

59
29-



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
I Z T A C A L A

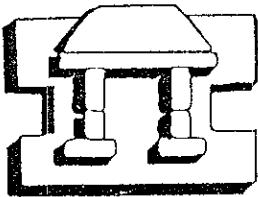
EL PERFIL PSICOLOGICO DEL ADICTO
CONSUMIDOR DE MARIHUANA'

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
MARICELA CRUZ RIVERA

h

ASESOR: JOSE DE JESUS VARGAS FLORES



I Z T A C A L A

OCTUBRE 1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2680/11



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
IZTACALA**

Nombre: Cruz Rivera Maricela

Número de Cuenta: 8413633-6

Generación:87 – 90

Nombre del Asesor: José de Jesús Vargas Flores

Título del Trabajo: El Perfil Psicológico del Adicto Consumidor de
Marihuana

Opción de Titulación: Tesis Empírica

DEDICATORIAS

A MI MADRE:

Te doy infinitas gracias por apoyarme en todos los momentos de mi vida, por esa formación per severante y entusiasta que de ti aprendí, determinante para la superación de metas como ésta.

A MI PADRE:

*Por todo el apoyo brindado a lo largo de mi formación personal y profesional.
Gracias.*

A ABRAHAM:

*Mi pequeño hijo, como una muestra de que es posible lograr las metas que uno se propone.
Y porque tenerte a mi lado en este momento de mi vida a sido una motivación para seguir adelante.*

A TOÑO:

*Esposo, compañero y amigo, por que eres parte fundamental de este logro
TE AMO.*

A MARIBEL, TERE, ARACELI, VIRIDIANA, MARISOL Y ROCIO:

*Mis doradas hermanas, compañeras y amigas, porque juntas hemos logrado superar obstáculos y disfrutar cosas como ésta.
Gracias por su comprensión y apoyo.*

A MIS SOBRINOS:

Lupita y Armandito, porque son parte importante de mi vida

A MIS SUEGROS, JUAN Y ALICIA:
Por apoyar y respetar mis decisiones.

A LOS PECOSOS:
Por ser como son, nunca cambien.

A TODOS MIS FAMILIARES:
Por su comprensión y atenciones hacia conmigo.

A MIS AMIGOS: ROBERTO (q.p.d), MANUELA Y JUAN CARLOS
Por todas las experiencias que a lo largo de nuestra convivencia hemos pasado y porque siempre recordemos que quien en vida deja una huella imborrable, nunca muere.

AGRADECIMIENTOS

SEÑOR:

*Una vez más comparto contigo
otro éxito logrado en mi vida
Gracias por estar siempre conmigo.*

A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS DE TRABAJO:

*Lic. Juan José Maldonado Sánchez
Dr. Roberto Camargo Hernández
Lic. Alberto Andriano Velasco
Mtro. Eugenio Ferreira Rodríguez
Dr. Rubén de Jesús Peña
Sra. Mónica Vargas Cuadra
Lic. Mónica Durán Romero
Sr. Javier Juárez Viveros*

*Por todo el apoyo brindado para la realización y conclusión de este trabajo y sobre todo
por su sincera amistad.*

FAMILIA GONZALEZ MEJIA:

Gracias por las facilidades brindadas.

MTRO. JOSE DE JESUS VARGAS FLORES:

*Por ser una excelente persona, profesor y guía
para el desarrollo de esta Tesis*

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
CAPITULO UNO	
1.1. ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA FARMACODEPENDENCIA.	8
1.1.1. OPIO	
1.1.2 COCAINA	
1.1.3 MARIHUANA	
1.1.4 OLOLIUQUI	
1.1.5 BARBITURICOS	
1.1.6 HONGOS	
1.1.7 ANFETAMINAS	
1.1.8. INHALABLES	
1.1.9 OTRAS DROGAS.	
1.2 PROBLEMATICA ACTUAL DE LA FARMACODEPENDENCIA	26
CAPITULO DOS	
2.1 CONCEPTOS GENERALES	41
2.2 CLASIFICACION DE DROGAS	
2.2.2 ESTIMULANTES	
2.2.3. DEPRESORES	

2.3. NIVELES DE ADICCION.	48
2.3.1. CONSUMO INICIAL O EXPERIMENTAL	
2.3.2. CONSUMO OCASIONAL U SOCIAL	
2.3.3. CONSUMO HABITUAL	
2.3.4. CONSUMO DISFUNCIONAL	

CAPITULO TRES

3.1. PROBLEMAS ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS	53
3.1.1. ASPECTOS GENERALES	
3.1.2. PROBLEMAS ASOCIADOS DE ACUERDO AL TIPO DE DROGA	
3.1.3. ALGUNAS INVESTIGACIONES SOBRE PROBLEMAS ASOCIADOS AL CONSUMO	

CAPITULO CUATRO

4.1. FARMACODEPENDENCIA Y PROBLEMAS PSICOLOGICOS ASOCIADOS	69
4.1.1. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	
4.1.2. FARMACODEPENDENCIA Y PERSONALIDAD	
4.1.3. ESTUDIOS RELACIONADOS CON FARMACODEPENDENCIA Y PERSONALIDAD	

CAPITULO CINCO

METODOLOGIA	95
-------------	----

CAPITULO SEIS

RESULTADOS 98

CAPITULO SIETE

DISCUSION 122

CAPITULO OCHO

CONCLUSION 133

BIBLIOGRAFIA 137

ANEXOS 146

RESUMEN

Durante hace más de una década existen en México programas de prevención, tratamiento e investigación en el campo del uso y abuso de drogas, y un porcentaje importante está dirigido al sector joven de la población, porque en ella es en donde actualmente se está presentando el problema con mayor frecuencia. Los estudios epidemiológicos que antes se realizaban y algunos que actualmente se realizan permiten conocer algunos aspectos importantes sobre índices de prevalencia, edad de inicio en el consumo de drogas, las más utilizadas, etc., datos que muestran meramente datos cuantitativos, importantes para el área preventiva.

Sin embargo, tales estudios, por su carácter descriptivo han podido enterarnos de la magnitud del problema, más no de factores explicativos o de las consecuencias asociadas al consumo de drogas, y más aún, de las características específicas de la personalidad del farmacodependiente.

Por lo cual, la presente investigación tuvo como objetivo conocer el perfil psicológico del adicto consumidor habitual de marihuana hasta con cinco años de adicción; en una muestra de 100 sujetos liberados por el Agente del Ministerio Público de la Federación de la Procuraduría General de la República por Delitos Contra la Salud. Mediante la aplicación de tres pruebas psicométricas, que fueron: el 16 F P para la evaluación de la personalidad, el Instrumento no verbal de inteligencia (Beta II R) y el Kuder Vocacional para la evaluación de aptitudes.

Los resultados encontrados describen a sujetos con una indefinición de intereses, un nivel de inteligencia promedio, así como baja tolerancia a la frustración, inhabilidad para generar alternativas de solución a sus problemas, entre otras; lo cual se pudo observar en su baja calificación en el Factor C, lo que repercute en sus áreas de interacción, como son el ámbito familiar, laboral, escolar, social; así como en el consumo de marihuana.

Esto puede deberse a la educación informal que desde pequeños recibieron por parte de las personas encargadas de sus cuidados, no brindándoles el cariño, protección y orientación, indispensables para la formación de una personalidad independiente.

INTRODUCCION

El deseo de alterar la conciencia es un impulso innato, natural, no aprendido, similar al hambre o deseo sexual; no nos referimos a la alteración de la conciencia mediante el uso de agentes tóxicos, las drogas son un medio entre muchos que existen para satisfacer tal impulso (Ortíz, 1992).

Se observa por ejemplo en edades tempranas en los juegos de los niños, al dar vueltas para sentirse mareados, al respirar rápidamente e hiperventilarse hasta casi llegar al desmayo, a elevarse en los columpios lo más alto posible para sentir esa cosquilleante sensación de vacío en el estómago, así como muchas otras conductas que quizá nosotros mismos recordemos. Si los padres o quienes están a cargo de sus cuidados orientan y fortalecen las emociones de los menores aprenderán maneras no perjudiciales de sentirse bien; y si por el contrario se encuentran a su lado personas física y emocionalmente distantes estarán más propensos al uso de drogas o a desarrollar diversos problemas psicológicos como neurosis o depresión.

Por otro lado, posiblemente las primeras experiencias con las drogas debieron realizarse de manera azarosa, y seguramente el ser humano logró establecer la relación planta-trance y efectos psíquicos presentándose una categoría de valores, mitos y tabúes, limitando su uso al chaman, sacerdote o brujo, siendo un elemento importante en la práctica de mitos y ceremonias de carácter místico, religioso y curativo, todo el centro social predominante de las culturas indígenas giraba sobre ese eje. Durante la cultura Azteca se hacía uso de la marihuana durante los ritos ofrecidos a algunos dioses y exclusivamente por los sacerdotes (Maccera, Pinto y Sulkes, 1982).

Siempre han estado presentes, lo preocupante es que no se usaban en la misma proporción ni con la misma finalidad que en la actualidad y por consiguiente no se tenían las mismas consecuencias que actualmente existen.

A partir de la transición sufrida por cuestiones médico-científico-industrial comenzaron a proliferar, además de las plantas con efectos psicotrópicos, la aparición de drogas sintéticas. Así pues, sin lugar a duda, los adelantos y logros científicos son los fenómenos de mayor relevancia hasta nuestros días debido a que influyen de la misma manera en todos los ámbitos así como en el comportamiento humano proporcionando mejores condiciones de vida. Sin embargo, el éxito científico y tecnológico muestra una dualidad debido a que proporciona, de igual manera, beneficio y perjuicios.

En el área médica, a medida que se fueron descubriendo y elaborando medicamentos con la finalidad de disminuir o aliviar los dolores humanos y confiando en que solo serían empleados con ese fin, no se tenía un control sobre los mismos, así pues, de utilizarse exclusivamente en la terapéutica médica pasaron también a formar parte del uso indiscriminado y con fines de intoxicación.

Industrialmente hablando, la creación de la máquina y de técnicas perfectas para sustituir el trabajo del hombre, trajo con ello consecuencias tales como. la mano de obra mal remunerada, la insatisfacción por las condiciones de vida, la pobreza y la ociosidad improductiva. A su vez, crisis económica ayudada por el imperio político y poco a poco a la degradación psicológica del individuo, de la familia y de la sociedad en general, teniendo como consecuencia la búsqueda de salidas falsas y alejadas de la realidad, encontrando en las drogas satisfactores que erróneamente alivian tal situación; empezando así a facilitarse su acceso en el mercado, ocasionando un consumo inadecuado de

diversas sustancias y con ello el surgimiento del problema que hasta nuestros días se manifiesta como un problema social y de salud pública (López, 1995). Así también se ha establecido un medio cultural internacional en el que es “aceptada” la ingestión de drogas, tales como el consumo de alcohol y tabaco, por diversos medios como la radio y televisión; asimismo las campañas de publicidad que aconsejan la utilización de fármacos para aliviar el dolor, la aflicción o la incomodidad, para mantener el bienestar emocional, bajar de peso, dormir, etc. (Lawrence, 1988).

En México actualmente el problema de abuso de estas sustancias afecta principalmente a los jóvenes, lo cual constituye un motivo de preocupación por su tendencia creciente, su alto costo social, las alteraciones orgánicas que producen los agentes tóxicos; ocasionando la pérdida de la salud física, mental y social del individuo. Al respecto, ya en numerosas ocasiones se ha dicho que el problema es multicausal, es decir, que intervienen factores sociales, familiares e individuales, tales como: personas que provienen de hogares con problemas de violencia intrafamiliar, o en los que los padres carecen o exageran su postura autoritaria, o en el que alguno de ellos, generalmente el padre, mantiene algún vicio; que fueron víctimas de violencia sexual, así como también el hacinamiento, la falta de oportunidades de trabajo y escolares, lo cual denigra al ser humano acentuando los problemas de personalidad y haciéndolo susceptible a la problemática.

Instituciones como el Instituto Mexicano de Psiquiatría, Sector Salud, Centros de Integración Juvenil, entre otras, se han interesado en los problemas asociados que trae consigo el problema de la farmacodependencia, realizando al respecto diversos estudios. Coinciden en que cada individuo tienen una serie de manifestaciones específicas, dependiendo del tipo de droga y la

cantidad ingerida, de la frecuencia del consumo y hasta de las expectativas que tengan acerca del efecto de las drogas; así como de la edad y tipo de alimentación de quien abusa de ellas; y que sin embargo existen rasgos que generalmente presentan los farmacodependientes asociados a otros problemas tales como; conductas antisociales, problemas familiares, entre algunos de los más frecuentes se encuentran los cambios repentinos en la conducta habitual como la inasistencia laboral o escolar, inestabilidad en el estado de ánimo, alejamiento y aislamiento del grupo de amistades, baja autoestima, retraimiento, enojo y alegría a la vez, depresión, entre otras que de no atenderse tienden a incrementarse llegando a tener problemas legales por incidir en el robo, asalto u homicidio.

Asimismo refieren que no existe una relación lineal en la cual una variable pueda predecir la aparición de otra, por lo que no se puede afirmar que el abuso de drogas conlleve a la ejecución de actos antisociales; sino que la presencia de conductas antisociales se debe a la conjunción de una multiplicidad de factores (Berenzon, López, et al, 1994).

Sin embargo, a pesar de las amplias teorías que tratan de dar explicación y solución al problema, tratados firmados internacionalmente en contra del tráfico de drogas, programas preventivos que no han logrado disminuir ni mantener el número de personas que ingresan a esta problemática; así como a la parte primordial, el farmacodependiente, al cual se le ha restado importancia pasando en ocasiones a ser un número más de la lista de adictos atendidos y retomando aspectos cuantitativos, meramente estadísticos.

Por consiguiente se considera de vital importancia la identificación y análisis del lado cualitativo de la problemática abordada, indagando las características específicas de cada farmacodependiente; su personalidad, intereses, aptitudes,

limitaciones, que en muchas ocasiones no son observadas por ellos; para adecuarlo así a un tipo específico de tratamiento; ya que no en todos los casos se rehabilita mediante la abstinencia o el internamiento en instituciones que no tienen al frente personal profesional capacitado para la problemática, en donde sus planes de intervención se generalizan tanto que tratan de dar también solución a otros problemas tales como obesidad, neurosis, etc.; o en alguna otra institución no apta para las demandas particulares de cada persona.

Por lo tanto, la presente investigación permite conocer el perfil psicológico de los adictos consumidores habituales de marihuana mediante la aplicación de una batería de pruebas, con la fin de proporcionar elementos que apoyen en la elaboración de programas preventivos, abordaje terapéutico específico y un trato no discriminatorio a este tipo de personas a las que por su condición se les tipifica como delincuentes y no como personas comunes necesitadas de apoyo para salir adelante. Para cubrir tal objetivo se siguió el esquema de trabajo que a continuación se enuncia.

En el capítulo I se exponen los antecedentes históricos de las drogas con la finalidad de conocer a partir de cuando empezaron a utilizarse con fines de intoxicación; así como también de la problemática actual de la farmacodependencia, basando la información en estudios epidemiológicos realizados por algunas instituciones involucradas en la problemática.

A lo largo del capítulo II se aborda la terminología relacionada con la farmacodependencia con la finalidad de que al continuar revisando el presente trabajo se unifiquen criterios y así obtener una mejor comprensión del mismo.

Al pasar al III capítulo se exponen los problemas asociados al uso de drogas, para posteriormente pasar al capítulo IV en donde se habla específicamente de la personalidad del farmacodependiente; así como de los resultados obtenidos

en estudios que se han llevado a cabo para evaluar la personalidad de los mismos y algunas pruebas psicológicas que pueden apoyar en la evaluación de la misma

Por último, en los capítulos V, VI, VII y VIII respectivamente se exponen; la metodología, los resultados obtenidos; así como la discusión y conclusión a la que se llegó.

CAPITULO UNO

1.1. ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA FARMACODEPENDENCIA

El uso de algunas plantas que producen cambios psíquicos, encuentra sus orígenes con las actividades religiosas y curativas de las comunidades indígenas que lo habitaban, lo cual, al paso del tiempo se desvirtúa y se torna en problema de abuso y se extiende hacia poblaciones cada vez más amplias.

Los choques culturales, el crecimiento desmedido de la población y consecuente desintegración; así como la influencia de los países desarrollados como Estados Unidos en donde es prominente el abuso de drogas, ejerce influencia importante al respecto. De aquí surge la conveniencia de hacer una revisión acerca los orígenes históricos y geográficos de algunas plantas y drogas para entender por qué el uso de algunas de ellas quedan circunscritas a ciertas poblaciones y alcanzan una amplia difusión, hasta llegar a considerársele como un problema de salud pública llamado farmacodependencia.

A continuación se expone las plantas y drogas de las que el ser humano ha hecho uso a lo largo de la historia.

