 de cada 10 consumidores son varones, el 57% de los consumidores de los últimos 12 meses presentaron algún signo de dependencia, la edad promedio de inicio fue de 20 años, el 60% de los mismos había consumido solventes inhalables.²⁶

Paraguay

Es el mayor productor de marihuana en Sudamérica, tienen una producción de 5900 toneladas por año que es más de la mitad de toda la producción de marihuana en toda Sudamérica. En los últimos años la producción de la marihuana aumentó dramáticamente, expandiéndose a aéreas rurales en donde aproximadamente 6000 hectáreas se cultivan.

Uruguay continúa siendo un país principalmente de tránsito para la cocaína de Bolivia, Perú y Colombia, de la cual 30 a 40 toneladas son reembarcadas hacia Brasil y otros mercados del Cono Sur, así como Europa, África y el Medio Oriente.

²⁵ Castaño GA. Cocaínas fumables en Latinoamérica. Adicciones. [PDF en línea] 2000 [accesado pendiente]; 12 (4): [541-550 p.] Disponible en: <http://www.adicciones.es/files/castano.pdf>

²⁶ Observatorio Uruguayo de drogas. Cuarta encuesta nacional de hogares sobre el consumo de drogas. [PDF en línea]. Uruguay: Junta Nacional de Drogas; 2006. [accesado pendiente]. Disponible en: http://www.infodrogas.gub.uy/.../Presentacion_4a_Encuesta_Hogares

En la actualidad hay una nueva tendencia que reportan las autoridades de Uruguay y es el tráfico de efedrina Sudamericana y su destino es México y los Estados Unidos para la elaboración de otras drogas.

En el programa de encuestas periódicas a estudiantes de enseñanza media en el año 2002, mostró que los contactos con drogas legales tienen lugar a edades tempranas entre 12 a 14 años y secundariamente sobreviene el uso de las drogas ilegales. En tanto la incidencia de consumo de marihuana, revela que es la droga más usada, seguida de la cocaína, reportando los siguientes porcentajes por droga, marihuana un 3.5% y cocaína el 2.6%.

El consumo de drogas en el mundo, se ha convertido en una pandemia, ya que los países grandes o pequeños, se encuentran involucrados en la cadena de tráfico, distribución, venta y consumo de drogas.

Consumo de drogas en de Europa

El problema de las drogas al igual que las economías del mundo se ha globalizado, y los países de la comunidad europea también se encuentran inmersos en el mundo drogas. En algunos países de Europa occidental el número de individuos que ocasionalmente hacen uso indebido de drogas estimulantes y alucinógenos esta acrecentándose, mientras que los que regularmente hacen uso indebido de la heroína están disminuyendo. El número de toxicómanos empedernidos, parecen haberse estancado. Por otra parte la vía de administración ha cambiado de inyectada a la de fumar que parece ser la vía preferida por los jóvenes.

España

En España El Ministerio de Sanidad y Consumo de Drogas, estimó que el consumo de las drogas ha ido en ascenso, aunque no cuentan con estadísticas muy claras en cuanto a porcentajes. En el consumo de inhalantes encontramos que de 1985 a 1991 se observó que de 18,000 consumidores pasó a la cifra de

21,000 individuos consumidores, teniendo un incremento de un 14.2%, la cocaína de 60,000 a 80,000 individuos consumidores, con un crecimiento del 25%, la heroína de 80,000 a 125,000 consumidores, y presenta un aumento del 36%. El cannabis de 1, 200,000 a 1, 800,000 individuos consumidores, presentando una elevación del 33%.

Otro aprieto por el que atraviesan en España es el poli consumo de drogas, y el más frecuente es el consumo de alcohol asociado a cannabis en un 80% y un 20% consumen además del alcohol, la cannabis y otra droga. Entre los factores que se tienen para el inicio del consumo, tenemos la pérdida de valores familiares, morales, religiosos y humanos.

Italia

En Italia refieren que del 10 al 40% de los jóvenes que frecuentan las discotecas o antros los fines de semana consumen drogas, ocupando el primer lugar la marihuana, en segundo puesto el éxtasis. Los sábados y domingos en Italia los jóvenes se vuelcan a las discotecas en cifras de 3 a 4 millones de jóvenes, y el grupo de edad es de 16 a 25 años. La cantidad de consumidores estaría entre 750,000 y un millón, coincidiendo con lo que se estima de Inglaterra que cuenta con una población de entre 57 y 58 millones de habitantes.

Asía Meridional

En Asía Meridional, las estrictas conductas de fiscalización y represión aplicadas en la India, han detenido el contrabando a gran escala de la Metacualona desde ese país a países Africanos. Aunque hay cooperación entre las autoridades de países como la India y Papista, de todas formas se presenta el uso indebido y el tráfico de jarabes para la tos basados en la codeína y la buprenorfina, desviadas desde canales lícitos, así como el cannabis y la heroína, continúan traficándose en Asía Meridional. En la India, el comercio internacional de sustancias psicotrópicas está controlada; pero en otros países de la misma zona continúan con el

comercio, distribución y consumo de esas drogas o bien no están reglamentadas o los reglamentos no se aplican.

En la India es el único país de Asia meridional en el que está regulada la manufactura, exportación e importación de precursores; su disponibilidad relativamente libre en estos países de la región puede caer en la fabricación ilícita.

Asia Occidental

En Asia Occidental, tenemos el país de Afganistán, que con su guerra civil, disturbios políticos y la falta de estructura administrativa, permiten o facilitan el cultivo ilícito de la adormidera, producción de opio y elaboración de heroína. En la actualidad se les dificultó el continuar con el cultivo, la producción de opio y preparación de heroína, como consecuencia de que la mayoría de países de Asia Occidental se unieron y se solidarizaron con los tratados de fiscalización internacional de drogas, con la determinación de cooperar entre sí en la lucha contra el tráfico ilícito de drogas.

Asia Oriental y Sudoriental

En los países de Asia Oriental y Sudoriental, el cultivo ilícito de la adormidera, la producción de opio, la fabricación de heroína y el tráfico de opiáceos, siguen siendo el principal problema de drogas, particularmente de Myanmar. La inyección de heroína está muy difundida en esta región, particularmente en algunas provincias de China. La fabricación y el tráfico ilícito de anfetaminas, particularmente la Metanfetamina, está aumentado en la región. La prevalencia del uso indebido de metanfetaminas y otros derivados de las anfetaminas parece ser mucho más baja en el Japón y la República de Corea que en la mayoría de los países Europeos.