1.1.1. OPIO

El opio es un jugo resinosos que se obtiene por la incisión de las cápsulas de las bulbosas de la amapola *Papaver Somniferum*. El jugo que se obtiene de la planta es lechoso al principio, para posteriormente convertirse en una pasta

oscuro y pardo que tiene un olor característico y un sabor amargo muy particular (Madden, 1986).

Parece que su origen está en Pathan, una región de Pakistán, pero a ciencia cierta fue hasta ocho siglos a.C. cuando hubo un médico que lo recomendaba para mitigar el llanto exagerado de los pequeños. En el museo de El Cairo se halla la momia de una princesa del siglo XIV a.C. encontrada con opio en su boca, se piensa que murió por sobredosis del narcótico. Por su parte Homero, en su obra "La Odisea" describe el opio como narcótico y psicofármaco, también aclara que el opio llegó a Grecia procedente de Egipto por vía marítima; siendo Mekone descrito como el primer territorio dedicado a la plantación de amapola y fue allí donde los hombres y los dioses tuvieron sus primeros encuentros.

La Diosa Ceres lleva en sus manos espigas de amapola, símbolos del verano e invierno, en Atenas en el Museo Nacional se encuentra "Mekos", que encarna al "dios de la amapola", junto a "Thanatos" dios de la muerte, creador del agua del río Leteo, que al ser bebida hace que el alma olvide su vida pasada y muestra la proximidad de la muerte, con ello parece que los griegos estaban bien informados acerca de los peligros del uso del opio. Galeno lo recetó al emperador Marco Aurelio, quien llegó a depender tanto de una preparación de opio para poder conciliar el sueño que ya no podía prescindir de ella. De Alejandro Magno se afirma que fue opiómano y que a esto se debió su muerte prematura, dicen que a donde llegaba ordenaba plantar grandes extensiones de amapola, razón por la cual es en Oriente Próximo y Medio donde hasta la actualidad existen las mayores plantaciones de opio; también, antes de cada batalla les daba a sus soldados vino mezclado con opio para infundirles valor (Esconato, 1989).

El papa Silvestre en el siglo V, prohibió a los fieles el uso de la adormidera a no ser que fuera con fines médicos. Carlomagno un año después de ser coronado emperador de Occidente, prohibió el uso del opio y lo consideró como “obra se Satanás, y todo aquel que lo utilizará sería considerado brujo”. Tuvo el opio tanto éxito en la antigüedad, que se convirtió en el producto estrella de la exportación de los países asiáticos; hasta fue acuñada en una moneda entre los años 135 y 106 a.C., quien en una de sus caras llevaba grabada la adormidera; y en Anatolia Occidental hubo una ciudad llamada Opium; desde allí, vía Constantinopla, llegaban a Europa las tabletas marrón de opio (Nathan y Sanilis, 1983).

Avicena, considerado en ese momento “padre de la medicina”, dejó una larga lista de recetas con productos que contenían opio, para las más diversas enfermedades, especialmente la diarrea y el vómito, con dosis que fácilmente llevaban a la adicción, algunos médicos europeos, rechazaban agregar algún endulcorante a los medicamentos usados a fin de encontrarles el sabor amargo del opio y rechazarlos, pero el efecto resultó contrario a lo que se esperaba.

Pero los efectos del opio no solo se evidenciaban en la conducta de los hombres, sino que en muchos estados de Asia, Oriente y Europa derivan su esplendor y poderío del consumo y exportación del opio. Muy conocida es la historia de Inglaterra y China, siendo en esta última en donde más se arraigó el consumo, también dejó de cambiar por opio sus productos de exportación (sedas, porcelanas, té, oro, plata), importaba al rededor de 500 toneladas de opio.

Posteriormente en 1804 se derivó del opio una nueva sustancia llamada Morfina (debe su nombre a Morfeo, dios griego del sueño). Aparentemente

tenía todas las propiedades analgésicas del opio, calmaba rápidamente a los pacientes y los ayudaba a conciliar el sueño, lo mejor de todo era que parecía no provocaba adicción, por lo que se usó mucho para aliviar el dolor durante la Guerra Civil. Desafortunadamente se supo que producía tanta adicción como el opio mismo (Madden, 1986).

Los intentos realizados a fines del siglo XIX para producir una forma de opio que no condujera a la adicción, dieron lugar a un derivado llamado heroína. No obstante el entusiasmo y extenso uso dieron lugar a la frustración: la heroína también provocaba adicción. En última instancia en 1917 se llegó a la conclusión de que todas las formas de opio producían adicción, considerándolas a partir de entonces como ilegales para cualquier uso que no fuera médico. A partir de entonces se han descubierto otros derivados como la codeína, así como también opiáceos sintetizados artificialmente (metadona) que al parecer afectan de igual forma al Sistema Nervioso Central que el opio natural (Davidoff, 1979).

1.1.2. COCAINA

La cocaína es una de las drogas más antiguas, se sabe de su uso desde hace cientos de años, se dice que desde los tiempos prehistóricos los nativos de países como Perú y Bolivia han masticado la corteza del árbol de coca *Erythroxylon coca*, para propósitos rituales con la finalidad de obtener energía y refrescarse; es decir, solo se usaba en ceremonias religiosas para inducir al trance de meditación y como ayuda para comunicarse con la naturaleza. Los incas reservaban el consumo de la coca para los nobles y los sacerdotes y aquellos que gozaban de un extremo favor imperial, las hojas eran ofrecidas en sacrificios a los dioses y masticadas durante el culto; además de colocarlas

en la boca de los muertos para asegurarles una llegada feliz a la otra vida (Esconato, 1989).

Durante algún tiempo antes de la conquista del Perú por los españoles, el uso de coca estuvo prohibido, hasta que éstos descubrieron que los indios podían trabajar más con menos alimento cuando usaban la droga, desde entonces se les daba una ración diaria a los trabajadores. Dicha práctica llegó a convertirse en un hábito que no a sido abandonado. En la actualidad los indios soportan las arduas y largas jornadas de trabajo con una bolsa de hojas de coca y otra de ceniza vegetal, ya que mezcladas se convierten en una pasta que es masticada durante horas y cuando es necesario aumentar el esfuerzo físico, también aumentan la cantidad de hojas que se mastican (Davidoff, 1979).

La cocaína es extraída de las hojas de la planta de coca y fue aislada por Albert Nieman en 1860 con la finalidad de utilizarla como anestésico local, objetivo en el cuál tuvo éxito, encontrándose pronto el inconveniente de que tenía efectos sobre el Sistema Nervioso Central y causaba hábito. Por otro lado, fue introducida a Europa en el siglo XVI, pero pasó prácticamente inadvertida hasta el siglo XIX cuando se inició la investigación científica respecto a sus potencialidades. En 1884, uno de sus más ardientes defensores, Sigmund Freud, inició una serie de experimentos y publicó numerosos artículos sobre sus efectos benéficos, fue un entusiasta consumidor de cocaína a la que llamó “droga mágica”; proclamó que ésta poseía un poder curativo casi increíble y podía calmar una serie de desórdenes, incluyendo la adicción a la morfina, la depresión y la fatiga crónica, de lo que posteriormente se retractó, ya que llegó a comprender los peligros a los que se exponían quienes la consumían (Schwebel, 1991).

En Estados Unidos por la misma época, la cocaína gozaba de considerable popularidad como remedio para numerosas enfermedades y llegó a ser un *ingrediente común en numerosos tónicos medicinales* y el más famoso descubrimiento fue la original Coca-Cola, que incluía en su fórmula sabor de hojas de coca importadas, de lo que el gobierno pronto se alarmó debido al número de personas que habían adquirido el “hábito de la cocaína” por lo que llegó a prohibir su consumo. En 1906 fue establecida la ley de alimentos puros y drogas, en parte para controlar el uso de la cocaína; después, en 1914, la ley de impuestos sobre narcóticos de Harrison clasificaba legalmente a la cocaína como narcótico, imponiendo las mismas penas por posesión ilegal de cocaína que para la heroína, opio y morfina. Esto dio origen a la idea equivocada, que se mantuvo por tanto tiempo, de que la cocaína es un narcótico, lo cual por supuesto es totalmente falso. La inclusión de la cocaína en esta ley no dejó de generar oposición, dada la amplia popularidad de que gozaba; se argumenta que la cocaína era la droga más importante, curaba la melancolía y proporcionaba vigor al hombre, una vida más larga, creatividad, energía encanto e incluso placer sexual (Dusek y Girdano, 1990).

Durante los siguientes cuarenta años, se registró el menor consumo conocido de la cocaína; pero la confiscación en los lugares de registro de las fronteras y los informes médicos de final de los años setenta, señalaban un aumento del uso de la droga, fue durante esta época donde la cocaína adquirió mayor popularidad en la calle.

Actualmente la cocaína se vende a compradores de drogas en la calle a un alto precio, pero ciertamente menor que en las décadas de los sesenta y setenta; debido a que era escasa y cara, llegando a convertirse en el “champagne de las drogas”, conocida en la subcultura de las drogas como la “droga de los ricos”.

Su escasez, su procesamiento y complicada red de distribución, contribuyeron a su elevado precio.

La planta de coca se cosecha principalmente en Bolivia y Perú, sus hojas son convertidas en pasta de cocaína, y a su vez es convertida en base de cocaína y posteriormente en hidrocloreuro de cocaína. Se presenta en tres formas básicas: la forma de roca, la forma de hojuelas y la más común “coca callejera” en forma de polvo que generalmente es diluida con carbonato, talco, u otras cosas; se habla de que la pureza de la misma puede disminuir hasta el 6%, con ello su precio y el lamentable aumento de los daños físicos de quienes la consumen (Masstin, 1991).

1.1.3. MARIHUANA

El encuentro del hombre con esta planta se dio ya hace miles de años y se ha utilizado para varios propósitos: como fuente de fibra de cáñamo, aceite y semillas (las cuales se comen), por sus propiedades narcóticas y como medicamento para tratar una amplia gama de enfermedades en medicina popular. Se fabrica triturando las hojas y los tallos de la planta de cáñamo llamada *cannabis sativa* (Madden, 1986).

Existe la creencia de que se originó en Asia Central y se expandió a China, India, oeste de Europa, Africa y otras regiones del mundo. En India y China, se pensaba que favorecía la salud del hombre, le propagaba la vida, le revelaba eventos futuros al adelantar el tiempo y permitía la comunicación con los espíritus.

La información más temprana de su uso medicinal proviene del yerbero del Emperador Chino, Shen Nung, quien hace 5000 años la recomendaba para la malaria, el estreñimiento y los dolores reumáticos. Hoa-Glio, otro yerbero

chino, recomendaba una mezcla de cannabis con vino como analgésico durante la cirugía.

En la India se creía que “este regalo de los dioses” aceleraba el pensamiento, favorecía el juicio, inducía al sueño y reducía la fiebre. Se conocieron sus efectos psicoactivos, los cuales pensaron que introducía al hombre a otro plano del mundo que lo llevaba a creencias religiosas y al acercamiento espiritual, pero a pesar de ello se le valoró más por sus efectos medicinales (Esconato, 1989)

Los primeros datos que se encuentran acerca de la marihuana en México, nos remontan al inicio de la conquista en la Nueva España, ya que según se relata, fue el soldado español Pedro Cuadrado, miembro de la expedición de Hernán Cortés, quien trajo a México la semilla de la marihuana. Es entonces cuando se relata su cultivo a gran escala, a tal grado que las autoridades tuvieron que tomar medidas para limitar su amplia producción. Este es uno de los aspectos en donde vemos los efectos resultantes de un choque cultural, entre sociedades diametralmente opuestas.

Durante la Revolución Mexicana se vuelven a encontrar referencias acerca de su uso entre los soldados revolucionarios, e inclusive en numerosos corridos populares se hace alusión a su consumo (Maceira, Pinto y Sulkes, 1982).

Ciertos grupos indígenas de México en los estados de Veracruz, Hidalgo y Puebla practicaban una ceremonia curativa con una planta que era llamada Santa Rosa, identificada posteriormente como *Cannabis Sativa*, a la que se le considera como intermediario sagrado con la virgen. Aunque la ceremonia se basaba principalmente en elementos cristianos la planta es muy venerada ya que se pensaba que tenía vida y representaba parte del corazón de dios. Los participantes de dicho culto creían que la planta podía ser peligrosa ya que

podía tomar la forma de alma humana, enfermar a una persona hasta traerle la muerte.

Con la guerra de Vietnam cobra auge el uso de esta droga en los Estados Unidos, fenómeno que se transmite a nuestro país tomando características de abuso, pues se utiliza con el fin de intoxicarse, escapar de la realidad y del proceso de crecimiento, huyendo del enfrentamiento con la vida.

De la década de los sesenta en adelante la marihuana pasó a convertirse en una droga de uso y abuso universal: todo ello a pesar del gran despliegue de recursos empleados en las diferentes campañas antidroga.

Se ha estudiado también con fines terapéuticos para tratar diversas patologías como el glaucoma, el reumatismo, la hipertensión arterial y el control de la náusea en pacientes sometidos a tratamiento de cáncer. Así pues en algún tiempo se le valoró por su uso medicinal, pero al ser traída a México en un momento de ruptura cultural, se difundió con el fin de mitigar la incertidumbre y la angustia frente a la realidad que se imponía con la llegada de los españoles (Maceira, Pinto y Sulkes, 1982)

Las drogas derivadas de ella han sido importantes como el *hachís*, el cual se obtiene extrayendo la resina de las hojas y flores de la planta formándose láminas; y el *aceite de hachís* el cual se extrae de la planta mediante destilación, ésta última, es una sustancia concentrada varias veces más poderosa que la propia marihuana, debido a que tiene la mayor concentración de THC (Tetrahydrocannabinol), principal ingrediente activo contenido en la planta (Massin, 1991).

Actualmente es la planta que más se utiliza con fines de intoxicación y una de las que hasta el momento ocupa el mayor consumo de adicción en jóvenes mexicanos.

1.1.4 OLOLIUQUI

El ololiuqui era una de las semillas que integraban la Divinidad Trinitaria de los pueblos precortesianos; estaba íntimamente ligada con la adoración del maíz y con los conceptos derivados de este culto; abundancia, fertilidad y fecundidad. Existía la creencia de que habitaba un dios dentro de la semilla, el cual era incorporado cuando ésta se bebía, y podía incluso, llegar a manifestarse en forma humana. Poco después de la conquista de México, los cronistas españoles relataron la importancia del ololiuqui en la religión, magia y medicina indígena.

Fray Bernardino de Sahagún en su libro “Historia General de las Cosas de la Nueva España” relató la existencia de una yerba que se llamaba coatlxoxouqui y que dentro de ella se criaba el ololiuqui, la cual emborrachaba y enloquecía, así como que también era medicinal porque se podía usar para la gota. Por su parte Ximenes en 1615 y Ruiz de Alarcón entre los años 1618 a 1629 relataron cosas semejantes.

Con los datos de Alarcón y los informes que suministraron y las personas procesadas por el Santo Oficio, se pueden conocer los rasgos que integraban el complejo cultural del ololiuqui, por ejemplo; el lugar donde brotaba la planta era aseado de otras yerbas, se le tenía un lugar sagrado, se preparaba previamente por una persona, ritualmente pura, se aplicaba sobre la piel o se ingería, teniendo cuidado de hacerlo durante la noche o en un lugar solitario (Maceira, Pinto y Sulkes, 1982).

El área cultural de mayor influencia del ololiuqui se encontraba dentro del territorio que hoy forma parte del estado de Morelos y los distritos cercanos a la entidades que con él limitan.

Por su parte los españoles advirtieron que el ololiuqui era algo más que un simple medio de comunicación con lo sobrenatural, ya que la planta en sí era una divinidad, objeto de adoración, preservada reverentemente dentro de los altares secretos en las casas de los chamanes, en casas de curanderos, y aun de la gente común ya en los inicios de la época colonial. Los indios ocultaban la planta en sitios secretos, no tanto por temor al castigo de la inquisición, sino por temor al castigo proveniente de los dioses que viven en la semilla, pues éstos no permitían la profanación por manos ajenas al tocar la planta; así, la persecución, el ocultamiento y la protección a la que fue objeto, impidió que se le identificara plenamente (Larence y Keith, 1988)

Actualmente, al parecer, solo algunas comunidades indígenas de Veracruz continúan con dicha práctica ritual

1.1.5 BARBITURICOS

El primer barbitúrico que se utilizó por sus efectos sedantes-hipnóticos fue el varvital (veronal), se introdujo clínicamente en 1903. Se dice que debe su nombre a una mujer llamada Bárbara que trabajaba como mesera en un bar de cerveza en la ciudad de Munich (Madden, 1986).

Desde su surgimiento a finales del siglo XIX se han utilizado demasiado sobre todo hipnóticos (inductores del sueño). Pero no fue hasta los años cincuenta cuando los médicos empezaron a darse cuenta de los peligros de ellos a partir de que se desarrolló un grupo de sedantes llamados Benzodiacepinas, utilizados para tratar la ansiedad, entre los que se encuentran el Diacepam (Valium), y el Clorodiacepóxido conocido como Librium: ya que al no tener control alguno sobre los mismos se empezaron a utilizar indiscriminadamente con fines de adicción (Davidoff, 1979).