África

En África, pese a las actividades de erradicación y las incautaciones importantes en algunos países de este continente, la región sigue siendo la principal proveedora de cannabis y resina de cannabis, para los mercados internos y Europa. Más recientemente el cannabis de África ha comenzado a llegar a América del Norte. El uso indebido de drogas está aumentando particularmente en las grandes ciudades de África. El cannabis sigue siendo la principal droga de uso indebido. En cuanto a las sustancias psicotrópicas, se han detectado en varios países. Por último el uso indebido de cocaína y heroína se observó principalmente en la cercanía de los puertos utilizados por los traficantes como punto de trasbordo de drogas para su tráfico.

Oceanía

En los Estados ubicados en Oceanía, como Australia y Nueva Zelanda, está aumentando la cooperación para la fiscalización de drogas. La mayoría de los problemas de drogas en la región se encuentra situados en estas dos naciones. En Australia y Papúa Nueva Guinea, la prevalencia del uso indebido de cannabis es de las más altas del mundo. Finalmente en Australia el uso indebido de anfetaminas se está extendiendo apresuradamente.²⁷

En definitiva, las drogas son un fantasma, que acecha a la población joven de los países del mundo, pobres y ricos; las ven con fobia. Las drogas también se pueden considerar como el caballo de Troya, ya que los narcotraficantes se las ingenian de mil formas para introducir las drogas a los países en donde tienen mercado de consumo.

²⁷Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 1997. New York: Publicaciones de las Naciones Unidas; 1998. (Número de venta: S.98.XI.1 ISBN 92-1-348052)

Planteamiento del Problema

En el presente trabajo, se pretende analizar la relación que puede existir entre la adicción de un miembro de la familia y la disfunción familiar, en los internos del Centro de Recuperación para Problemas de Alcoholismo y Drogas Liberación.

Los cambios macrosociales acelerados en el sureste del país y en el estado, inciden gravemente en la célula básica de nuestra sociedad, la familia, sometiéndola a nuevas tensiones como consecuencia del cambio de los modelos de desarrollos e inclusive valores morales y sociales. Con esto las familias de hoy sufren profundas crisis, colocándolas en riesgo de afectar su funcionalidad.

Como consecuencias de esta transformación social, observamos el incremento de la ausencia de figuras paternas por su adicción al alcohol, tabaco y otras drogas, así como la falta de compromiso moral; provocando violencia intrafamiliar, abuso de menores, frustración y baja autoestima en adolescentes, dando lugar a la incursión de uno de los integrantes de la familia en el consumo de drogas.

Prestando atención a lo mencionado en los párrafos anteriores se formula el siguiente cuestionamiento:

¿Qué relación existe en la adicción de algún miembro de la familia y la disfunción familiar, en los internos del Centro de Recuperación para Problemas de Alcoholismo y Drogas Liberación?

Justificación

El propósito de la investigación es dar a conocer, que uno de los factores que condicionan el hundimiento de un miembro de la familia en el mundo de las drogas, son los hogares disfuncionales.

Los hogares disfuncionales, se caracterizan por violencia intrafamiliar, comunicación con un lenguaje difuso y la posible adicción de alguno de los cónyuges, ocasionando el fracaso de la unión familiar, el rechazo y abandono de los hijos, que por frustración y desajuste emocional son presa fácil de las adicciones.

Con esto se busca que los profesionales de la salud, tengan información confiable, y la certeza de que si en algún tiempo, se enfrentan con una familia disfuncional en crisis, tengan bases para intervenir con confianza, orientando a los jóvenes y a su familia.

En el ámbito de la medicina familiar, este estudio pone en alerta a los médicos familiares, ya que la frecuencia y complejidad de la disfunción familiar constituye un verdadero reto, tanto en la precisión diagnóstica como en la orientación psicodinámica e integradora que exigen los tratamientos de los jóvenes con adicciones.

Objetivos

Objetivo General

Determinar la relación que existe en la adicción de un miembro de la familia y la función de la misma, en los internos del Centro de Recuperación para Problemas de Alcoholismo y Drogas Liberación.

Objetivos Específicos

1. Determinar la función familiar de los internos del Centro de Recuperación para Problemas de Alcoholismo y Drogas Liberación.
2. Conocer la funcionalidad familiar más frecuente en los internos del Centro de Recuperación para Problemas de Alcoholismo y Drogas Liberación.
3. Conocer el grado de escolaridad más frecuente en los internos del Centro de Recuperación para Problemas de Alcoholismo Y Drogas Liberación.
4. Conocer el nivel socioeconómico de los internos del Centro de Recuperación para Problemas de Alcoholismo y Drogas Liberación.
5. Identificar la droga de inicio más frecuente en los internos del Centro de Recuperación para Problemas de Alcoholismo y Drogas Liberación.
6. Establecer la relación que existe entre la función familiar y las drogas Lícitas e ilícitas del Centro de Recuperación para Problemas de Alcoholismo Y Drogas Liberación.

Diseño y Metodología²⁸

Tipo de estudio:

Observacional, descriptivo, transversal y prospectivo.

Población, Lugar y Tiempo:

Los 102 internos del Centro de Recuperación para Problemas de Alcoholismo y Drogas Liberación ubicado en la calle Ignacio Zaragoza Número, en la colonia del Centro, en la Ciudad de Villahermosa, Tabasco, del 1 de enero al 28 de octubre del 2008.

Criterios de Selección

Criterios de inclusión:

- Que sea interno del Centro de Recuperación para Problemas de Alcoholismo y Drogas Liberación
- Que esté de acuerdo en participar en el estudio de investigación con consentimiento informado firmado.

Criterios de exclusión:

- Que padezca alguna enfermedad psiquiátrica
- Retraso mental
- Demencia

²⁸ Hernández SR, Fernández CC, Baptista LP. Metodología de la investigación. 3ª ed. México: McGraw Hill; 2003.

Variables:

Variable Dependiente

1. Disfunción familiar

Variable Independiente

1. Adicciones
2. Escolaridad
3. Situación socioeconómica
4. Drogas lícitas
5. Drogas ilícitas.

Instrumento

Se utilizo el formato de encuesta FACES III, este es un instrumento creado por David H. Olson y colaboradores Porner J. Lavee Y., en la Universidad St. Paúl del Estado de Minnesota de los Estados Unidos de Norte América, en el año de 1985. Cuenta con el respaldo de 25 años de investigación y más de 700 Publicaciones.

Modelo circunflejo de los sistemas familiares y conyugales, que facilita la práctica clínica, la teoría y la investigación con familias. También integra dos dimensiones de la familia como son:

- Cohesión
- Adaptabilidad

La funcionalidad se identifica mediante la capacidad que tienen las familias para moverse dentro del modelo como resultado de factores de estrés normativo y no normativo.

La encuesta es de fácil aplicación y puede ser contestada por adolescentes de 12 años en adelante. El cuestionario cuenta con una escala con cinco opciones con

valores del 1 al 5, lo que permite clasificar a las familias en 16 posibles combinaciones en sus dimensiones de cohesión y adaptabilidad.

La cohesión familia valora lo siguiente:

- La vinculación emocional
- La relación familiar
- La relación matrimonial
- La relación con los hijos
- Límites interiores.(tiempo, espacio y relaciones emocionales)
- Límites externos(amigos, intereses y actividades)

Técnica:

El formato encuesta fue entregado a cada uno de los 102 internos que participaron en el estudio para que fuera llenado en forma individual sin el auxilio de nadie.

Recolección de información:

La información se obtuvo a través de las encuestas realizadas a los internos del Centro de Recuperación para Problemas de Alcoholismo y Drogas Liberación, que participaron en el estudio en forma voluntaria.

Procesamiento de la información:

El procesamiento de la información se realizó a través del programa Excel para el análisis de los datos.

Análisis de datos:

El tratamiento estadístico de los datos recolectados fue realizado desde un enfoque cuantitativo.

El análisis cuantitativo que se realizó, fue con medidas de tendencia central como son la distribución de frecuencias y la moda de las variables en estudio.

Variable	Definición de la variable	Tipo de variable	Medición de la variable
Funcionalidad	Relacionado con la Cohesión Y Adaptabilidad	Cualitativa	Desligado rígido Desligado estructurado Desligado flexible Desligado caótico Separado rígido Separado estructurado Separado flexible Separado caótico Conectado rígido Conectado estructurado Conectado Flexible Conectado caótica Aglutinado rígido Aglutinado estructurado Aglutinado flexible Aglutinado caótico
Escolaridad	Grado alcanzado	Cualitativa	Analfabeta Sabe leer y escribir Primaria Secundaria Bachillerato Técnico Licenciatura
Situación socioeconómica	Atributo del hogar compartido y extensible a todos sus miembros	Cualitativa	Alto Medio alto Medio Medio bajo Bajo Marginada
Droga de inicio	La droga con la cual se inicio en el mundo de las drogas	Cualitativa	Alcohol Tabaco Marihuana Cocaína Piedra Inhalantes
Drogas lícitas	Sustancia que está legalmente disponible mediante prescripción médica o en algunas ocasiones también sin ella, en una determinada jurisdicción.	Cualitativa	Alcohol Tabaco
Drogas ilícitas	Sustancia psicoactiva cuya producción, venta o consumo están prohibidos en determinadas circunstancias en una determinada jurisdicción.	Cualitativa	Marihuana Cocaína Piedra Inhalantes Cristal Anfetaminas Pastillas psicotrópicas

Consideraciones éticas

En toda investigación se debe proteger la libertad y la vida de los pacientes participantes, así como su integridad física, mental y social. Se debe tener un consentimiento informado de los pacientes cuando se combine investigación y prestación de servicios.

En la declaración de Helsinki de 1964, se instituyeron las normas éticas para la investigación. Estas normas han sido analizadas y reformadas en diversas ocasiones y es deber de todo médico dedicado a la investigación, apearse a sus normas, así como a las normas del Consejo de Organizaciones de Salud de 1982.

La Bioética es un segmento de la filosofía que reflexiona en lo referente a lo lícito de los sucesos relacionados con la vida del hombre, en especial lo afín con la práctica y progreso de las ciencias médicas.

Debido a lo anterior podemos afirmar que el presente estudio de investigación es ético, ya que no provoca riesgo alguno para la salud física, mental y social de los participantes, asimismo se obtuvo un consentimiento informado de cada uno de los internos del Centro de Recuperación para Problemas de Alcoholismo y Drogas Liberación para participar en este proceso de investigación.²⁹

²⁹ Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial: Principios éticos para las investigaciones medicas en seres humanos. [PDF en línea]. Seúl, Corea: Asamblea Médica Mundial; 2008 [accesado pendiente]. Disponible en: http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud

La investigación en salud está encaminada a mejorar los conocimientos científicos biológicos y psicológicos de los seres humanos, en relación con las enfermedades y la práctica médica, siendo sus propósitos primordiales, el preventivos, curativos y de control de las enfermedades.

En la investigación, en donde el ser humano sea el sujeto de estudio, deberá prevalecer el respeto a su dignidad y la protección a su bienestar, ajustándose a los principios científicos y éticos, además deberá sobresalir el beneficio sobre los riesgos.

Se deberá contar también con un consentimiento informado, elaborado por escrito, de los sujetos incluidos en la investigación o sus representantes legales.³⁰

³⁰ México. Dirección de servicios de salud subdirección de enseñanza, capacitación e investigación. Norma técnica número 314, para el registro y seguimiento en materia de investigación para la salud. Diario Oficial de la Federación. (Mayo 31 1988).

Resultados:

De la encuesta realizada a los ciento dos internos del Centro de Recuperación para Problemas de Alcoholismo y Drogas Liberación, se obtuvieron resultados valorando las variables de funcionalidad familiar, escolaridad, situación económica, ocupación y droga de impacto; toda vez que son las que se asocian y proporcionan mas información acerca de la relación existente entre la adicción de un miembro de la familia y la disfunción que esta presenta, dichos resultados se presentan a continuación en los cuadros y gráficas:

Cuadro No. 1
Clasificación de Cohesión y Adaptabilidad

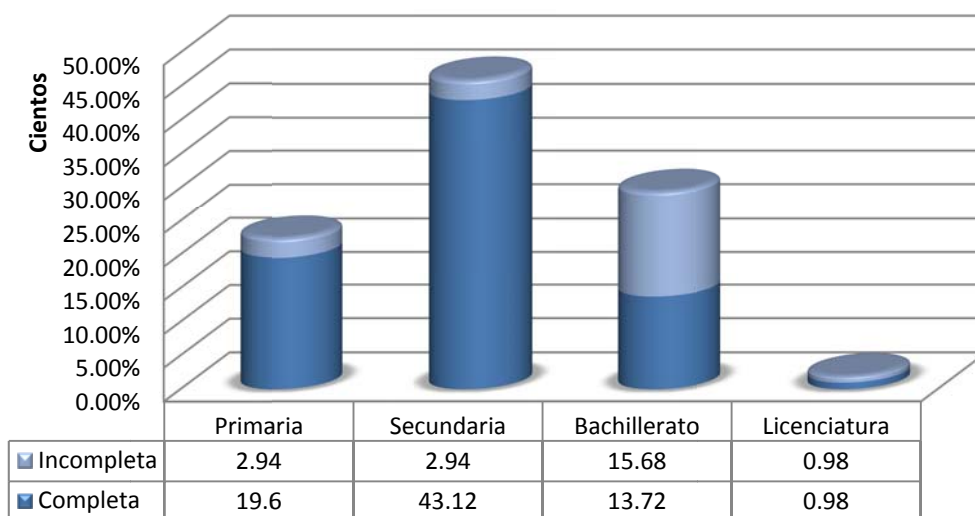
		COHESION			
		BAJO	MODERADO	ALTO	
ADAPTABILIDAD		DESLLIGADA	SEPARADA	CONECTADA	AGLUTINADO
		BAJO ↑ MODERADO ↑ ALTO	CAOTICO	11 (10.78%)	5 (4.90%)
FLEXIBLE	11 (10.78%)		4 (3.93%)	7 (6.86%)	1 (0.98%)
ESTRUCTURADA	13 (12.74%)		6 (5.88%)	3 (2.94%)	2 (1.96%)
RIGIDA	21 (20.58%)		4 (3.93%)	7 (6.86%)	1 (0.98%)

Fuente: Encuesta de Cohesión y Adaptabilidad de los Internos del Centro de Recuperación para Problemas de Alcoholismo y Drogas Liberación.

Cuadro No. 2
Escolaridad de los internos

Grado de escolaridad	Núm. De internos	(Porcentaje %)
Primaria	23	22.54
Secundaria	47	46.07
Bachillerato	30	29.41
Licenciatura	2	1.96
Total	102	100

Grafico No. 1
Escolaridad de los internos

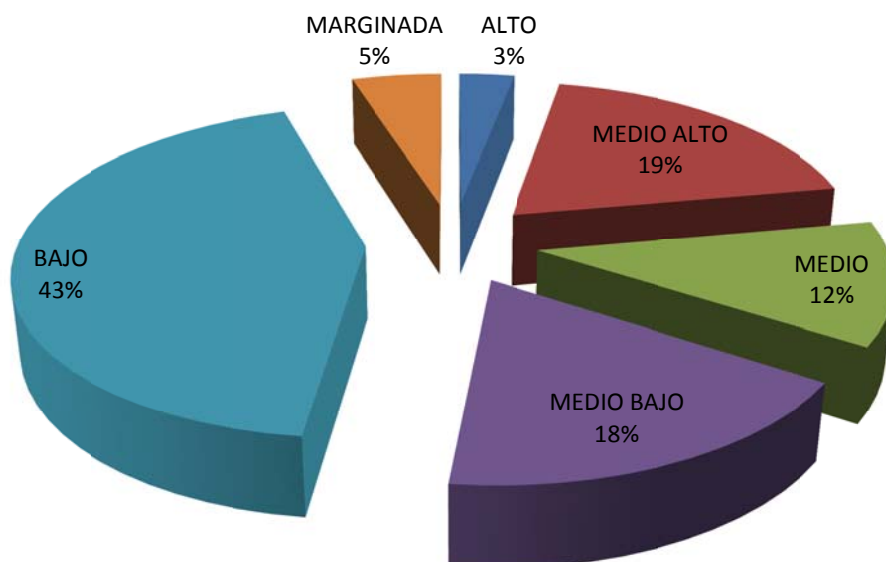


Fuente: Encuesta de Cohesión y Adaptabilidad de los Internos del Centro de Recuperación para Problemas de Alcoholismo y Drogas Liberación

Cuadro No. 3
Situación Socioeconómica

Situación Socioeconómica	Número de Internos	Porcentaje %
Alto	3	3
Medio Alto	20	19.1
Medio	12	12
Medio Bajo	18	17.7
Bajo	44	43.2
Marginado	5	4.9
Total	102	100%

Gráfico No. 2
Situación socioeconómica

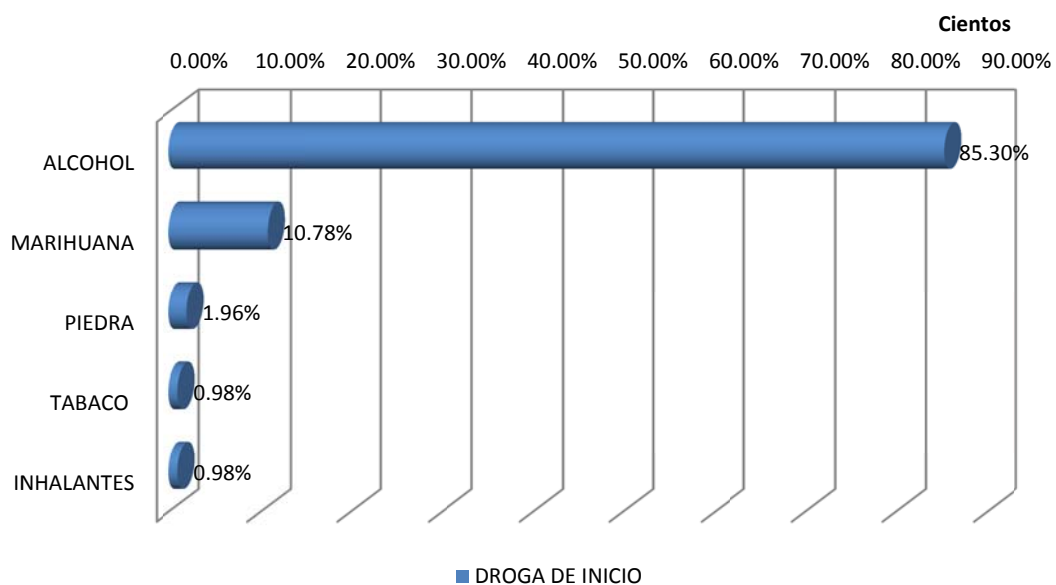


Fuente: Encuesta de Cohesión y Adaptabilidad de los Internos del Centro de Recuperación para Problemas de Alcoholismo y Drogas Liberación.