Como el problema del siglo XX es la angustia, no hay persona alguna en el campo de la salud o aun no estando en él, que no haya tenidos la necesidad de usarlos para ayudar a la persona angustiada, y más aun no hay paciente que no los haya solicitado para tranquilizarse y no deprimirse o incluso poder conciliar el sueño.

Así, la droga más extendida en el mundo occidental es el Valium, se cree que en uno de cada tres botiquines se encuentra dicho fármaco, debido a la popularidad y fácil adquisición que en años anteriores no se tenía. Actualmente se tiene un supuesto control sanitario en el que se exige para su adquisición. fórmula médica válida por 72 horas, nombre, apellidos y número del documento de identidad de quien los compra; además las fórmulas son retenidas por el farmacéutico que las vende y las envía a la sección del control de estupefacientes al ministerio de salud, y aún así la elaboración y compra clandestina de ellos sobrepasa los legalmente autorizados (Schwebel, 1991)

1.1.6 HONGOS

Los hongos han formado parte de la vida del hombre desde los tiempos más remotos, fue probablemente su utilización como alimento lo que principalmente llamó la atención de los habitantes de esa época, o quizás también, su forma extraña y variada, por su olor, aveces curioso; y por su color a menudo brillante. Pero sin duda también percibió también los desórdenes que produce entre las que se encuentran: las sensaciones extrañas, molestias y en ocasiones la muerte (López, 1994).

En Grecia, Porfirio consideró a los hongos como “comida de los dioses” y los griegos por tal motivo, los eliminaron de la dieta diaria.

Dos mil años antes de nuestra era, en la India, la *Amanita Muscaria*, tal vez fue el más utilizado, a tal grado de ser santificado en el Rig Veda de los arios, bajo el nombre de soma. Sin embargo la identidad del soma permaneció como uno de los enemigos de la etnobotánica por más de dos mil años; fue solo hasta 1968 cuando estudios interdisciplinarios mostraron contundentes pruebas de diversos campos que el narcótico sagrado era un hongo: la *Amanita Muscaria*.

Los siberianos que comían estos hongos no tenían otros intoxicantes hasta que los rusos introdujeron el alcohol, secaban los hongos al sol y se los comían, ya sea solos o en un extracto con agua, con leche de reno o con el jugo de varias plantas juntas. El uso ceremonial de la amanita desarrolló la práctica ritual de beber la orina, ya que estas tribus aprendieron que los principales psicoactivos del hongo pasan sin ser metabolizados por el cuerpo. Los más pobres, siendo incapaces de conseguir los hongos, se apostaban al rededor de las tiendas de los ricos buscando la oportunidad en que los invitados salían a orinar, y sosteniendo un recipiente de madera recogían la orina (Shultes y Hofmann, 1982)

En las zonas mesoamericanas, el hombre también conoció las propiedades de los hongos y solía utilizar sus virtudes tóxicas para producir alucinaciones. En la zona Maya, los hongos piedras fechados de 500 600 a.C., pero que existían desde el segundo milenio anterior, constituyen una prueba del carácter divino que se le atribuía a los hongos estos son mencionados en el Popol Vu.

En zonas mexicanas se conocen usos muy antiguos del Teonanácatl, el hongo divino de los Náhoas, teniendo representaciones en los frescos pintados en el período III de Teotihuacan, es decir, en los años 300 a 600 de nuestra era. Se puede observar dichos hongos, frecuentemente ligados al culto a Tláloc, en

varios códices pre o postcolombinos tal como el Códice Vidobonensi. Otra representación del mismo aparece en una pintura del siglo XVI representando la fundación de Tenochtitlan obra de un artista indígena, pero con influencia española, se ven nueve "hongos" al borde del agua.

Actualmente se conocen ciento veinte mil especies de hongos, de las cuales cincuenta mil son visibles sólo gracias al empleo de microscopio, y solo algunas de ellas sirven como alimento, algunas otras para la fermentación de ciertas sustancias y algunas más para intoxicarse (Lawrence y Keith, 1988).

1.1.7 ANFETAMINAS

Con la sospecha de que algunas sustancias sintéticas pudieran producir un efecto del tipo de la adrenalina, los investigadores descubrieron las anfetaminas en la década de 1920, siete años después Alles sintetizó una anfetamina llamada Bencedrina y supo que su naturaleza estimulante mimetizaba la acción del sistema nervioso simpático. Uno de los usos de la Bencedrina fue introducido en 1932 por los laboratorios Smith, Klein y French de Filadelfia como vasoconstrictor para descongestionar la nariz permitiendo el adecuado paso del aire por las fosas nasales, retirado del mercado por su frecuente abuso (Nathan y Sanilis, 1983).

Posteriormente se descubrieron otras anfetaminas estrechamente relacionadas con la Bencedrina, Dexedrina y la Metilanfetamina, pero se encontró que la primera tenía mayor potencia que la segunda, con efectos intermedios a los de la Metilanfetamina. De las tres la Dexedrina es probablemente la de mayor uso médico porque, aunque su efecto estimulante sobre el sistema nervioso central es mayor que las otras dos, produce menos efectos colaterales. Esta es una de las razones principales por las que la anfetamina tiene su uso más

frecuente en tratamientos dietéticos. El uso médico o terapéutico de estas se está volviendo muy limitado, incluso hay quienes han llegado a pensar que su fabricación es obsoleta, ya que generalmente no se tiene control acerca del suministro debido a que provienen tanto de fuentes legítimas como del comercio ilícito. Sus efectos subjetivos son los que han llevado a algunas personas a usarlas indiscriminadamente y sin prescripción médica, lo que los ha conducido a la adicción; efectos entre los que se encuentran: sensación de euforia, bienestar, reducción del apetito, hiperactividad, una mayor sensación de poder físico y mental, así como el mantenerse despierto y alerta por un tiempo mayor de lo normal (Massin, 1991).

Terapéuticamente, las anfetaminas únicamente son aceptadas por la comunidad médica en el tratamiento de problemas de sueño y conducta hiperquinética en niños con daño cerebral orgánico. Se han descartado en el tratamiento de la obesidad debido a la inefectividad a largo plazo y porque otros estimulantes no anfetamínicos pueden bastar para suprimir el apetito a corto plazo, también en enfermedades depresivas debido a la aparición de antidepresivos tricíclicos de los cuales no causan adicción (Dusek y Girdano, 1990)

Desafortunadamente se continúan utilizando sin el estricto control médico, fabricándose y distribuyéndose sin control legal.

1.1.8. INHALABLES.

Los inhalables son productos de origen químicos que producen intoxicación cuando se inhala o aspira. Se refiere a todas aquellas sustancias volátiles inhaladas generalmente con el propósito de alterar el ánimo, entre las que se incluyen solventes industriales, éter, cemento plástico que se usa para pegar

diversos artículos como zapatos, juguetes, etc., gasolina, acetona, entre otros (Schwebel, 1991).

La inhalación como problema social es relativamente nuevo, su fácil adquisición y disponibilidad en cualquier lugar; desde la propia casa, tlapalerías, industrias, escuela y hasta centros comerciales, lo hace más simple. Algo que también lo pone en manos de cualquier persona es su bajo costo y su menor control sanitario, por lo que su práctica se ha vuelto más común entre los menores de edad, clases marginadas e indigentes (Massün, 1991).

1.1.9 OTRAS DROGAS.

El **peyote** se obtiene de un cactus americano rico en mezcalina, causa especialmente alucinaciones visuales, su uso es cultural, ritualistas y religiosos, especialmente en tribus aborígenes de México y el Sudoeste de Estados Unidos desde hace siglos, que por tradición los botones o discos rebanados de los topes del cactus del mescal *Lupophora Williamssi*; aunque tal costumbre ya había sido descrita desde el siglo XVI, y es muy probable que los aztecas ya lo practicaran desde antes de la llegada de los españoles (Madden, 1986).

El uso del peyote es legal en algunos países como Estados Unidos, donde es usado por los indios de la Iglesia Natura de Norteamérica, pero sus seguidores, por tener a dios, solo lo usan en su ritual y lo consiguen en forma legal (Davidoff, 1980).

La **psilocibina**; se obtienen de un hongo mexicano que se da en las regiones pantanosas y produce alucinaciones visuales y táctiles básicamente. Al igual que el peyote se usa en ritos religiosos, según costumbre de los antepasados aztecas, era comúnmente usado como “carne de los dioses” y dada a la

discreción de los indios solo se conocen estos hongos desde hace muy pocos años. El principio activo lo obtuvo Hoffman en 1978 y hasta la fecha tiene su mayor uso con fines de adicción en Estados Unidos administrándose en su mayoría sin procesar, es decir, el hongo natural (Schultes y Hoffman, 1982).

El PCP o "polvo de ángel", se desarrolló en 1959 con la finalidad de utilizarse como analgésico quirúrgico, y como alternativa a los opiáceos que desarrollaban gran adicción. Parecía controlar el dolor, no tanto eliminarlo, sino producir un estado de indiferencia respecto de las sensaciones corporales, de manera que podía ser ignorado (Schwebel, 1991).

En 1967, a solo 4 años después de su aparición en el mercado como droga que se expendía solo con receta, se observaron ciertos aspectos negativos que hicieron que su utilización en humanos se considerara ilegal, lo cual hasta la fecha se sigue considerando como problema (Davidoff, 1979).

El LSD (ácido lisérgico) procede del cornezuelo del centeno. Fue descubierto en 1938, pero hasta 1943 se conocieron sus propiedades psicoactivas.

Un siglo de investigaciones sobre la química de los alcaloides del ergot procedió al primer informe escrito sobre la síntesis del LSD por Stoll y Hofmann, el ergot es un estadio quiescente del hongo *claviceps purpúrea*, que parasita los granos del centeno y trigo, así como ciertas variedades de la planta maravilla y contiene ácido lisérgico, el precursor del LSD (Madden, 1986).

Se tiene conocimiento de que cuatro años antes del informe de Stoll y Hofmann (1947), se dieron a conocer las experiencias accidentales y experimentales de éste último, al consumir una pequeña dosis de la droga. Posteriores experimentos revelaron que Hofmann quizá no había consumido más de 0.1 miligramo de LSD, cantidad que apenas cubriría la cabeza de un alfiler, la que actualmente se sabe podría producir extrañas alteraciones de la

conciencia, susceptible de distorsionar profundamente el sentido de la realidad de manera impredecible, inclusive en dosis mínimas (López, 1995).

La cafeína, es una sustancia amarga, de aspecto cristalino. Es el ingrediente activo que contiene el café, té, el cacao y bebidas como los refrescos de cola. Debe su nombre a la planta de café, de donde se extrajo en 1821; pero ya antes un grupo de pastores árabes descubrió en el año 850 a.C. la energía que tenían las cabras tras comer los granos de una planta de café. Se introdujo como bebida en Europa y Norteamérica durante los siglos XVI y XVII, siendo muy popular durante el Renacimiento, época en que muchos artistas afirmaban que les proporcionaba inspiración.

La cafeína es un componente natural del extracto de nuez de cola usado en la producción de sustancias gaseosas; encontrándose también en la planta de cacao, de la que se obtiene el chocolate, constituye un ingrediente de muchos remedios caseros, sobre todo contra los resfriados y jarabes para la tos (Shuwebel, 1991).

Su uso dio lugar a hábitos socialmente aceptados, muy difundidos en las poblaciones y ha trascendido a lo largo de muchos años, teniendo desde el surgimiento de las culturas un carácter igualmente sagrado, mágico y curativo (Dusek y Girdano, 1990)

Así pues, como se puede observar, el uso de plantas y sustancias con propiedades de alterar la conciencia era meramente religioso, místico y curativo, de igual forma que las drogas fueron elaboradas para fines terapéuticos, perdiendo ambas en su mayoría dichos fines hasta llegar a considerárseles en el presente como un problema de salud, llamado actualmente farmacodependencia.

1.2. PROBLEMATICA ACTUAL DE LA FARMACODEPENDENCIA.

La importancia del análisis y del uso y abuso de sustancias adictivas, con relación a estilos de vida en la actualidad y su asociación con factores de riesgo para padecimientos que ocupan las primeras causas de morbilidad en nuestro país han sido reconocidas desde más de un cuarto de siglo (Tapia-Conyer, Cravioto, De la Rosa y Kuri, 1995).

Hacia fines de la década de los sesenta y principio de los setenta, se hizo evidente que en México, como en otros países, la farmacodependencia no se restringía ya a grupos minoritarios que tradicionalmente habían caído en ella, sino que se había extendido a otros sectores de la población, por lo que era ya un problema que no podía ser ignorado, a partir de entonces se iniciaron los estudios epidemiológicos.

Los primeros de ellos se orientaron a conocer la magnitud del uso indebido de drogas mostrando un panorama de baja incidencia de las llamadas “drogas blandas”. Otras en los años 1974-1978 revelaron preocupantes tendencias en el uso de drogas: el uso de inhalables se cuadruplicó en período; el caso del opio y sus derivados, el consumo de incrementó en la zona fronteriza norte, pero lo que resulto más alarmante fue que los usuarios activos se ubicaban entre las edades de 12 a 17 años (CONADIC, 1995).

Para poder exponer la situación por lo que atraviesa actualmente el problema en nuestro país es necesario, hacer uso de información confiable y que nos acerque a él objetivamente. La información más reciente al respecto la proporciona la segunda Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) realizada en 1993 por el Sector Salud, através de la Dirección General de Epidemiología y El Instituto Mexicano de Psiquiatría, cuyo objetivo principal fue la de actualizar la información sobre la magnitud del consumo de sustancias

adictivas, tomando como muestra a todos los individuos de ambos géneros de 12 a 65 años de edad, residentes habituales de las viviendas de las zonas urbanas de todo el país.

La información se obtuvo mediante un cuestionario estandarizado que se aplicó por entrevista directa a cada individuo seleccionado; abarcando patrones de consumo de abuso tales como: abuso de tabaco, alcohol, drogas médicas y drogas ilegales, de lo cual se obtuvo la siguiente información.

Respecto a las prevalencias según el patrón de consumo de tabaco se reportó que el 25% de la población encuestada entre 12 y 65 años de edad son fumadores que equivale a más de 10 millones de personas (fig. 1). Al estratificar la población en cuanto a género se encontró que de toda la población de varones entrevistados, el 38% son fumadores; (7 millones) pertenecen al sexo masculino y 14 % de sexo femenino (3 millones); ambos sexos presentaron mayor frecuencia entre los 26 y 44 años de edad (fig. 2). La edad que reportaron como inicio del consumo fue que el 70 % comenzó durante la adolescencia.

En cuanto al consumo de alcohol, la ENA- 1993 estimó que el 66.5 % de la población entre 12 y 18 años consumió bebidas alcohólicas en los últimos dos años, es decir, 28 millones de mexicanos, reportando mayor consumo en la CD. de México y zona conurbada, así como en la región occidental. También se encontró que las edades promedio entre las que el consumo de alcohol es más frecuente es entre los 26 y 34 años de edad y que por cada 7 hombres hay una mujer (figura 3).

En lo que respecta al abuso de drogas médicas se encontró que a nivel nacional, es la ciudad de México la que tiene el mayor porcentaje (15%)

siendo principalmente las mujeres las usuarias de dichas drogas. Del total de consumidores de drogas el 83% las usa bajo prescripción médica y el 17 % no. En cuanto a las drogas ilegales se obtuvo que la prevalencia nacional del consumo global de drogas ilegales fue del 4%, lo que equivale a un millón 589 mil 716 individuos que ha utilizado este tipo de sustancias “alguna vez en la vida”, siendo el sexo masculino quienes más las consumen en razón de 7 a 1. La droga ilegal de mayor consumo fue la marihuana, siguiendo la cocaína, los inhalables, los alucinógenos y por último la heroína. En cuanto al análisis de drogas ilegales por región, se encontró que prevalecieron las zonas del norte del país, así como la región occidental y la cd. de México (Tapia-Conyer, Cravioto, et al, 1995).

Otro de los estudios realizados respecto al consumo de drogas en México es el que realiza la Secretaría de Educación Pública desde 1975 y el Instituto Mexicano de Psiquiatría que se centra básicamente en conocer las cifras y características de los grupos de estudiantes que se enfrenta al problema de la farmacodependencia. La más reciente investigación al respecto se llevó a cabo en 1991 bajo el título de Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas entre la Comunidad Escolar (ENUDCE).

Aplicaron un cuestionario a estudiantes de entre los 13 y 18 años investigándose el consumo de tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, anfetaminas, sedantes, alucinógenos, inhalables, tranquilizantes y heroína; encontrándose que la edad de inicio en el consumo fue de los 11 a los 15 años variando el porcentaje entre diversas sustancias y que el lugar donde se obtuvo por primera vez fue principalmente en casa o en la de algún amigo, fiestas, la calle o el parque donde alguna persona les obsequió o vendió la droga, ocupando la escuela uno de los últimos sitios de provisión.