Cuadro No. 4
Droga de Inicio en los internos

Droga de inicio	Núm. De Internos	Porcentaje %
Alcohol	87	85.30
Marihuana	11	10.78
Piedra	2	1.96
Tabaco	1	0.98
Inhalantes	1	0.98
Total	102	100%

Grafico No. 3
Droga de inicio en los internos

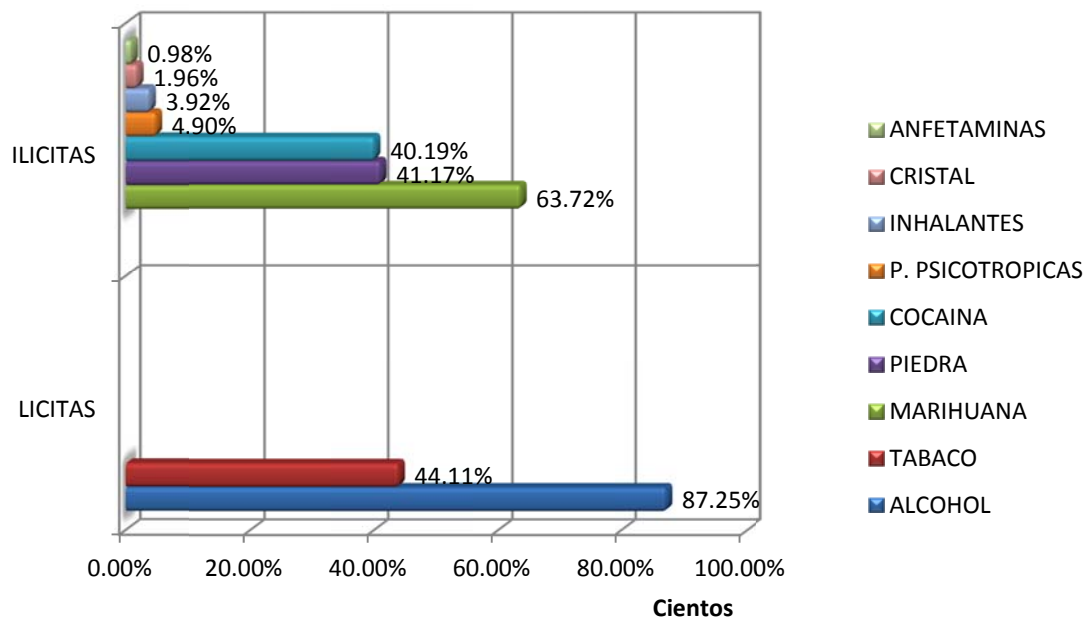


Fuente: Encuesta de Cohesión y Adaptabilidad de los Internos del Centro para Problemas de Alcoholismo y Drogas Liberación.

Cuadro No. 5
Drogas lícitas e ilícitas

Drogas Lícitas		
Droga	No. de Internos	Porcentajes %
Alcohol	89	87.25
Tabaco	45	44.11
Droga Ilícitas		
Drogas	No. de Internos	Porcentajes %
Anfetaminas	1	0.98
Cristal	2	1.96
Inhalantes	4	3.92
P. Psicotrópicas	5	4.90
Cocaína	41	40.19
Piedra	42	41.17
Marihuana	65	63.72

Grafico No. 4
Consumo de drogas lícitas e ilícitas



Fuente: Encuesta de Cohesión y Adaptabilidad de los Internos del Centro de Recuperación para Problemas de Alcoholismo y Drogas Liberación.

Cuadro No. 6
Condición de funcionalidad familiar de los internos con alguna adicción

CONDICIÓN FAMILIAR DROGAS	FAMILIAS DISFUNCIONALES		FAMILIAS FUNCIONALES		TOTAL DE FAMILIAS
DROGAS ILICITAS	61	59.80%	15	14.70%	76 74.50%
DROGAS LICITAS	21	20.58%	5	4.90%	26 25.49%
TOTAL	82	80.39%	20	19.60%	102 100%

Fuente: Encuesta de Cohesión y Adaptabilidad de los Internos del Centro de Recuperación para Problemas de Alcoholismo y Drogas Liberación.

Resultados:

De acuerdo a la información obtenida de las encuestas realizadas a los 102 internos del Centro de Recuperación para Problemas de Alcoholismo y Drogas Liberación, se analizaron los resultados de cuadros de frecuencia y sus graficas en donde se observo lo siguiente:

En el cuadro número uno se analizó la cohesión y la adaptabilidad (armonía, afectividad, rol y permeabilidad) de las familias que cuentan con un integrante adicto a las drogas, encontrando que ochenta y dos familias se ubicaron, en los extremos de sistemas familiares desbalanceados, es decir que solo 20 de los 102 internos provienen de familias funcionales; haciendo notar que el más frecuentemente fue el tipo de familia Rígido desligado.

Con respecto al grado de escolaridad de los internos, en el cuadro No. 2 y gráfica No. 1, se estimó que la secundaria ocupó el primer lugar en frecuencia con el 43.13%, (chechar con cuadro)y se observa como dato relevante que únicamente 2 internos cuentan con educación superior.

En cuanto al nivel socioeconómico, en el cuadro No. 3 y gráfica No. 2, se observó que el nivel bajo fue el más frecuente, con el 43%. Y de acuerdo al porcentaje obtenido, este es equivalente al porcentaje de población que cuenta únicamente con el grado de secundaria.

Todos los usuarios de drogas, tiene una droga con la cual se iniciaron y a esta se le denomina droga de inicio, ahora bien en el cuadro No. 4 y gráfica No. 3, destaca el alcohol como la droga de inicio más frecuente con un porcentaje alto de 85.30%.

En el cuadro número cinco, en su análisis se observa que el abuso y consumo de las drogas ilícitas abarca un número mayor de internos que las drogas lícitas y dentro este mismo ámbito las familias disfuncionales superan en número a las funcionales con 61 familias; ahora bien, hay que recalcar que tanto el abuso de

drogas lícitas como ilícitas tienen como secuela la disfuncionalidad familiar, ya que la suma de las familias disfuncionales de ambos consumos proyecta el 80.39%.

Con respecto a la funcionalidad de las familias, haciendo una comparación de los cuadro 1 y 5 se corrobora el porcentaje de familias funcionales y disfuncionales.

Discusión

En el estudio efectuado por Mijalkovic et al. en 1994, en el cual comparó familias de drogodependientes versus familias sin un miembro drogodependiente, encontró que las primeras tenían un mayor número de eventos estresantes, los cuales estuvieron negativamente asociados a la cohesión y adaptabilidad de las familias; esto se cumple en los resultados obtenidos en este estudio, cuando en la población estudiada, la cual se encuentra constituida en su totalidad por miembros drogodependientes, se observaron niveles de cohesión y adaptabilidad bajos.³¹

Así mismo, Friedman et al. (1987) en un estudio realizado en adolescentes con abuso y consumo de drogas, muestra que hay suficiente evidencia empírica para sostener que las familias de adolescentes drogodependientes tienen bajos niveles de adaptabilidad (lo cual las convierte en rígidas), de igual manera mostraron niveles bajos de cohesión, encontrándose desligados en su mayoría.³² En nuestro estudio encontramos similitudes en lo abordado por Friedman, ya que un porcentaje alto de la población de este estudio presento cohesión y adaptabilidad baja (Desligado/Rígido) por esto concluimos que las familias de nuestro estudio se encuentran disfuncionales ya que la vinculación emocional se encuentra deteriorada.