El orden porcentual de consumo de sustancias aditivas, en estudiantes que las han consumido alguna vez en su vida, se registraron de la siguiente manera:

Tabla No. 1 Uso de drogas más comunes entre la comunidad escolar

SUSTANCIAS	PORCENTAJE
Alcohol	49.69
Tabaco	29.45
Marihuana	1.54
Cocaína	0.74
Crak	0.25
Anfetaminas	2.31
Sedantes	0.68
Alucinógenos	0.50
Inhalables	3.50
Tranquilizantes	1.77
Heroína	0.21

Es importante señalar que si bien se inician en un mayor porcentaje con el consumo de alcohol y tabaco es debido a que socialmente no es tan sancionado como las drogas ilegales, en donde estas últimas alcanzan al paso del tiempo amplias dimensiones entre la población joven (González, 1995).

Por último, en la Procuraduría General de la República a través de la Subdirección de Atención a Detenidos y Adictos, se lleva a cabo mensualmente la Encuesta de Incidencia de Adictos Liberados por el Agente del Ministerio Público de la Federación por delitos Contra la Salud; en la cual, durante el periodo enero-diciembre 1997, se reportan datos que a continuación se exponen .

La población que a ella llega por dicho delito es generalmente mayor de 18 años sin límite de edad, la cual suma la cifra de 7667, de los cuales, el 98.80% son de sexo masculino y el 1.20 % de sexo femenino (fig. 4). Más de la tercera parte de la población (83.66%) se dedica en su mayoría al comercio ambulante, así como a limpiar parabrisas u otros oficios sin salario fijo (fig. 5). El 62.4 % es de estado civil soltero, seguido por los casados (21.6%) y por último los viudos, separados, divorciados con un 16 % (fig. 6).

El 23% tiene de 1 a 3 años de adicción a alguna (s) droga (s) y el menor porcentaje lo ocupa con un 6.96 % el rango de 12 a 15 años de consumo, esto deja ver que en años anteriores se ingresaba con menos frecuencia a este consumo en comparación con lo que actualmente se reporta (fig. 7).

Respecto al nivel escolar se observó que el mayor porcentaje (21.25 %) lo ocupan las personas que no concluyeron la secundaria, seguidos por los de primaria completa, secundaria completa, primaria incompleta, preparatoria incompleta, preparatoria completa, analfabetas, profesional incompleta, técnica incompleta, técnica completa y con el menor porcentaje los que concluyeron una carrera profesional con un 0.70% (fig. 8). De lo anterior podemos decir que a mayor grado escolar y de conocimientos, se obtiene mejor información y seguridad en diversas áreas de la persona, lo que permite una menor incidencia en el abuso de drogas (P.G.R. 1997).

En lo que respecta al tipo de droga consumida se encontró que la marihuana ocupa el primer lugar con un 70.25%, cifra bastante significativa, ya que el porcentaje restante se divide en 8 rubros mas y de entre los cuales 3 de ellos corresponden a la combinación de marihuana con otras sustancias, no incluyendo a los poliusuarios que generalmente también utilizan la marihuana para intoxicarse, tal situación se muestra a continuación en la tabla 2.

Tabla No. 2 Tipo de droga utilizada por los adictos liberados por la P.G.R.

TIPO DE DROGAS CONSUMIDAS	NUMERO	PORCENTAJE
Marihuana	5386	70.25 %
Cocaina	741	9.66%
Marihuana e inhalables	557	7.26 %
Inhalables	395	5.15 %
Marihuana y cocaína	229	2.99 %
Poliusuario	173	2.26 %
Pastillas	92	1.20 %
Marihuana y pastillas	77	1.01 %
Inhalable y cocaína	17	0.22 %
T O T A L	7667	100 %

También se observó que actualmente la cocaína ha sobrepasado el consumo de inhalables que hasta hace algún tiempo era la segunda sustancia más consumida después de la marihuana.

Así pues, como se puede observar en las tres encuestas, el incremento de personas que consumen algún tipo de droga muestra un porcentaje bastante significativo.

Si bien, tanto en la ENA (1993) como en la ENUDCE (1991), el alcohol es la sustancia que representa el mayor consumo a nivel nacional, no se descarta el uso de las demás drogas. En la primera, también se puede ver que es la cd. de México en donde se encuentra el mayor porcentaje de consumidores de drogas; también es importante señalar que la mayor parte de dicha población

corresponde al sexo masculino y en menor grado el sexo femenino en razón de 7 a 1 respectivamente. Otro punto de vital importancia lo representa la edad de inicio en el consumo, la cual fluctúa entre los 12 y 35 años, lo que representa a la población en inicio de la adolescencia y económicamente activa.

La ENUDCE refiere que el lugar en donde se puede obtener la primera experiencia con drogas es indiscriminado, lo más preocupante es que generalmente se da en los lugares menos pensados, de ahí la importancia de poner especial cuidado al propio hogar, en los amigos con quienes se frecuentan los adolescentes; e incluso, la escuela misma.

En la Encuesta realizada por la P.G.R. (1997) se pueden observar datos que refuerzan los obtenidos en las dos anteriores; así como algunos otros que van relacionados con la situación social de los adictos. Por ejemplo, se puede ver que la mayoría de ellos son subempleados, es decir, que no tienen un salario fijo; que el tiempo que tienen de consumir drogas es de 1 a 3 años, de estado civil soltero y generalmente son personas que no concluyeron la instrucción secundaria.

Por último, las tres encuestas reportan que la droga ilegal de mayor consumo es la marihuana; quizá por su bajo costo, disponibilidad y propaganda, debido a que la mayoría de los usuarios refieren que por ser de "origen natural" no les causa daño alguno.

Lo anterior también nos muestra que estamos ante una problemática ante la que no podemos cerrar los ojos y hacerla menos, ya que con el paso de los años tiende a incrementarse y con ella el deterioro de la estabilidad emocional de la sociedad en general y el incremento de los problemas asociados a la misma.

PREVALENCIA DE FUMADORES SEGUN EDAD Y SEXO

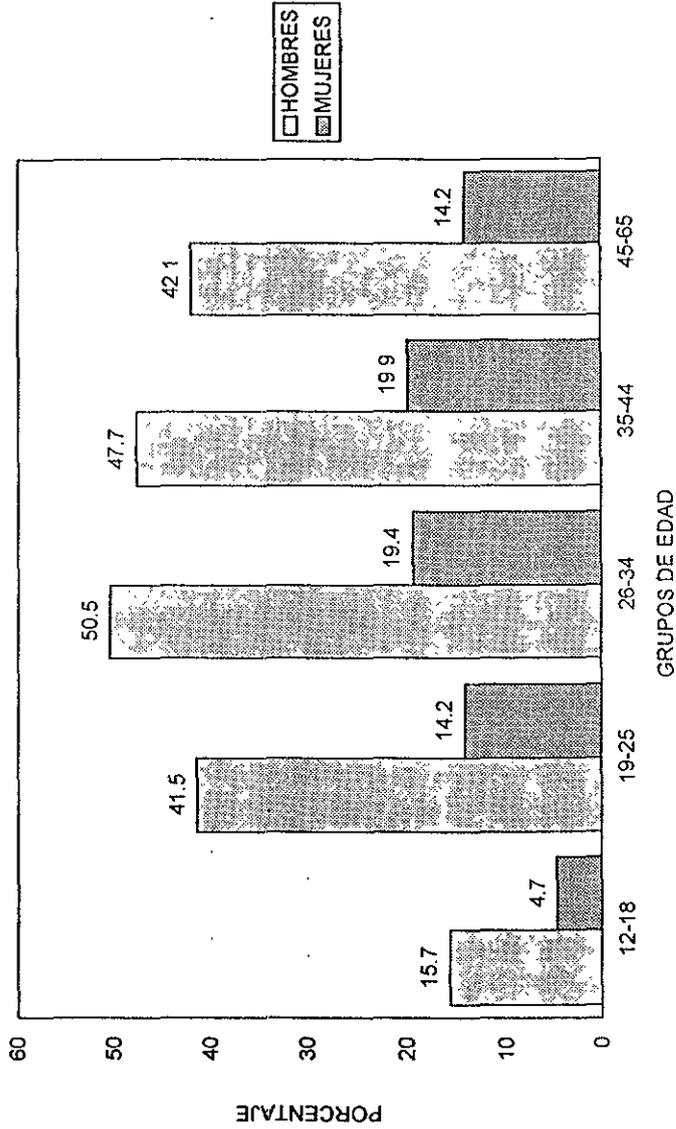


FIG. 1 MUESTRA PREVALENCIA DE FUMADORES SEGUN EDAD Y SEXO EN TERMINOS DE PORCENTAJE.
Fuente: Dirección General de Epidemiología, S.S.A. Encuesta Nacional de Adicciones (1993)

COMPARACION DE LA DISTRIBUCION DE EMBRIAGUEZ POR EDAD

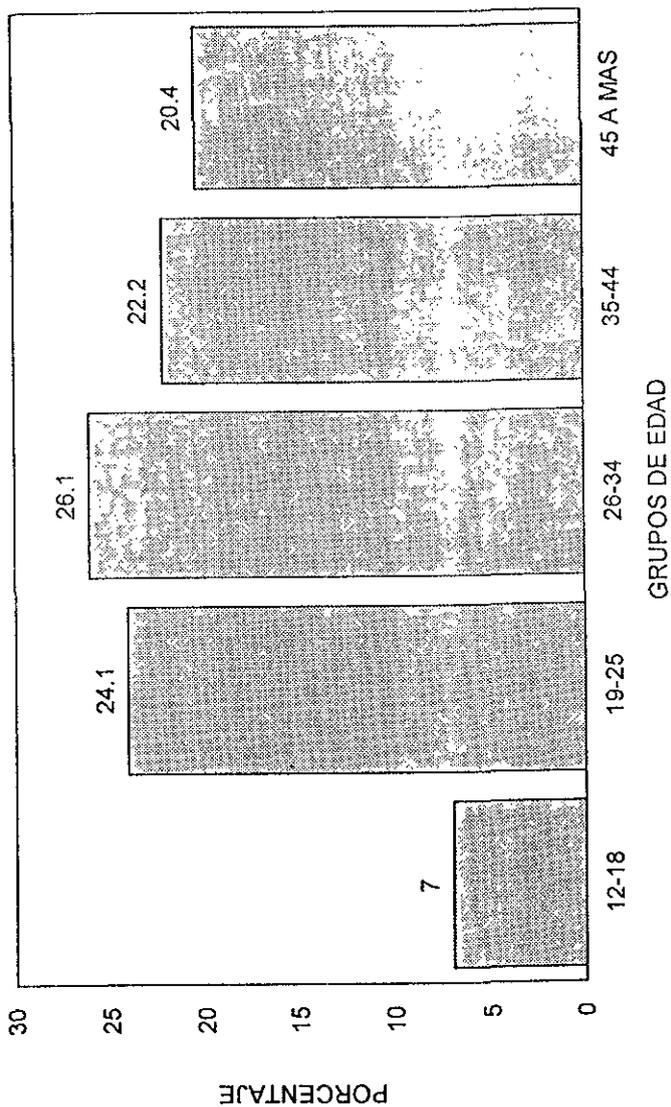


FIG. 3 MUESTRA DISTRIBUCION DE EMBRIAGUEZ POR EDAD EN TERMINOS DE PORCENTAJE

Fuente: Dirección General de Epidemiología, S.S.A. Encuesta Nacional de Adicciones (1993)

PREVALENCIAS SEGUN PATRON DE CONSUMO

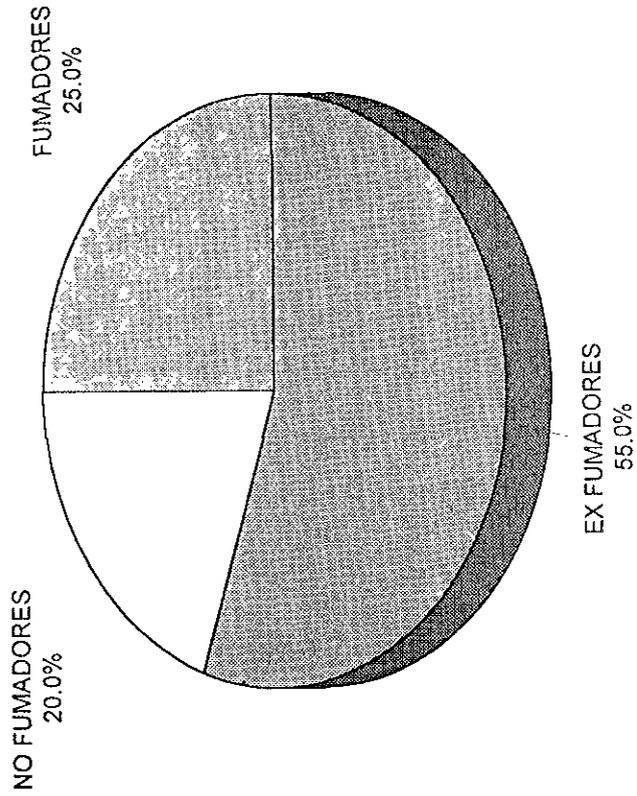


FIG. 2 MUESTRA PREVALENCIA DE FUMADORES SEGUN PATRON DE CONSUMO EN TERMINOS DE PORCENTAJE
Fuente: Dirección General de Epidemiología, S.S.A. Encuesta Nacional de Adicciones (1993)

SEXO DE LOS ADICTOS LIBERADOS POR LA P.G.R. (ENERO-DICIEMBRE, 1997)

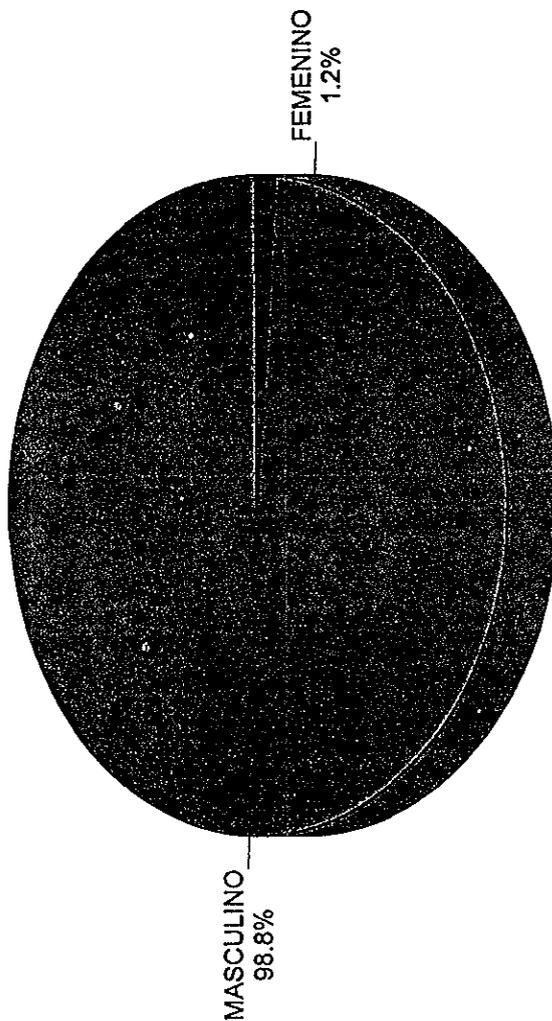


FIG. 4 MUESTRA SEXO EN TERMINOS DE PORCENTAJE

Fuente: Informe Anual (1997) de la Jefatura de Servicios Asistenciales

OCUPACION DE LOS ADICTOS LIBERADOS POR LA P.G.R. (ENERO-DICIEMBRE, 1997)

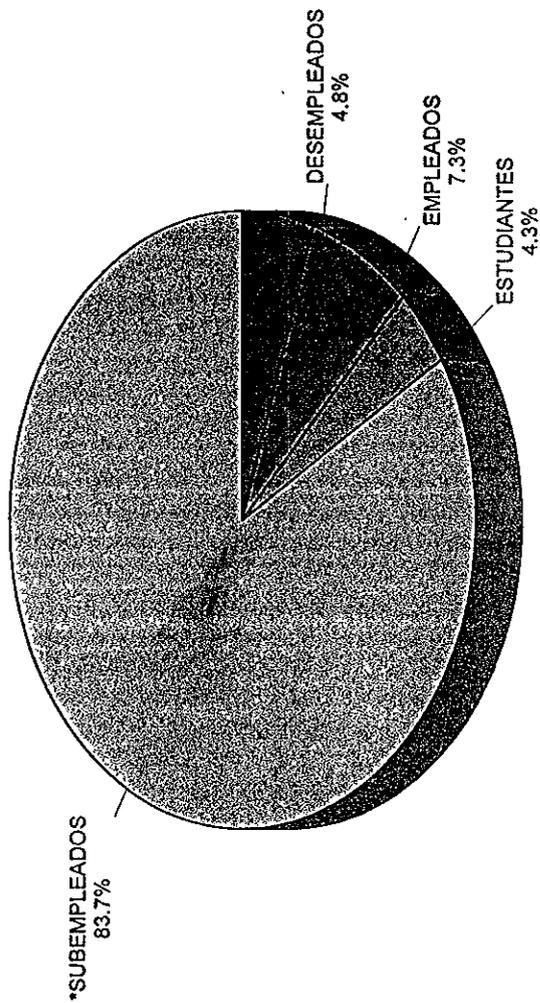


FIG. 5 MUESTRA OCUPACION EN TERMINOS DE PORCENTAJE
* Se incluye a personas con salario no fijos (comerciantes, albañil, herrero, etc.)

Fuente: Informe Anual (1997) de la Jefatura de Servicios Asistenciales

ESTADO CIVIL DE LOS ADICTOS LIBERADOS POR LA P.G.R. (ENERO-DICIEMBRE, 1997)

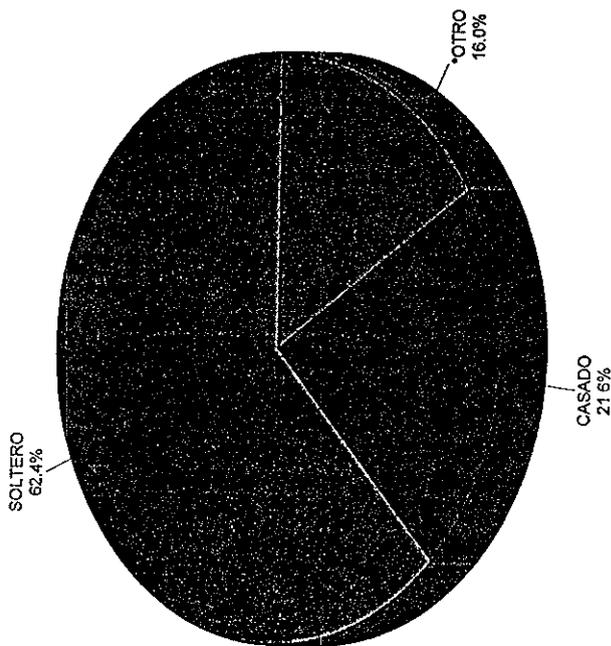


FIG. 6 MUESTRA ESTADO CIVIL EN TERMINOS DE PORCENTAJE

* Se incluyen a divorciados, unión libre y viudos.
Fuente: Informe Anual (1997) de la Jefatura de Servicios Asistenciales.

TIEMPO DE CONSUMO DE LOS ADICTOS LIBERADOS POR LA P.G.R. (ENERO-DICIEMBRE, 1997)

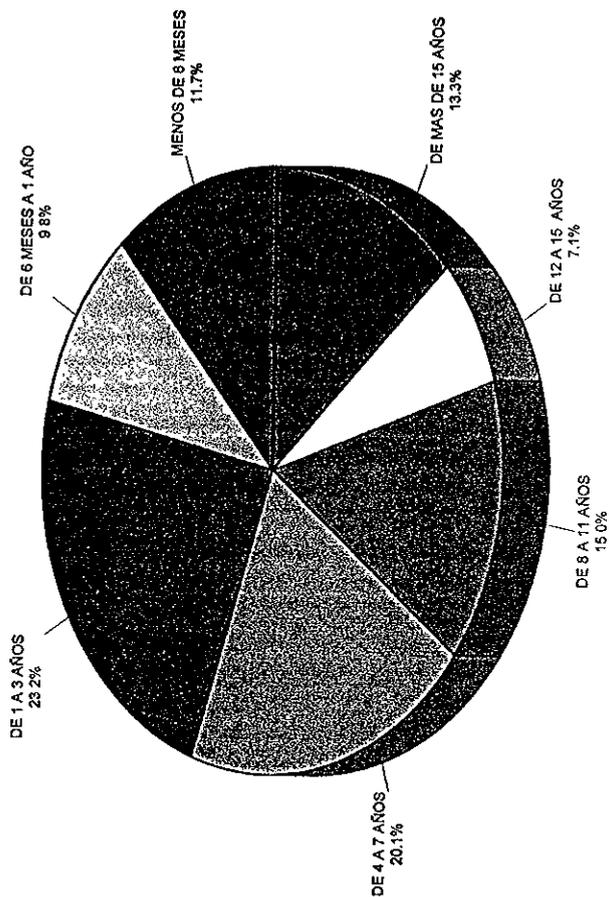


FIG.7 MUESTRA TIEMPO DE CONSUMO EN TERMINOS DE PORCENTAJE

Fuente: Informe Anual (1997) de la Jefatura de Servicios Adiccionalas

ESCOLARIDAD DE LOS ADICTOS LIBERADOS POR LA P.G.R. (ENERO-DICIEMBRE, 1997)

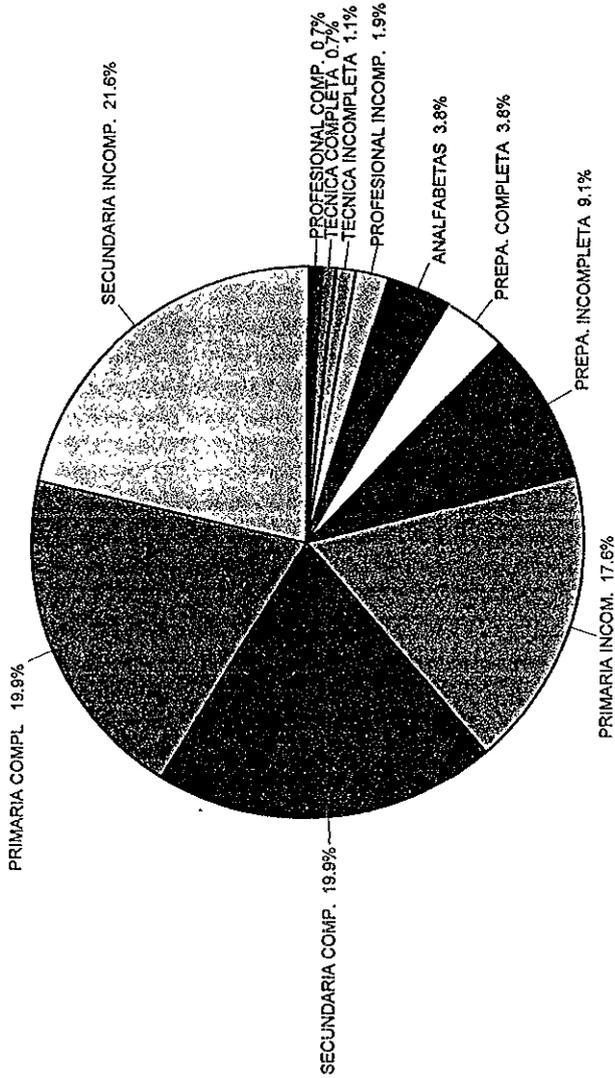


FIG. 8 MUESTRA ESCOLARIDAD EN TERMINOS DE PORCENTAJE

Fuente: Informe Anual (1997) de la Jefatura de Servicios Asistenciales

CAPITULO DOS

2.1 CONCEPTOS GENERALES

Hasta el momento se han manejado diversos conceptos por lo que se hace necesario definirlos, con la finalidad de explicar y unificar criterios y así obtener una mejor comprensión del presente trabajo. Al respecto, las definiciones dadas por la Organización Mundial de la Salud son las que han sido aceptadas internacionalmente y, por consiguiente, de las que se hará mención en el presente capítulo. Este órgano adoptó el término **Farmacodependencia** en sustitución de otros tales como: adicción, toxicomanía y habituación, a la que define de la siguiente manera: “Estado psicofísico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificación del comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprímible por tomar el fármaco en forma continua y periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, físicos para evitar el malestar producido por la privación” (CONADIC, 1992; pág. 15)

La definición anterior habla en primer lugar, que un organismo vivo establezca contacto con una droga. Por consiguiente es necesario conocer que se entiende por droga o fármaco la que se define como: “cualquier sustancia que introducida al organismo, puede modificar una o más de sus funciones”; por ejemplo, un fármaco es una sustancia ajena al organismo, que al entrar en él modifica alguna de sus funciones normales. Incluye no solo medicamentos

destinados para el tratamiento de pacientes, sino también otras sustancias farmacológicamente activas.

En segundo lugar, la definición habla de un estado psíquico especial, incluso también, en el caso de ciertas drogas, de un estado físico; dicho estado se caracteriza porque la conducta normal de un individuo se altera, aunado al deseo irreprimible de consumir el fármaco. Por lo que nos menciona la posibilidad de efectos a dos niveles.

El primero de estos tipos es la **dependencia física**, que se define como: “estado de adaptación biológica que se manifiesta por trastornos fisiológicos más o menos intensos cuando se suspende bruscamente la droga”, lo que quiere decir que el organismo se acostumbra a la droga y la necesita para vivir, y que cuando se deja suministrar, ocurren trastornos fisiológicos tales como, alteraciones en la frecuencia cardíaca, en la presión arterial y en la respiración; sudación, vómitos, delirios, convulsiones, pérdida de la conciencia, entre otros; a todos estos trastornos fisiológicos, que se producen al suspender bruscamente la droga que produce dependencia física, se les conoce como **síndrome de abstinencia**. Este tipo de dependencia la causan predominantemente los depresores del sistema nervioso central.

El segundo tipo de dependencia producido por algunas drogas, es la **dependencia psíquica**, la cual se refiere al “uso compulsivo de una droga sin desarrollo de dependencia física, pero que implica también un grave peligro para el individuo”. Es decir, en este tipo de dependencia no se producen trastornos fisiológicos al suspender bruscamente la droga; sin embargo, el individuo siente la necesidad irreprimible de tomarla, de tal forma que provoca alteraciones en la mente de la persona, las cuales varían de acuerdo a múltiples

factores tales como; edad del sujeto, las expectativas que tenga el usuario hacia las drogas, así como su frecuencia y cantidad. De cualquier forma, las alteraciones mentales son lo suficientemente importante como para poner en peligro a cualquier individuo. Este tipo de dependencia la causan predominantemente los estimulantes del sistema nervioso central.

Aunque prácticamente cualquier sustancia es capaz de desarrollar una dependencia en el individuo, para considerar el fármaco dentro del terreno de la farmacodependencia como “droga” debe tener una serie de efectos sobre el sistema nervioso central, de tal manera que producen cambio fisiológicos que actúan sobre las emociones y que se manifiestan en su comportamiento, provocando el fenómeno de la **tolerancia** que consiste en “la capacidad que tiene el organismo de adaptarse a los efectos de las drogas, lo que implica la necesidad de aumentar la dosis para obtener resultados de igual magnitud”. Esto es lo que en ocasiones lleva al adicto a la sobredosis, no tanto por error o intención de la persona, sino porque la cantidad que con anterioridad se administraba ya no le es suficiente como para tener los mismos efectos, por lo que tiende a incrementarla (Palacio, 1994).

El término **abuso** se refiere a “el consumo de un droga en forma excesiva, persistente o esporádica, incompatible o sin relación con la terapéutica medica habitual”, lo que quiere decir que cuando un fármaco no está siendo tomado bajo prescripción médica y además su administración es en forma excesiva ya sea de vez en cuando o en forma continua se esta hablando de abuso de drogas (CONADIC, 1992).

El concepto **uso** es el término contrario al anterior, que significa: “consumo de sustancias lícitas, bajo prescripción médica, en dosis y frecuencia indicadas

médicamente”.

Por último, y de acuerdo con las definiciones dadas, se puede decir entonces que **farmacodependiente** es “la persona que utiliza drogas con fines de modificar su comportamiento” (López, 1995).

Así, podemos afirmar que el farmacodependiente generalmente cae en el abuso de drogas, baja la excusa de que las necesita para sentirse bien, con la diferencia de que él va marcando la cantidad y frecuencia del consumo.

A continuación se mencionan los tipos de drogas o fármacos conocidos mas comúnmente y capaces de producir dependencia.

2.2 CLASIFICACION DE DROGAS

Existe un gran número de drogas que pueden dar origen a un estado de dependencia. Por lo que es necesario clasificarlos adecuadamente con el fin de que sea más sencilla la identificación y el tipo de droga a que se refiere.

El Consejo Nacional contra las Adicciones (1992) ha clasificado a las drogas de abuso de acuerdo al efecto que ejerce sobre la actividad mental o el estado psíquico de una persona y que básicamente puede ser de dos tipos: a) las que aceleran la actividad reciben el nombre de estimulantes, y b) las que retardan o deprimen la actividad reciben el nombre de depresores.

De acuerdo a lo anterior, a continuación se presenta un cuadro esquemático en donde se clasifican las drogas a las que se ha hecho referencia.

		Anfetaminas y otros estimulantes	
		Derivados de la hoja de coca: cocaína, crack, bazuco, etc.	
Marihuana y derivados del cannabis			
	Estimulantes	Alucinógenos	L S D
Drogas capaces de provocar Farmacodependencia			Mezcalina
			Psilocibina
		Tabaco y cafeína	
		Barbitúricos y no barbitúricos	
		Alcohol	
	Depresores	Tranquilizantes	
		Derivados del opio: Morfina, heroína, codeína, etc.	
		Inhalables	

Con el fin de hacer más explícito el entendimiento del esquema anterior, a continuación se describirá brevemente.

2.2.2 ESTIMULANTES

Dentro del grupo de los “estimulantes” que pueden producir dependencia de drogas, existen 4 subgrupos.

El primero de ellos es el de las anfetaminas y otros estimulantes entre los que se encuentran la dextroanfetaminas, metadrina y dezefrina.

El segundo subgrupo de los estimulantes lo constituyen los derivados de la hoja de coca como: coca pura, el crack, cocaína común, pasta de coca, etc.

El tercer subgrupo es el de los alucinógenos, que producen una actividad mental que puede llegar a alterar la percepción, llegando a ver objetos que en realidad no existen. De los alucinógenos el más comúnmente usado en nuestro país es la marihuana, que consumida en grandes dosis produce alucinaciones, aunque con cantidades pequeñas no lo hace; derivados de la misma son, el

hachís y el aceite de hachís, entre otros. Las otras drogas incluidas en este subgrupo son: el ácido lisérgico (LSD), la mezcalina y la psilocibina.

Por último, el cuarto subgrupo es el de los estimulantes especiales, debido a que constituyen las sustancias de mayor uso a nivel mundial; el tabaco y la cafeína, pues son las drogas “aceptadas socialmente”, en el sentido de que su uso es legal; pero por el hecho de ser permitidas no quiere decir que sus efectos no son nocivos y carezcan de importancia.

De todos los estimulantes mencionados anteriormente solo las anfetaminas tiene actualmente un uso médico, aunque se encuentra restringido, pues solo suele emplearse en el tratamiento de algunas depresiones o a veces en el manejo de la obesidad (Inaba y Cohen, 1992 y CONADIC, 1992).

2.2.2 DEPRESORES

Dentro del grupo de los “depresores” que pueden producir dependencia, existen cinco subgrupos. El primero comprende por un lado a los barbitúricos y no barbitúricos, ambos con aplicación médica debido a que producen estados de sedación en sujetos excitados, con problemas de insomnio, epilepsia o convulsiones

Por otro lado, dentro de este grupo se incluye al alcohol, considerado como el segundo subgrupo, el cual representa el tipo de droga que más se consume debido a que su uso es “aceptado socialmente” a pesar de que suele ser el que mayores problemas ocasiona en la salud física y mental de quienes la consumen.

El tercer subgrupo esta formado por los tranquilizantes, tales como: benzodiazepinas, diacepam, valium, entre otros. Su principal aplicación médica

es en el tratamiento de recuperación del alcoholismo o de trastornos afectivos. Sin embargo su abuso ocasiona el mayor peligro potencial.

El cuarto subgrupo comprende al opio y sus principales derivados tales como: heroína, morfina, codeína; así como pentazocina, meperidina, nalbufina, etc. que son opiáceos sintéticos, los cuales son considerados como estupefacientes. Algunos de estos tienen efectos altamente sedativos, la morfina por ejemplo es usado como analgésico muy poderoso, la codeína tiene efecto tóxico y es utilizado en jarabes o tabletas para suprimir la tos. aunque también a sido usado para aliviar algunos dolores, pero su efecto analgésico suele ser diez veces menor al de la morfina.

El último subgrupo está constituido por los inhalables, divididos por su efecto en: anestésicos (éter y óxido nitroso) y volátiles (goma de pegar, queroseno, compuestos del petróleo como el tolueno y aerosoles).

En realidad; los anestésicos son sustancias que producen un estado semejante al sueño fisiológico y carece de importancia en el campo de la dependencia de drogas debido a la baja disponibilidad para el público, pero que amerita regular su uso y distribución (Masstín, 1993).

Los volátiles o inhalables reciben este nombre debido a que son sustancia que no se toman ni se inyectan, como casi todas las drogas revisadas anteriormente, sino que se inhalan por la nariz y por la boca debido a los vapores que despiden. Dentro de este grupo se encuentra el thinner, la gasolina y acetona. Su uso constituye actualmente un reto para la población que consume más este tipo de droga, como lo es la juvenil e inclusive la infantil, debido a la disponibilidad y precio, aunque su abuso traiga graves consecuencias físicas y mentales para los individuos que los consumen (CONADIC, 1992).