En el estudio de Mata A. et. Al en 1985 del Perfil de un farmacodependiente: un estudio descriptivo se encontró que el problema del consumo de drogas suele presentarse en mayor proporción en sujetos entre los 14 y los 17 años de sexo masculino, de bajo nivel educativo (menor de secundaria), que no asisten a la escuela y no trabajan, o mantienen una actividad cotidiana definida, además provienen de familias desintegradas de escasos recursos económicos en la que los padres poseen un nivel bajo de escolaridad y de ocupación; confirmando los

³¹ Schmidt V. Recursos para el afrontamiento de eventos vitales estresantes en Familias de Drogodependientes. RIDEP [en línea] 2001 [accesado pendiente]; 11(1): [29 p.] Disponible en: http://www.aidep.org/03_ridep/R11/R114.pdf

³² Friedman AS, Utada A, Morrissey MR. Families of adolescent drug abusers are "rigid": are these families either "disengaged" or "enmeshed," or both? Fam Process. [en línea] 1987 Mar [accesado pendiente]; 26(1): [131-48 p.]

resultados encontrado en nuestro estudio, donde se encuentra que el bajo nivel educativo y el nivel socioeconómico bajo son factores que influyen y predisponen a la farmacodependencia.³³

Ahora bien, en el estudio realizado por el SISVEA en el año 2002, se observó que los Centros de Integración Juvenil informaron de la atención de 18,070 pacientes, de los cuales se desprendieron los siguientes datos: con respecto a la droga de inicio la mayoría comenzaron el consumo con el alcohol (62.3%) y con la marihuana el 27.6%; comparando estos resultados con los del presente estudio, encontramos semejanzas, ya que en ambas poblaciones en estudio el alcohol ocupa el primer lugar con porcentajes elevados.

Por otra parte, en el estudio del SISVEA la escolaridad de los pacientes fue de primaria en un 84.2%, y más de la mitad, el 53.6%, poseían un nivel socioeconómico medio bajo, estos resultados distan de los obtenidos en nuestro estudio ya que la escolaridad en el presente estudio el nivel secundaria fue el más sobresaliente y nivel socioeconómico predominante es el nivel bajo.²³ Cabe señalar que el universo de ambos estudios es diferente, por lo que los resultados varían.

Por otro lado, comparando los resultados de nuestro estudio con encuestas de otros países latinoamericanos como Argentina y Colombia encontramos en la Encuesta Nacional de Argentina realizada en estudiantes de enseñanza media del año 2007, los consumos de sustancias legales son los que presentan mayores prevalencias de consumo, en primer lugar el de alcohol (65.7%), y en segundo lugar, con tasas mucho menores, el de tabaco (30.1%). Dentro de las drogas ilícitas, la marihuana es la que ha sido consumida en mayor proporción (7.6%).³⁴

³³ Mata A, Echeverría L, Quiroga H, Ayala H, (1985) "Perfil de un farmacodependiente un estudio descriptivo", Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación Psicológica en México, Vol. XI, No. 1 y 2, Diciembre, pp. 73-93.

³⁴ Argentina. Observatorio Argentino de Drogas. Tercera Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media 2007. Informe Regional de Resultados. Argentina: OAD; 2009 May.

En Colombia el estudio nacional del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes infractores del año 2009, muestran mayor prevalencia en el consumo de alcohol con el 87.8% seguido de la marihuana con el 77.4% (no incluyeron en su estudio el tabaco).³⁵ Comparado con los resultados de nuestro estudio encontramos semejanzas en los resultados observados teniendo el alcohol el primer lugar de consumo, seguido del tabaco y la marihuana, mostrando así que la adicción a drogas lícitas es más común que las ilícitas en los países latinoamericanos.

³⁵ Colombia. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y la Dirección Nacional de Estupefacientes (DNE). Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en conflicto con la ley en Colombia. Bogota, Colombia: ALVI IMPRESORES LTDA; 2010 Nov (ISBN 978-958-98840-9-6)

Conclusiones

En la población estudiada, se demostró que la adicción en un miembro de la familia, está relacionada con bajos niveles de cohesión y adaptabilidad lo cual se manifiesta como disfunción familiar.

En cuanto al grado de escolaridad se observa, que la drogadicción aunque es más frecuente su presencia en los niveles básicos, apoyados en los resultados de escolaridad de nuestro estudio se observa que en los niveles medio superior y superior no se encuentran libres de población farmacodependiente.

Con respecto al nivel socioeconómico, se concluye que la mayoría de las familias estuvieron ubicadas en los niveles socioeconómico medio alto y bajo.

El uso de drogas en general llevan a una marcada disfunción familiar, pero dentro de estas, las drogas ilícitas ocasionan un mayor deterioro de la función familiar. No obstante, por las facilidades de adquisición las drogas lícitas en la gran mayoría de la población se encuentran como la droga de inicio más habitual.

Recomendaciones

Dado que la disfunción familiar, es un factor de vulnerabilidad de los adolescentes para hundirse en el seno de las drogas, sería trascendental que en la educación básica, se instituyan en los programas académicos actividades de civildad, con la intención de estimular valores culturales y familiares.

Promover la cultura de conservación de la salud y de un manejo adecuado del tiempo libre y del mismo modo el bienestar social, abriendo centros culturales y de recreación, en donde se estimulen la práctica deportiva y cultural, asimismo eventos en donde se ponga a prueba su capacidad intelectual.

Establecer un departamento de psicología y salud en donde se detecten conductas de agresividad y/o depresión que pudieran estar relacionadas con crisis familiar que pongan en riesgo a los alumnos, asimismo proporcionar asesoría a los alumnos y sus familias, para evitar la incursión de estos en las adicciones. Así mismo, deberá hacer campañas cíclicas de concientización acerca de las adicciones y los efectos dañinos que estas producen, para el alumnado y sus familias.

Mejorar la vigilancia policiaca, en los centros de educación básica, media y superior, centros de recreación y la vía pública.