A continuación se expondrán los niveles de consumo, necesarios para identificar en cual de ellos se encuentra la persona que a abusado de drogas y en tal medida poder brindarle la ayuda necesaria.

2.3. NIVELES DE ADICCION

Ahora resulta importante conocer los tipos de consumo, debido a que se debe ubicar a cada farmacodependiente en el que corresponda, ya que no todos la consumen en las mismas condiciones, ni con la misma frecuencia ni finalidad, y para no caer en el error de etiquetarlos y tratar a todos los farmacodependientes de la misma manera sin comprender los motivos por los cuales consume drogas

Para fines prácticos se tomaran en cuenta la clasificación realizada por la PGR (1995), basada en los fundamentos planteados por CONADIC (1992). Así pues, clasifican a las personas adictas a las drogas en cuatro niveles según sean las características que presenten.

2.3.1. CONSUMO INICIAL O EXPERIMENTAL

Corresponde al tipo de consumo que se da cuando las personas inicia su contacto con las drogas y se engloba principalmente en la curiosidad por experimentar sus efectos. A la par de obtener experiencias nuevas y placenteras, así como la amistad con otros consumidores de drogas y la imitación de algunos amigos la hace también posible.

Normalmente es durante la adolescencia cuando el sujeto busca precisamente experimentar nuevas sensaciones, que logra por medio de la intoxicación, por lo que está adquiere un enorme valor (Ortíz, 1992).

Algunas personas usan las drogas con un “propósito específico” de una situación pasajera, se puede mencionar al estudiante que utiliza anfetaminas a fin de mantenerse despierto y poder preparar un examen. Muchas de estas personas no muestran dependencia psíquica a las drogas y el consumo desaparece cuando cesa la situación que la originó. De hecho gran cantidad de expertos no consideran este tipo de uso de drogas como problema de farmacodependencia (CONADIC, 1992)

Generalmente el individuo que toma drogas a este nivel lo continúa haciendo en esporádicas ocasiones teniendo como motivo principal la curiosidad y la presión de los amigos. Comúnmente la mayoría de las personas inician el consumo de alcohol o cigarro bajo las mismas circunstancias.

2.3.2. CONSUMO OCASIONAL U SOCIAL.

En éste se encuentran los individuos que persisten en utilizar las drogas. Recurren a ellas cuando las tienen al alcance de la mano, en forma intermitente y en un ambiente en que su uso es común, por motivos sociales; es decir, cuando se encuentran en una reunión con amigos, en alguna fiesta, en donde el uso de drogas es común. En este nivel el individuo aún no compra la droga, siempre se la invitan y comúnmente no lo hace solo y en algunos casos los usuarios no rebasan este nivel usándolas solo en ocasiones sociales.

Por el tipo de drogas que suelen usarse en estas circunstancias y por la satisfacción misma, es posible que exista cierto grado de dependencia psíquica, pero poca o nula dependencia física. Inclusive muchos no lo consideran tampoco como enfermedad, sino como un proceso de búsqueda de identidad que ocurre durante toda la vida pero que se manifiesta más durante la

adolescencia (CONADIC, 1992).

Los consumidores continúan viviendo normalmente y son capaces de disfrutar y departir sin ayuda de la droga, ya que ésta no ocupa un lugar primordial en sus vidas.

2.3.3. CONSUMO HABITUAL.

Este tipo de consumo ya depende de una serie de factores tales como: la frecuencia, tipo de droga y punto de vista de quien la ingiere. El consumidor se crea un hábito, es decir, establece una periodicidad y un número de ingestiones de droga al día, asimismo empieza a comprarla y a consumirla generalmente a solas y en lugares apartados, sin suspender, en algunas ocasiones sus actividades cotidianas. Conoce las sustancia, sus dosis, as frecuencias y ocasiones en que las puede consumir y aún más; considera que su consumo no es un problema sino que le ayuda para un mejor desempeño (Ortíz, 1992).

En este grupo se encuentran quienes sin duda representan el mayor problema ya que la vida diaria de estas personas gira en torno a las drogas y a los esfuerzos por obtenerlas. Existe una marcada dependencia psíquica reforzada habitualmente por la dependencia física cuando se utilizan ciertos fármacos. Es aquí donde con más frecuencia se da el consumo de varias drogas, y en donde se encuentra el mayor número de problemas médicos por síndrome de abstinencia o intoxicación.

Es común que la familia del farmacodependiente se de cuenta del problema cuando ya se encuentra en es nivel, debido a la serie de problemas que desencadena el consumo de drogas

2.3.4 CONSUMO DISFUNCIONAL

Se establece cuando el consumidor dedica gran parte de su tiempo y energías a obtener la droga y a abusar de la misma, pasa la mayor parte del día con compañeros de su misma condición, descuidando sus actividades comunes y para poder realizarlas necesita estar bajo lo efectos de la droga de la que abusa, su impulso hacia el consumo de las mismas es desmedido, lo siente pero no logra frenarlo (Ortiz, 1992).

En el se encuentra aquellas personas que han dejado de funcionar adecuadamente en la sociedad, ya que su vida se reduce a conseguir y a consumir la droga, con la consiguiente pérdida de interés hacia todo lo que no se relacione con aquella sustancia.

Estos farmacodependientes suelen tener arraigados padecimientos como: inestabilidad emocional y algunos otros hasta trastornos psiquiátricos.

Por lo general son individuos inmaduros, frustrados, atormentados por conflictos internos graves, impulsivos e incapaces de posponer el logro de satisfacciones inmediatas (CONADIC, 1992).

Las diferentes formas de abuso a las que se a hecho referencia llegan incluso a mezclarse. Por lo general el farmacodependiente habitual se inició con el ánimo de diversión o experimentación.

Así pues, nos podemos dar cuenta que al abordar este tema no podemos hablar de un factor o motivador exclusivo para iniciarse en el consumo de drogas; por consiguiente, las razones para tener un primer ensayo de drogas no son las mismas que se tienen para seguir haciendo uso de ellas al grado de llegar a depender de las mismas; siendo éstas específicas y distintas en cada persona, por lo que surge la necesidad de clasificarlas adecuadamente, para así poder

abordar acertadamente a la problemática.

Asimismo, el haber revisado los aspectos generales nos permite tener una visión clara de dicho fenómeno y así como entender a que se refiere; enseguida se pasará a analizar los problemas asociados a los que se enfrentan las personas que abusan de drogas.

CAPITULO TRES

3.1. PROBLEMAS ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS

El uso y abuso de drogas constituye un fenómeno complejo, con raíces y consecuencias biológicas, psicológicas y sociales, y que adopta características muy particulares dependiendo de cada país, guardando estrecha relación con la dinámica económica y social, así como los delitos y la violencia asociados a el.

La gran mayoría de los efectos que ocasiona el consumo de drogas, depende de la cantidad y frecuencia de las dosis, que modifican la capacidad física, mental y conductual del individuo . Los efectos resultan de la interacción de tres elementos básicos: la propia droga; el usuario con cada una de sus características genéticas, físicas y psicológicas; y el medio ambiente, o sea, el núcleo familiar, la sociedad, el nivel cultural, la educación, la situación económica, entre otras características.

El frecuente consumo de sustancias psicotropicas puede ocasionar consecuencias de tipo médico y social. Las consecuencias en el estado de salud dependerán del tipo de sustancia que se trate, del tiempo de consumo y de la cantidad que se consuma. En lo social, se pueden presentar situaciones de delincuencia, accidentes, hechos violentos, entre otras.

El abuso de sustancias adictivas genera tolerancia y dependencia, por lo que, de acuerdo a la susceptibilidad propia de cada individuo, es decir, según la edad de inicio, tiempo y frecuencia de consumo, así como el tipo de droga, se presentaran dichas situaciones en diferentes momentos,

modificando por lo tanto el patrón de consumo y con ello las repercusiones médicas y sociales del individuo. La mayor parte de los efectos que ocasiona el consumo de sustancias pasan por lo general inadvertido para el consumidor (ENA, 1993).

Dada la diversidad y complejidad del fenómeno de la farmacodependencia, hasta el momento no se cuenta con un estudio que por sí mismo documente en su totalidad la magnitud y naturaleza del problema, por lo que se debe recurrir a diversas fuentes de información para obtener un panorama general del mismo.

3.1.1. ASPECTOS GENERALES.

Como se menciona anteriormente, en el origen, prevalencia; así como los problemas asociados al consumo de drogas, existen factores que necesariamente se interrelacionan. Así pues, no podemos hablar de que las personas que ingresan en el consumo de drogas tenga únicamente motivos personales; ni tampoco que la familia o la sociedad lo orillan a ello, ya que toda la población se encuentra en las mismas condiciones sociales y económicas y en cambio no ingresa en su totalidad a dicho hábito o porque no todos los miembros de una misma familia recurre al uso de drogas.

La farmacodependencia se presenta como un síntoma, o sea, la demostración manifiesta de una alteración emocional, que se representa a través de la ingestión de drogas y funciona como una salida por la cual opta, ante la imposibilidad de enfrentar los problemas diarios que le causan conflicto. Dicho síntoma y a su vez repercute en la familia, en la comunidad y en el individuo mismo, ya que cada uno de ellos participa de distinta forma. Una vez presente ésta se establece un vínculo entre dichos

elementos, en el cual, la agresión, el rechazo, la culpa y el miedo son mutuos y se encuentran siempre presentes (Sodi, 1981).

Si bien es cierto, que el consumidor de drogas comete actos antisociales ante los que aparenta una actitud de frialdad ante los hechos, no deja de sentirse culpable por lo que hace. La “cruda moral” de la que tanto se habla, es decir, a ese estado en el que aunque se encuentra intoxicado, tiene conciencia de lo que esta haciendo, tiene aletargados los reflejos, esta distorsionada la percepción y el tiempo; aunque no tiene control pleno de la conducta, también en ese estado conoce y acepta existen comportamientos que, principalmente a el no le agradan, y además son castigados tanto por la sociedad como por las leyes civiles y penales. Esto ocasiona que el farmacodependiente se mueva en un círculo que, de momento y para el, no tiene salida, llegando el tiempo en el que también ya nadie cree ni confía en el, incrementando aún más su baja autoestima, su depresión y su angustia; las cuales prefiere no sentir y continua drogándose (Reyes del Olmo, 1983)

Por otro lado se presentan también los problemas sexuales ligados al consumo de drogas. En lo que respecta al consumo de alcohol se dice que puede haber hasta una “feminización del hombre” debido a la incapacidad del hígado para degradar estrógenos, por lo que se va reduciendo el tamaño prostático y la disminución del cabello de la barba y el vello púbico; también disminuye la libido y producir una disminución en la espermatogénesis, lo que limita la posibilidad de ser padre.

En la mujer, el consumo de determinadas sustancias tales como el alcohol o la marihuana, ocasiona problemas menstruales, abortos frecuentes, esterilidad, y en su caso, dificultades de parto.

También la homosexualidad puede ser un problema asociado al consumo de alcohol o drogas, pues diversas comunidades gay tienden a socializarse en

bares, en parte por el aislamiento y la alineación experimentada por las personas homosexuales, como resultado del rechazo y la desaprobación social (Campillo y Romero, 1994).

En las mujeres consumidoras de cocaína, en caso de embarazo el producto corre el riesgo de malformación congénita, mortalidad perinatal, disfunciones neuroconductuales, presentar problemas renales y respiratorios, así como una alta incidencia de embolias y se sospecha que tiene algo que ver en el riesgo del síndrome de muerte infantil súbita.

Otro problema relacionado con el consumo de drogas es la transmisión directa de enfermedades, tales como el SIDA; al compartir agujas hipodérmicas, jeringuillas y otras inyecciones propias de las drogas. Un segundo vínculo es la transmisión del virus por adictos infectados a sus parejas sexuales riesgosas y de compartir jeringas. Además, las conductas de protección como el uso de preservativos pueden no darse, a pesar de que la persona conozcan las precauciones que debe tomar. Y la tercera relación se da en mujeres infectadas que transmiten el virus a sus propios hijos en periodo perinatal (Campillo y Romero, 1994).

Así pues, afecta principalmente al individuo, el cual puede comportarse de diferentes maneras, tales como indiferencia, propagación de enfermedades, baja autoestima, ansiedad por no conseguir relaciones sexuales satisfactorias, etc.. Así como también problemas a la sociedad por el número creciente de adictos con SIDA y los grandes costos invertidos en su rehabilitación.

Respecto a lo que se dice de la estrecha entre la violencia intrafamiliar y el consumo de drogas, se considera un mito que ha prevalecido a lo largo del tiempo, tomándose como una conducta que justifica a la otra y viceversa. Sin embargo se ha dicho que actúan en si misma, aspectos sociales y

económicos, la cultura, y desde luego el efecto farmacológico de la sustancia.

Dicha conducta incluye gritos, amenazas, castigos que privan de la libertad; humillación, ridiculización de la víctima, hasta llegar a los golpes con gran severidad; y desde luego el abuso va acompañado de la privación de afecto y atención esencial que produce daños a largo plazo. Sin embargo, independientemente del uso de alcohol y drogas, dicha situación se manifiesta en un gran número de casos.

Lo que es evidente en estos casos es que genera baja autoestima o el desarrollo de patologías severas, y lo más importante, que pueden dañar más cuando se presentan en el interior de la familia, pues se supone que en este grupo, el individuo debería encontrar apoyo, seguridad y bienestar; situación que continúa en gran medida degradándolo cuando ya es adicto (Reyes del Olmo, 1983).

Generalmente se identifica a la violencia y al uso de drogas con una actitud y una conducta más masculina que femenina, situación que socialmente es reforzada por la manera de educarnos respecto al sexo con el que nacemos; la mujer generalmente lo “acepta” como una forma de castigo por no cumplir con el rol encaminado y que si pone de su parte no volverá a suceder; situación que se vuelve un círculo vicioso del que difícilmente se puede salir sino solicita ayuda. Es común que el hombre golpee a su esposa e hijos bajo el efecto de alcohol y drogas, justificando sus actos bajo el pretexto de que no sabía que hacía (Natera, Mora, et al, 1994)

Lo peor, es que el efecto no solo queda a ese nivel, sino que puede ser un factor motivacional en el uso de drogas y que por ende la situación familiar empeora, justificando ahora que el responsable de tal situación es el hijo, el hermano, el padre, etc. que se inicio en el consumo de drogas; tratando

entonces de deshacerse de él, sin tomar en cuenta que el problema también los involucra.

Respecto a los problemas sociales a los que se enfrentan los individuos con problemas de farmacodependencia generalmente recaen en los delitos que cometen bajo el efecto de las drogas; esto es, riñas callejeras, robos, homicidios, violaciones, entre otros; y los tipificados como delitos Contra la Salud, entre los que se encuentran desde la simple posesión de droga para su consumo personal, hasta la venta, distribución, fabricación de drogas y el narcotráfico. Lo que puede tener como consecuencia la privación de la libertad, y en ocasiones, la muerte.

Finalmente, Soriano (1990) menciona que el uso de sustancias psicotrópicas, aparte del alcohol, fomenta la delincuencia al incrementar el comportamiento impulsivo y violento. Así también refiere que el uso de drogas produce problemas a la sociedad en general, debido al gran gasto de fondos gubernamentales en hacer cumplir la ley y en atención médica. Y por último, puede causar problemas al usuario con el medio que lo rodea, como amigos, conocidos, etc.; en términos de conducta antisocial, y quizá lo que más preocupa actualmente a la sociedad, la delincuencia por obtener ingresos entre los individuos que consumen drogas.

Lo antes expuesto explica de manera general los problemas a los que se enfrentan y que desencadenan los usuarios de drogas; que algunos de ellos son los mismo con los que se enfrentaban cuando se iniciaron en el consumo, pero con mayor incidencia.

3.1.2. PROBLEMAS ASOCIADOS DE ACUERDO AL TIPO DE DROGA.

Si bien se puede decir que el consumo de drogas lo originan y mantienen problemas similares, suelen existir diferencias en cuanto al tipo de droga consumida, frecuencia, tiempo de consumo y potencialidad de la misma. Dichos problemas pueden ser por tipo de droga las siguientes:

Cannabis y sus derivados; A menudo los consumidores presentan una falta general de interés o afecciones mentales, con excesos de depresión y confusión. Su uso crónico puede dar lugar a laringitis, rinitis, bronquitis crónica, enfisema, afección pulmonar y angina. Físicamente, empaldecimiento, delgadez, anorexia, estreñimiento, pérdida de la libido

En las mujeres, se pueden producir alteraciones específicas como la amenorrea, debido a que el sistema reproductivo se ve afectado, ya que el ingrediente activo de la marihuana (THC) se almacena en los tejidos grasos, como son los ovarios lo cual puede impedir su fertilización.