Todas las recomendaciones, son con el propósito de mantener alejada a nuestra juventud, del espectro de las drogas y sus consecuencias como son la violencia y la delincuencia.

Referencia bibliográfica

- 1 Amador Buenabad NG, Cavero Alvarado MI. El consumo de cocaína en los adolescentes y su relación con el medio ambiente familiar, el grupo de pares y la autoestima. [tesis de Licenciatura]. México: Universidad Autónoma, Facultad de Psicología; 2004.
- 2 Hernández Zelaya MA, Rodríguez Colindres AJ, Paz Gómez DJ. Conocimiento que tienen los y las adolescentes en relación a las drogas, Barrio Hermano Zamora, Ocotlán, Nueva Segovia. Julio 2004. [Tesis de Licenciatura]. Ocotlán, NS: Universidad Politécnica de Nicaragua, Facultad de Enfermería técnica superior; 2004.
- 3 Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, Para la Prevención Tratamiento y Control de las Adicciones. [PDF en línea]. México: Comisión Nacional contra las Adicciones; 2009. [accesado 17 Octubre 2007]. Disponible en:
<http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/nom028.pdf>
- 4 Tapia Conyer R. El consumo de drogas en México: Diagnóstico, tendencias y acciones. [en línea]. México: Secretaría de salud; 2007 [accesado 14 Enero 2008] Disponible en:
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/CDM.htm#pres>
- 5 Hidalgo Vicario MI, Redondo Romero AM. Consumo de drogas en la adolescencia. [PDF en línea]. España: Sociedad Española de Pediatría Extra hospitalaria y Atención Primaria; 2009. [accesado 08 Abril 2011]. Disponible en:
[http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/.../Drogas_adolescencia\(2\).pdf](http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/.../Drogas_adolescencia(2).pdf)
- 6 Tierney LM, McPhee SJ, Papadakis MA. Diagnóstico clínico y tratamiento. 34ª ed. México: Manual Moderno; 1999. p. 1012-1013.
- 7 Belsasso G. ¿Cómo Identificar las Drogas y sus Usuarios? 1ª ed. México: CEMEF; 1976. p. 9-10.
- 8 Martínez y Martínez R. La salud del niño y adolescente. 5ª ed. México: Manual Moderno; 2005. p. 444-445.

- 9 Morris CG, Mistó AA. Psicología. 10ª ed. México: Prentice Hall; 2001. p. 416-417.
- 10 Méndez FJ. Drogadicción y prevención familiar: una política para Europa. Adicciones [en línea] 1999 [accesado 31 Mayo 2011]; 11(3): [193 – 200 p.] Disponible en:
http://www.irefrea.org/.../PDF/Mendes_1999_Drog_Prev%20Familiar.pdf
- 11 Gabbard GO. Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica. 3ª ed. Argentina: Panamericana; 2002. p. 361-362.
- 12 Colado MI, Alguacil LF. Drogas de abuso. En: Lorenzo P, Moreno A, Leza JC, Lizasoni I, Moro MA, editores. Farmacología básica y clínica. 17ª ed. España: Panamericana; 2005. p. 344.
- 13 Sequeira de Arévalo AL. La droga y su incidencia en la conducta social. [tesis de Maestría] Paraguay: Consejo de Defensa Nacional, Instituto de Altos Estudios Estratégicos; 2009.
- 14 Estrada Valdez A. Situación educativa que enfrentan los profesores de establecimientos del ciclo de educación básica con estudiantes que consumen drogas. [tesis de Licenciatura]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Humanidades, Departamento de Pedagogía; 2002.
- 15 Boj Cotí Julio Roberto. Función renal en adictos a la inhalación de solventes industriales: estudio realizado en 30 individuos entre 10 – 17 años, internos en los centros de rehabilitación de Casa Alianza, en los meses de abril – mayo 1999. [tesis de Licenciatura]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 1999.
- 16 Vacarino F, Ratzinger S. Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Ginebra: OMS; 2004. (ISBN 92 4 359124 X)
- 17 Pascual Simón JR, Fernández Rodríguez BL. Consideraciones generales sobre drogas de abuso. Medisan [en línea] 2002 [accesado 06 Julio 2011]; 6(4): [58-71 p.] Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol7_4_02/san10402.htm

- 18 Navalón Mendoza LT. Delincuencia internacional: narcotráfico y terrorismo. [trabajo de fin de curso]. España: Universidad Nacional de Educación a Distancia; 2007.
- 19 Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2010. New York: Naciones Unidas; 2011. (Número de venta: S.11.XI.7 ISBN 978-92-1-348154-7)
- 20 López Blanch H. El negocio de las drogas en Estados Unidos. [en línea] Cuba: Cubadebate; 2010. [accesado 23 Julio 2011]. Disponible en: <http://www.cubadebate.cu/opinion/2010/03/31/negocio-droga-estados-unidos/>
- 21 Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2011. New York: Naciones Unidas; 2012. (ISSN 0257-3733).
- 22 Hirose H, Yoshiko B. Ciencias de la Salud. 4ª ed. Mexico: McGraw Hill; 2002. p. 455-456.
- 23 Tapia Conyer R. Informe del Sistema de Vigilancia Epidemiológica para las Adicciones. México: Secretaria de Salud; 2002.
- 24 Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2009. New York: Naciones Unidas; 2010. (Número de venta: S.10.XI.1 ISBN 978-92-1-348144-8)
- 25 Castaño GA. Cocaínas fumables en Latinoamérica. Adicciones. [PDF en línea] 2000 [accesado 28 Octubre 2009]; 12 (4): [541-550 p.] Disponible en: <http://www.adicciones.es/files/castano.pdf>
- 26 Observatorio Uruguayo de drogas. Cuarta encuesta nacional de hogares sobre el consumo de drogas. [PDF en línea]. Uruguay: Junta Nacional de Drogas; 2006. [accesado 11 Enero 2010]. Disponible en: http://www.infodrogas.gub.uy/.../Presentacion_4a_Encuesta_Hogares
- 27 Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 1997.

- New York: Publicaciones de las Naciones Unidas; 1998. (Número de venta: S.98.XI.1 ISBN 92-1-348052)
- 28 Hernández SR, Fernández CC, Baptista LP. Metodología de la investigación. 3ª ed. México: McGraw Hill; 2003.
- 29 Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial: Principios éticos para las investigaciones medicas en seres humanos. [PDF en línea]. Seúl, Corea: Asamblea Médica Mundial; 2008 [accesado 29 Julio 2011]. Disponible en:
http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf
- 30 México. Dirección de servicios de salud subdirección de enseñanza, capacitación e investigación. [Norma técnica número 314, para el registro y seguimiento en materia de investigación para la salud.](#) Diario Oficial de la Federación. (Mayo 31 1988).
- 31 Schmidt V. Recursos para el afrontamiento de eventos vitales estresantes en Familias de Drogodependientes. RIDEP [en línea] 2001 [accesado 09 Abril 2011]; 11(1): [29 p.] Disponible en:
http://www.aidep.org/03_ridep/R11/R114.pdf
- 32 Friedman AS, Utada A, Morrissey MR. Families of adolescent drug abusers are "rigid": are these families either "disengaged" or "enmeshed," or both? Fam Process. [En línea] 1987 Mar [accesado 09 Abril 2011]; 26(1): [131-48 p.] Disponible en:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.15455300.1987.00131.x/full>
- 34 Mata A, Echeverria L, Quiroga H, Ayala H, (1985)“Perfil de un farmacodependiente un estudio descriptivo”, Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación Psicológica en México, Vol. XI, No. 1 y 2, Diciembre, pp. 73-93.
- 35 Argentina. Observatorio Argentino de Drogas. Tercera Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media 2007. Informe Regional de Resultados. Argentina: OAD; 2009 Mayo.

36 Colombia. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y la Dirección Nacional de Estupefacientes (DNE). Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en conflicto con la ley en Colombia. Bogotá, Colombia: ALVI IMPRESORES LTDA; 2010 Nov (ISBN 978-958-98840-9-6)

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

Título del protocolo: _____

Investigador principal: _____

Sede donde se realizará el estudio: _____

Nombre del paciente: _____

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

(Enunciar brevemente cada uno de los apartados en un lenguaje no médico, accesible a todas las personas).

1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO. (Dar razones de carácter médico y social).

2. OBJETIVO DEL ESTUDIO

A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivos

(La información deberá estar acotada en un lenguaje que sea claro para una persona sin conocimientos médicos, deberá detallar los objetivos y los resultados esperados)

3. BENEFICIOS DEL ESTUDIO

(Explicar brevemente los beneficios esperados. Si existen estudios anteriores o alternativos, aunque sean de otros investigadores, se puede hacer referencia a ellos en este capítulo con la intención de ampliar la información).

En estudios realizados anteriormente por otros investigadores se ha observado que

Con este estudio conocerá de manera clara si usted

Este estudio permitirá que en un futuro otros pacientes puedan beneficiarse del conocimiento obtenido

4. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizarán algunas preguntas sobre usted, sus hábitos y sus antecedentes médicos, y

(Aquí se deberá detallar el o los procedimientos a seguir, anotando aquellos que pueden causar molestias, o que se acompañen de un riesgo igual o superior al mínimo, o bien que tienen efectos adversos en un determinado plazo. Al igual que en el apartado anterior, en un lenguaje claro para una persona sin conocimientos médicos).

5. RIESGOS ASOCIADOS CON EL ESTUDIO

(Sólo si existen. En caso de haberlos, anotar solamente los predecibles, haciendo la aclaración de que también pudiera haber riesgos impredecibles que escapan al conocimiento del investigador)

Este estudio consta de las siguientes fases:

La primera implica

Posterior a (la toma de sangre, la maniobra X, el procedimiento etc.) se puede presentar (dolor o se puede llegar a formar una equimosis o morete etc.). Explicar con qué frecuencia se pueden presentar estos riesgos.

La segunda parte del estudio se le aplicará _____ o consistirá de _____ etc.

(Hablar de los efectos adversos si se utiliza algún medicamento, si se aplica una vacuna o se realiza una maniobra, su frecuencia y su duración).

Puede haber efectos secundarios por _____ que nosotros desconozcamos.

(Agregar si hay reportes de muertes por estudios similares).

En caso de que usted desarrolle algún efecto adverso secundario o requiera otro tipo de atención, ésta se le brindará en los términos que siempre se le ha ofrecido.

6. ACLARACIONES

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, -aun cuando el investigador responsable no se lo solicite-, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación.
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.
- La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.
- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

7. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Firma del participante o del padre o tutor

Fecha

Testigo 1

Fecha

Testigo 2

Fecha

Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):

He explicado al Sr(a). _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella. Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del investigador

Fecha

8. CARTA DE REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Título del protocolo:

Investigador principal:

Sede donde se realizará el estudio:

Nombre del participante:

Por este conducto deseo informar mi decisión de retirarme de este protocolo de investigación por las siguientes razones: (Este apartado es opcional y puede dejarse en blanco si así lo desea el paciente)

Si el paciente así lo desea, podrá solicitar que le sea entregada toda la información que se haya recabado sobre él, con motivo de su participación en el presente estudio.

Firma del participante o del padre o tutor

Fecha

Testigo 1

Fecha

Testigo 2

Fecha

c.c.p. El paciente.

(Se deberá elaborar por duplicado quedando una copia en poder del paciente)

Formato de encuesta Face III

Nombre	Edad	Sexo	Ocupación	Estado civil	Escolaridad	Droga de impacto	Frecuencia
Descripción de la familia	Nunca 1	Casi nunca 2	Algunas veces 3	Casi Siempre 4	Siempre 5	Cohesión	Adaptabilidad
1.Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí							
2.En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas							
3.Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia							
4.Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina							
5.Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercano							
6.Cualquier miembro de la familia pueden tomar la autoridad							
7.Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia							
8.Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas							
9.Nos gusta pasar							

el tiempo libre en familia							
10.Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos							
11.Nos sentimos muy unidos							
12.En nuestra familia los hijos toman las decisiones							
13.Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente							
14.En nuestra familia las reglas cambian							
15.Con facilidad podemos planear actividades en familia							
16.Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros							
17.Consultamos unos con otros para tomar decisiones							
18.En nuestra familia es difícil identificar quién tiene la autoridad							
19.-La unión familiar es muy importante							
20.-Esdifícil decir quien hace las labores del hogar							
Total							

CALIFICACION DEL FACES III

COHESION		
8	50	AGLUTINADO
	48	
7	47	
	46	
6	45	CONECTADO
	43	
5	42	
	41	
4	40	SEPARADO
	38	
3	37	
	35	
2	34	DESLIGADO
	25	
1	24	
	10	

ADAPTABILIDAD		
8	50	CAHOTICO
	41	
7	40	
	30	
6	29	FLEXIBLE
	27	
5	26	
	25	
4	24	ESTRUCTURADO
	23	
3	22	
	20	
2	19	RIGIDO
	15	
1	14	
	10	