En el sistema gastrointestinal, el uso en altas dosis, puede provocar vómito, diarrea o dolor abdominal (O.M.S., 1987; Masucchio, Ortiz, et al, 1992).

Soriano (1994) en su investigación encontró que el problema mas relacionado al consumo de marihuana es el de “trastornos mentales y psiquiátricos”, seguido del “musculoesquelético” y “respiratorio y cardíaco”. Y Villatoro-Velázquez (1996) refiere a los legales como el principal problema asociado.

Derivados de la hoja de coca: Estos puede producir afecciones o alteraciones mentales como euforia, irritabilidad, agotamiento, hipersomnolencia, depresión sistemática asociada a una imagen devaluada de sí mismo, psicosis paranoide, intentos suicidas, alucinaciones, entre otras. Dependiendo de la vía de administración pueden ser: atrofia de la mucosa

nasal, pérdida del sentido del olfato y, en las formas más graves, necrosis y perforaciones del tabique nasal, infecciones bacterianas y víales y afecciones cutáneas. También pueden producir problemas de presión arterial. El uso de “base libre” en forma crónica puede producir disnea y tos. Los concomitantes somáticos del abuso crónico son la extrema delgadez, la anorexia, crisis diarreicas, apatía, desgano, desinterés y pesimismo (O.M.S., 1987; Masucchio de Zan, Ortiz, et al, 1992).

Medina-Mora (1991) refiere además el daño pulmonar, cambios en la presión sanguínea, temores y convulsiones. En ocasiones sus efectos psicológicos como autoconfianza y poder, se modifican hasta convertirse en una depresión profunda, ansiedad, insomnio, aislamiento social e irritabilidad; y en otras se asocia con paranoia y en algunos casos con la conducta violenta; y en las más dramáticas condiciones, a la muerte por sofocamiento relacionadas con descargas cerebrales, sobredosis, ataques cardíacos o infartos cerebrales.

En el estudio de Soriano (1990) se encontraron como principales problemas asociados al consumo de drogas las alteraciones mentales, daño en el hígado y estómago; así como agresión física.

Inhalables; los inhalables por su forma de uso producen cambios en las vías respiratorias y pulmones. En altas dosis estos daños llegan a ser cancerígenos. Dependiendo del tipo de inhalable que se use puede producir alteraciones graves y en algunas ocasiones letales. Las más comunes son: afecciones cardíacas, complicaciones respiratorias graves, daño neurológico central, en ocasiones irreversibles, calambres musculares severos asociados con daño gastrointestinal, incluyendo vómitos, afecciones de riñón; agresividad, incoordinación muscular, entre otras (O.M.S., 1987; Ortiz y Caudillo, 1984).

Al respecto, Soriano (1990) reafirma lo dicho anteriormente ya que en su investigación encontró que los problemas de salud son los que se reportan con mayor incidencia. Por su parte Villatoro-Velázquez encontró que el consumo de inhalables esta asociado principalmente con haber tenido peleas por el uso de drogas, haberse sentido triste, deprimido o pérdida de interés en las cosas; deficiencia en la concentración o memoria, y tener discusiones con la familia o amigos.

Por su parte Berenzon, López, Medina-Mora, et al. (1994) en un estudio realizado para determinar la relación existente entre el consumo de inhalables y actos antisociales en estudiantes; encontraron que sí existe una relación significativa entre esas variables y que cuanto mayor es el consumo, mayor es el número de actos antisociales; entre los que se pueden encontrar los problemas legales por robo.

Medina-Mora, Ortiz, et al. (1984) encontraron que en lo que se refiere a las alteraciones cognitivas observadas en inhaladores crónicos, es que disminuyen significativamente las habilidades cognitivas, tales como la habilidad motora, la capacidad visomotriz y la atención.

Alucinógenos; los consumidores pueden presentar signos de afección mental con confusión y depresión. Así como disfunción cerebral, en la que predominan las alteraciones de la memoria, la desorientación y la confusión mental. Los daños a largo plazo sobre el organismo están dados también, por las alteraciones cromosómicas que provocan en los glóbulos blancos (Masucchio de Zan, Ortiz, et al 1992; OMS, 1987).

Opiáceos; Si alguna persona consume en exceso una de estas drogas puede perder el conocimiento e incluso llegar a morir. Generalmente al dejar de consumirla puede producir dolor intenso, vómitos, diarrea, sudación e insomnio, debido al síndrome de abstinencia (OMS, 1987).

Anfetaminas; puede producir afecciones mentales como depresión, ansiedad, insomnio e ideas suicidas; excesivos temores, ilusiones y alucinaciones. (Masucchio de Zan, Ortiz, et al. 1992).

Soriano (1990) refiere en orden de mención como los más asociados al uso de drogas medicas (estimulantes, sedantes y tranquilizantes) son; los “trastornos mental/psiquiátricos”, el “musculoesquelético”, “respiratorio/cardíaco” y por último el de “órganos de los sentidos/digestivo”.

Así pues, podemos observar que de acuerdo al tipo de droga consumida serán los problemas asociados, influyendo para ello diversos factores tales como; frecuencia, tiempo de consumo, cantidad, entre otras.

A continuación se presentan algunas investigaciones realizadas tanto en la cd. de México como en el resto de la república, con información actualizada del tema que se esta tratando.

3.1.3. ALGUNAS INVESTIGACIONES SOBRE PROBLEMAS ASOCIADOS AL CONSUMO.

Actualmente existen investigaciones que han encaminado sus esfuerzos a identificar los problemas asociados a la farmacodependencia, algunos de manera general, y otros con respecto algún tipo de droga específicamente.

Uno de ellos es el SRID (Sistema de Reporte de Información en Drogas) realizado en el Centro de Información y Documentación en Farmacodependencia del Instituto Mexicano de Psiquiatría (1996), el cual recabo la información de 44 instituciones de salud y de procuración de justicia de la cd. de México; teniendo entre sus objetivos el de conocer los daños individuales y sociales asociados al consumo de drogas, obteniendo

sus datos en un instrumento llamado “Informe individual sobre consumo de drogas”.

Para la exposición de sus resultados clasifíco a los problemas asociados de la siguiente manera:

- Académico: el cual incluye consumo de drogas dentro del plantel, deserción escolar, problemas de aprendizaje y problemas de conducta.
- Económico: bajos ingresos personales, gasto de dinero en droga, ingresos eventuales, no alcanza el dinero, no dispone de dinero o no trabaja.
- Familiar: antecedentes de consumo en la familia, conflictos familiares, disfuncionalidad familiar, disgregación o desintegración familiar, mecanismos de enfrentamiento de la familia, problemas de comunicación, problemas de vinculación afectiva y violencia intrafamiliar.
- Laboral: bajo rendimiento laboral, conflictos laborales, consumo en el trabajo, pérdida del empleo y trabajo eventual.
- Legal: accidente automovilístico, delitos contra la salud; fraude rapto y estupro, homicidio, lesiones, robo, sentenciado, violación y problemas con la policía.
- Sexual: falta de interés sexual, homosexualidad; incapacidad eréctil, frigidez, eyaculación precoz; promiscuidad, prostitución y violación.
- Social: aislamiento, conductas antisociales, influencia de ambiente, presión de pares y rechazo.
- Nervioso/ Mental: abuso de sustancias, ansiedad, alteración del estado de ánimo por sustancias, alteraciones del estado de ánimo, alteraciones del sueño, delirium, dependencia, esquizofrenia, intoxicación, abstinencia, trastornos por déficit de atención, así como trastornos de apetito.

- Orgánico: problemas cardiovasculares, digestivos, febril, intoxicación medicamentosa, irritación de los ojos, malformaciones/lesiones físicas, órganos de los sentidos, urogenitarios, vías respiratorias y otros.
- Y Psicológico: aprehensibilidad, baja autoestima, baja tolerancia a la frustración, hiperactividad, ideas suicidas, impulsividad/agresividad, inadaptación, inestabilidad emocional, rebeldía, relajación, sentimientos de culpa, soledad, temores, tolerancia, trastornos de la conducta y de la personalidad.

Los resultados obtenidos muestran un incremento notable en el porcentaje de los problemas asociados en relación con los que tenían antes del inicio del consumo, de lo que se puede decir, que si bien existen diferencias se presentaban en menor proporción antes del consumo; lo que seguramente dio pauta a que el individuo se iniciara y continúe manteniendo y avanzando en la problemática. También el área en donde se tienen problemas antes y después del consumo es la familiar, guardando poca diferencias porcentual; así como también en las áreas social y psicológica, reforzando lo dicho teóricamente de la interrelación de esas tres áreas en el problema.

Respecto a las áreas en las que sí se obtienen diferencias significativas son: la laboral, legal, mental; es decir, que en relación a las problemáticas existentes antes y después del consumo de drogas es preocupante debido a que si se presentaron incrementos significativos.

En relación al tipo de droga consumida y los problemas derivados antes y después del consumo de drogas, quienes tuvieron menos diferencias fueron los consumidores de anfetaminas y otras drogas. Manteniendo todas las demás drogas diferencias similares; lo que quiere decir, que independientemente de tipo de droga que se consuma, los problemas

asociados a la misma son similares, incluyendo a las drogas socialmente aceptadas, como el alcohol y el tabaco (IMP, 1996).

Una investigación derivada del SRID es la realizada en su tesis Soriano (1990), la cual también tuvo como objetivo el de detectar los problemas asociados al consumo de drogas en personas que ingresaban a instituciones de salud y de procuración de justicia, pero de una manera más detallada.

Entre algunos de los resultados obtenidos se encuentra el perfil de los usuarios que reporto algún problema de acuerdo a sus características sociodemográficas las cuales se resumen de la siguiente manera: de una muestra de 200 personas; el 85% corresponde al sexo masculino, lo que representa a más de la tercera parte, de entre 15 y 19 años de edad, solteros, de nivel socioeconómico bajo, con escolaridad de primaria incompleta y con ocupación de subempleado o eventual.

Otro aspecto que dio a conocer son los tipos de problemas que más reportan los usuarios asociados al consumo de drogas. El análisis por tipo de problema reportado se describe a continuación.

Tabla No. 3 Tipo de problema asociado al consumo de drogas

TIPO DE PROBLEMA	PORCENTAJE
Individual/Familiar	68.5%
Salud	23 %
Económico	22.2 %
Legal	19 %
Laboral	17 %
Social	15.5 %
Académico	12 %
TOTAL	100 %

En cuanto al tipo de problema por sexo, la mujer presenta un porcentaje ligeramente mayor en los problemas familiar/individual, salud y laboral; en el legal, económico, académico y social, predominan los hombres

Respecto a la edad, los rangos de entre 15 a 19 años y 20 a 24 alcanza los índices más altos en los 7 tipos de problemas reportados. Y con relación con el tipo de droga consumida “alguna vez en la vida” son el familiar/individual, el de salud y el social. El problema familiar, en todas las drogas, ocupa la primer posición y el de salud la segunda.

En los usuarios de las tres principales drogas de consumo: marihuana, inhalables y cocaína; los problemas legal, laboral, económico y académico ocupan diferentes para cada una de ellas. Así también, los usuarios habituales y ocasionales son los que reportan un mayor número de problemas en todas las áreas.

Otra investigación similar a las anteriores llevada a cabo por Villatoro-Velázquez (1994), aporta resultados muy similares. Su estudio abarco básicamente tres áreas que representan problemas para los farmacodependientes (la psicológica, la dependencia y la sociofamiliar), mediante 18 reactivos evaluados por el Instituto Mexicano de Psiquiatría.

En el área psicológica, es en donde el mayor número de usuario reportó tener problemas y la social la que obtuvo el menor porcentaje. El grupo de usuarios de inhalables; así como el de poliusuarios, son los que refirieron tener problemas en las tres áreas.

Para los problemas de dependencia y el total de problemas, se encontró que la mayor frecuencia de uso y el poliuso son factores de riesgo que incrementan su ocurrencia. La escolaridad del sujeto funciona como factor protector, es decir, a mayor nivel educativo del sujeto, las posibilidades de presentar problemas de dependencia disminuyen.

Respecto a los problemas familiares y sociales se encontraron resultados similares. El poliuso, la mayor frecuencia de uso y pertenecer al sexo masculino, funcionan como factores de riesgo. En tanto el nivel educativo del sujeto sea mas elevado, se decrementan ligeramente las posibilidades de presentar problemas en esta área.

Asimismo, en la medida en que el sujeto haya iniciado el consumo de drogas a mayor edad, las probabilidades de presentar estos problemas disminuyen.

Así pues se puede decir, de acuerdo a los dos primeros estudios, que el uso de drogas conlleva casi siempre hacia algún tipo de problema, ya que un alto porcentaje de usuarios reportó la presencia de algún problema relacionado con el uso de drogas; que la mayoría de ellos corresponde al sexo masculino; y en cuanto al tipo de problema que reportó mayor porcentaje fue el familiar/individual, seguido del de salud, económico, legal, social y académico.

Respecto al porcentaje de farmacodependientes que reportó no tener problema alguno, puede hacerse la conjetura de que muy probablemente se han ido habituando al tipo de vida tanto individual, social y familiar, al grado tal de no considerar ningún suceso como problemático. Es decir, en la situación de que su núcleo familiar los involucre desde pequeños en problemas de vandalismo, de farmacodependencia, de violencia intrafamiliar, etc., a tal grado de tomar dichas situaciones como su forma común de vida.

La tercer investigación difiere únicamente respecto a que el tipo de problema en el que reportaron tener mayor problema las personas usuarias de drogas fue el psicológico.

También aporta datos tales como que el riesgo de que aumente los problemas asociados esta más ligado al uso experimental que al poliuso de

drogas; quizá por la desubicación en la personalidad de los individuos y es también cuando la familia se preocupa más entrando en un estado de negación, manifestándose en el incremento de los problemas en su familia, a la que posteriormente se habitúa o intenta apoyar en la rehabilitación. Y por último, que la edad de inicio del consumo así como el nivel educativo del sujeto, son factores que funcionan como protectores; es decir que cuanto mayor sea la edad de inicio en el consumo y mas elevado su nivel académico habrá menores probabilidades de permanecer en el.

CAPITULO CUATRO

4.1.FARMACODEPENDENCIA Y PROBLEMAS PSICOLOGICOS ASOCIADOS

Como se observó en el capítulo anterior, el fenómeno de la farmacodependencia es estudiado desde diversos puntos de vista, tales como: el social, el médico, legal y psicológico; ramas que se interrelacionan para dar un panorama específico de la problemática.

Desde el punto de vista social se indaga el origen del fenómeno desde aspectos tales como: los hogares de donde provienen, la relación entre cada uno de los miembros de su familia, el número de personas que la conforman, nivel socioeconómico, escolaridad, ambiente que lo rodea, la pertenencia a grupos y su relación con el vandalismo, liderazgo, valores, ritos, entre otras variables. El área médica aborda básicamente los daños fisiológicos ocasionados por el consumo, por ejemplo: las alteraciones en el cerebro y médula espinal que a su vez se ve reflejado en la motricidad y memoria; los cambios cromosómicos y en ocasiones la muerte de algunos órganos, entre otros más, que a simple vista no se detectan y mucho menos son aceptados por parte de los adictos.

El área legal aborda las problemáticas derivadas del consumo de drogas y su manera de sancionarlas; desde el simple consumo hasta el tráfico, venta, etc.; así como los delitos cometidos bajo el influjo de drogas. El ámbito psicológico tiene, por un lado, la de investigar las características específicas de la personalidad que llevan a determinadas personas a ser adictos, y por otro, la de dar solución a la problemática mediante diferentes técnicas tales

como, la entrevista directa y la aplicación de pruebas psicométricas para la elaboración de un diagnóstico y así elaborar un plan de tratamiento específico a seguir. Apoyada ésta de las demás disciplinas se encargan de elaborar programas de detección, información y orientación, que permitan la prevención o en su caso, un mejor abordaje terapéutico del problema.

4.1.1. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Desde el punto de vista psicológico existen diferentes formas de evaluar el comportamiento humano, la forma tradicional se lleva a cabo a partir del “mal” funcionamiento del individuo, y esto hace que el sujeto en cuestión sea el blanco de la evaluación (Anderson y Anderson, 1978).

Las dos grandes aproximaciones en las que se basa la evaluación tradicional son: la psicología diferencial y la psicología de los rasgos.

Los test tienen su origen en la psicología diferencial y surge al rededor de 1880. Los primeros psicólogos experimentales del siglo XIX estudiaban en sus laboratorios, fenómenos tales como: la sensibilidad a estímulos visuales, auditivos y tiempo de reacción. En este sentido la psicología diferencial se abocó al estudio de las diferencias individuales en la conducta de las personas; distribuyéndolas a lo largo de una escala continua respecto a las características que se están midiendo, siendo más cuantitativas que cualitativas; también se refiere a que los sujetos no se encuentran distribuidos a lo largo de la escala sino que en la mayoría de los casos se agrupan en el centro de la variabilidad y conforme se acerca a los extremos el número de individuos decrece gradualmente.

La psicología experimental puso de manifiesto la necesidad de un control riguroso de las condiciones en que se realizaban las observaciones,

demostrando que se debía mantener en todos los casos las mismas condiciones.

El término de “test mental” fue creado por el psicólogo James Mckeen Catell en 1890, para definir una serie de pruebas intelectuales por medio de la discriminación y tiempo de reacción (Benavides y Di Castro, 1989). En 1905, Alfred Binet y el Dr. Simon realizaron una escala que constaba de 30 problemas ordenados de manera creciente de dificultad, con la finalidad de estudiar el juicio comprensión y razonamiento; posteriormente en 1916 se hizo una revisión y por primera vez se utiliza el término de coeficiente de inteligencia.

Históricamente hasta la primera guerra mundial el uso de los test se centraba en la inteligencia y aptitudes. En 1917 en los Estados Unidos surgió la necesidad de clasificar rápidamente a medio millón de reclutas, en lo que se refería a su nivel intelectual, y esto dio lugar a la creación del primer tests de inteligencia colectiva: El Army Alfa, de uso general y el Army Beta para analfabetos.

Al mismo se necesitaba contar con un test que midiera aptitudes especiales que pudieran complementar los test de inteligencia, lo cual permitió el surgimiento de la psicología de los rasgos, interesada en determinar la estructura fundamental de la personalidad y además comparar la ejecución de personas y grupos sobre la dimensión de uno o varios rasgos, considerando al rasgo como una característica generalizada, relativamente estable, que hace diferente a un individuo de otro. Estos test de aptitudes especiales se elaboraron principalmente para ser utilizados en la orientación vocacional y en la selección de personal industrial y militar. Se iniciaron estudios estadísticos sobre la interrelación de las puntuaciones obtenidas por numerosas personas en una gran variedad de test, dando lugar al análisis

factorial (Sperman en Inglaterra, Thurstone en EE. UU.) encontrándose la presencia de ciertos rasgos o factores independientes.

Estos estudios fueron el antecedente de las baterías de aptitud múltiple, donde se busca la posición del individuo, respecto a cierto número de rasgos. Estas baterías se desarrollaron a partir de 1945.

Por otra parte, surgen los test de personalidad que pretenden medir características tales como la adaptación emocional, relaciones interpersonales, motivación, intereses y actitudes.

El más antiguo de los tests es el de la “asociación libre”, utilizado desde 1892 por Kreaplin. También surgieron las técnicas proyectivas como otro método para el estudio de la personalidad, partiendo de la premisa que al encomendársele al sujeto una tarea poco estructurada, él proyectaría sus modos característicos de respuesta en la ejecución de dicha tarea (Benavides y Di Castro, 1989).

Dentro del grupo de los tests, los de eficiencia constituyen el grupo más antiguo y numeroso. La aptitud es el producto de las capacidades innatas y de la influencia del medio. Estos se utilizan para predecir, con qué facilidad, adquirirá el sujeto ciertos conocimientos, mientras que los tests de conocimientos que controlan tal adquisición, sirven para predecir el éxito del sujeto con el dominio preciso en que tales conocimientos son necesarios.

Respecto a las características de los tests, se mencionan la confiabilidad, sensibilidad y la validez.

La confiabilidad se refiere a que una misma prueba aplicada dos veces seguidas a un mismo sujeto, proporcione idénticos resultados:

- **Constancia test-retest**, consiste en aplicar el mismo test a los mismos sujetos después de cierto intervalo de tiempo, obteniéndose el coeficiente de habilidad al estimar la correlación entre las dos series medidas.

- **Homogeneidad:** que consiste en dividir en dos partes equivalentes y calcular la correlación entre los resultados obtenidos en las dos mitades por los mismos sujetos (split-half). Si el test está constituido por un gran número de preguntas, se acostumbra a comparar el estudio obtenido en las preguntas pares con el resultado obtenido en los impares (método de par-impar).
- **Equivalencia:** consiste en construir dos test paralelos con preguntas análogas en cuanto a la naturaleza y dificultad y calcular la correlación de los resultados obtenidos por los sujetos en ambas formas.

La sensibilidad o fineza discriminativa se refiere al número de grados para la clasificación de los sujetos y su diferenciación. La relación entre la sensibilidad y la extensión medible es inversa, ya que cuanto más se amplía la gama de los comportamientos que puede medir un test, será mejor su sensibilidad.

La validez indica que el test mide realmente lo que pretende medir, lo cual supone la existencia de ciertos criterios que a continuación se mencionan.

- **De producto.-** es un índice numérico de validez que se relaciona con el producto de la actividad del sujeto a lo largo del test.
- **De acción.-** si la actividad que ejecuta el sujeto a lo largo del test no deja producto medible, se utiliza como criterio una medida de actividad.
- **Subjetivo.-** se utiliza un criterio obtenido a partir del juicio de un observador.

Por otra parte conviene tener en cuenta que las pruebas a pesar de su validez y confiabilidad, deben considerarse relativas y su función principal es facilitar una comprensión más profunda e integral del candidato por parte del psicólogo (Flores, 1980).

Los test se clasifican de acuerdo a los siguientes criterios:

- **Lápiz, papel:** el sujeto debe contestar por escrito las preguntas que se le formulen.

- **Ejecución:** el sujeto debe efectuar cierto trabajo de manipulación, es decir, operar algunos aparatos u equipo (reunir cubos, manejar torno, un pantógrafo, etcétera).

Según su administración:

■ **Individuales:** la administración de la prueba requiere que por cada sujeto este presente un examinador en un lugar aislado.

■ **Colectivas:** es suficiente que un grupo pequeño de examinadores supervisen su aplicación.

Según su función:

■ **De eficiencia;** máximo rendimiento, valoran aspectos cognitivos (inteligencia, aptitudes, conocimientos).

■ **De personalidad;** valoran aspectos afectivos, intereses (Cuestionarios, escalas, técnicas proyectivas).

Tiempo empleado en realizarlas:

a) **De velocidad:** estas pruebas tienen un límite de tiempo, llegando al cual el sujeto debe entregar la prueba, haya o no terminado de contestarla toda.

b) **De capacidad o de potencia:** una de las desventajas de las pruebas es que no todos los sujetos responden rápidamente, por lo que sus resultados en ese tipo de pruebas es más bajo que el de otros sujetos, aunque se ha visto que el número de respuestas correctas no depende del tiempo, sino de la habilidad que posea el sujeto.

A continuación se menciona el nombre y descripción de algunas pruebas psicométricas de acuerdo a su clasificación.

PRUEBAS DE INTELIGENCIA.

Existen diversos tests de inteligencia, una gran parte de ellos tiene la estructura de escalas psicométricas, se componen de varias pruebas o ítems escalonados según su dificultad y proporcionan el resultado global en forma de medición psíquica o intelectual.

Palabras comunes que son utilizadas en este tipo de pruebas son la madurez mental, edad mental y los niveles de inteligencia. La madurez mental se determina cuando después de someter dos veces a la misma prueba a una misma persona, con el tiempo suficiente para que no se le olviden las preguntas, el resultado encontrado sería mucho mejor en un determinado momento; llegando el tiempo en que su capacidad para responder ante la prueba ya no mejoraría, por lo que se diría que a llegado a la madurez mental. Sin embargo, las personas no dejan de aprender cuando llegan a ella, sino que muestran un alto en el mejoramiento de su capacidad para responder a la preguntas generales de las pruebas de inteligencia; así, la madurez mental es difícil de determinar.

En lo que se refiere a la edad mental esta será mayor o menor a la edad cronológica, pues con una edad mental de 10 años se puede tener una edad cronológica de 5 años. Al hablar de coeficiente de inteligencia “C.I.” nos referimos al número que muestra lo inteligente que es una persona, la manera de encontrarlo es dividiendo la edad mental entre la edad cronológica, y como al resultado de la operación se le llama “cociente”, a los números llegados en esta forma se les llamó Coeficiente de Inteligencia, cuya abreviatura de la versión inglesa es “I Q” o en la versión española “C I” cuya ecuación es:

$$C I = \frac{E M}{E C} \times 100$$

Y con el objeto de evitar decimales se multiplica por 100.

Por último, cuando hablamos de niveles de inteligencia nos referimos a la clasificación de las personas de acuerdo a lo obtenido en la ecuación anterior, lo que en ocasiones llega a ser un tanto subjetivo, debido a que si se interpreta tal cual se diría que los sujetos cuyo C.I. cayera por debajo de 70, serían llamados débiles mentales; más sin embargo, el desarrollo ante una determinada prueba depende de las habilidades natas y aprendidas y si no obtuvo un C.I. alto en dichas pruebas, pudiera obtenerlo en el desarrollo de otras actividades, por lo que no necesariamente la inteligencia determina el éxito vocacional.

La aplicación de pruebas de inteligencia nos puede servir para 4 fines:

1) Valoración del nivel intelectual de la persona. De acuerdo a lo obtenido como C.I. nos indicará el nivel o grado relativo de la habilidad mental, mostrando, de acuerdo al tipo de prueba que se aplique (verbal, escrita), la educación y cultura de la persona, así como su capacidad de observación.

Sin embargo, para evaluarlo, se debe tener en cuenta aspectos tales como las oportunidades educativas, la habilidad para la lectura, agudeza sensorial, impedimentos del lenguaje, entre otros que pueden influir en el resultado.

2) Indicios de alguna perturbación de la personalidad. En este caso las pruebas puede ayudar a descubrir o sospechar acerca de alguna perturbación si a la hora de obtener los resultados se observa respuestas desiguales o discrepancias poco comunes. No obstante es conveniente echar mano de algunas otras pruebas que nos permitan confirmar o sustentar lo encontrado.

3) **Indicios de habilidades o limitaciones especiales.** Aquí se puede analizar la memoria si es pobre o no en cuanto a acontecimientos pasados o recientes, si padece de amnesia de algún daño cerebral, a partir de ciertas respuestas.

4) **La observación del comportamiento del sujeto.** Actitud que nos da la oportunidad de observar la conducta del sujeto en una situación estándar, lo que en un momento dado puede complementar los resultados obtenidos en dichas pruebas.

Así pues, socialmente hablando, se dice que el éxito en la vida depende del grado de inteligencia que se tenga, sin tomar en cuenta algunas otras aptitudes que no necesariamente se basan en conocimientos culturales específicos

Entre las pruebas de Inteligencia más conocidas se encuentran las siguientes:

- Catell
- Wais
- Stadford - Binet
- Raven
- Dóminos
- Myers, de semejanzas y diferencias
- Army Beta, Army Alfa
- Terman Merrill
- Ottis.

PRUEBAS DE APTITUDES

En lo que respecta al término aptitud se refiere a las capacidades específicas para adquirir ciertos conocimientos o habilidades y ejecutar así ciertas

actividades o empleos, es decir, los tests de aptitudes se destinan para medir capacidades y predecir con ella las actividades posibles a desarrollar mediante el adiestramiento. Son utilizadas para numerosos fines, como lo son: las artes, las ciencias, la educación, lo musical, de razonamiento verbal, etcétera.

Los instrumentos se elaboran con el fin de evaluar las preferencias de las personas para diferentes metas, ocupaciones, materias académicas, actividades recreativas. Cada una da como resultado el perfil de intereses que se compara con los ya compuestos y recopilados de diferentes grupos ocupacionales tales como: biólogos, ingenieros, carpinteros, contadores; de los cuales se investigan intereses básicos como lo son: intelectual, económico, estético, social, político y religioso (Hernández, 1997)

Los tests de metas vocacionales, juzgan la idoneidad de una persona para cierta actividad, y el éxito dependerá de que cuente con los medios para desarrollarla; aspectos tales como la oportunidad de colocarse como alumno en el área correspondiente, la solvencia económica, que complete el programa de enseñanza, y que se coloque laboralmente en el lugar correspondiente; sin embargo son cuestiones más azarosas la que intervienen y no corresponden como uno quisiera; y en ocasiones depende más que de las aptitudes, de los contactos sociales.

Una cuestión que no se puede dejar de lado es la de la interpretación de los resultados de los tests, ya que las personas pueden tener metas educativas o vocacionales bien definidas o en otras tales metas son vagas o indefinidas. Por lo que en el primer caso se debe ayudar a formular un juicio acerca de las posibilidades para que alcance la meta y no caiga en la insatisfacción por no cubrir dicho objetivo; y en segundo caso, ayudar a la persona a

persona a definir sus metas de acuerdo a sus capacidades y medios de conseguirlas.

Es importante también que se haga uso de algunas otras pruebas como los tests de personalidad, ya que en ocasiones según los resultados de las pruebas algunos sujetos no serían aptos para ningún trabajo en particular, mas sin embargo no es que sea el resultado definitivo, ya que en él intervienen aspectos tales como la baja autoestima, un concepto deteriorado de sí mismo, que origina en ellos sentimiento de inferioridad y no les permite ver que por el simple hecho de vivir son aptos para desempeñar actividades específicas que los provea de satisfacciones personales y económicas.

Entre las pruebas de aptitudes más utilizadas se encuentran:

- El D.A.T
- El P.I.V
- El KUDER, entre otros

TESTS PROYECTIVOS Y CUESTIONARIOS DE PERSONALIDAD.

Para la exploración de la personalidad suelen emplearse los tests de carácter proyectivo, la palabra proyección significa “exteriorización”; así los tests proyectivos incitan a que la personalidad del sujeto se exteriorice (Alonso-Fernández, 1989).

Hablar de técnicas proyectivas supone el uso de métodos para observar a una persona que formula respuestas sin conocer las reacciones correctas o aceptadas socialmente. Implica colocar al sujeto en una situación familiar donde la ambigüedad y falta de estructuración del estímulo presentado permite la influencia de la proyección de sentimientos, valores y actitudes conscientes e inconscientes; mismos que se desarrollan en el sujeto de

Marcela Cruz Rivera

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

acuerdo a lo que percibe del ambiente. Así pues, el sujeto analizará el desciframiento del material presentado en base a sus experiencias y dará una interpretación personal, que plasmará con su conducta.

Las técnicas proyectivas se caracterizan porque despliegan actividades creativas donde aparecen rasgos de carácter y de los sistemas de organización de la conducta y de las emociones. La sistematización de dichos rasgos es necesaria para la ubicación de los indicadores cuya utilidad provea la diferenciación y agrupación de las producciones de acuerdo a los grados de patología, los tipos de personalidad y la dinámica individual del paciente; esto es, la discriminación de los modos de funcionamiento psíquico coexistentes en el mismo sujeto en torno a los movimientos defensivos predominantes y las ansiedades ligadas a su historia personal (Quijano, 1989).

Los cuestionarios de personalidad tal vez sean los más usados, pues han sido contruidos para medir una amplia gama de atributos de la personalidad; desde categorías muy generales (la adaptación emocional, tendencias neuróticas, adaptación social y emocional) hasta atributos más específicos llamados rasgos de personalidad (introversión, extroversión, autosuficiencia y ascendencia o dominio).

Generalmente los inventarios de personalidad son instrumentos que constan de un número determinado de preguntas o puntos de prueba a los que el sujeto tiene que responde con un “sí” o un “no” y en algunas otras con un “no se”.

Finalmente, es importante elegir las pruebas de tal manera que se puedan observar una mayor cantidad de conductas posibles, es decir , armar una batería de pruebas de acuerdo al objetivo a alcanzar.

A continuación se mencionan los nombres de algunas de las pruebas de personalidad y técnicas proyectivas más conocidas:

Pruebas de Personalidad:

Cuestionarios y Escalas

- Minnesota Multiphasi Personality Inventory (MMPI)
- Gordon Personal Profile
- California Psychology Inventory
- Guilford
- 16 P.F.

Técnicas proyectivas:

- Test de Apercepción Temática (TAT)
- Test de Rorschach
- Test del Mosaico
- Machover
- Test de Szondi
- Test de Sacks
- La dactilpintura
- H.T.P.
- Test de Lusher

Por último se puede decir, que los test psicométricos como instrumentos de medida son confiables, sus resultados son medidas no directas sino estadísticas que se ordenan en una escala y se expresan numéricamente. Como las medidas físicas, los tests tienen una pretensión de objetividad.

Así mismo se debe considerar que en un gran número de los casos los resultados pueden ser susceptibles de manipulación, por ejemplo, por conocimiento anterior de las pruebas, pues puede ser que la persona a la que se le aplican ya tenga un conocimiento previo de las mismas.

4.1.2 FARMACODEPENDENCIA Y PERSONALIDAD.

El proceso de desarrollo y conformación de la personalidad requiere, en todo individuo, de ciertos elementos y condiciones esenciales; al paso del tiempo, la personalidad se va modificando y consolidando dentro de un proceso a través del cual se identifica puntos uniformes llamados rasgos de personalidad.

Para que dicho proceso tenga buen inicio, se precisa que el individuo cuente con un ambiente proveedor, o bien una persona encargada de procurar al sujeto todo lo que demanda sus necesidades primarias: calor, alimentación, confort, cuidados en general, afecto, etcétera. Con el crecimiento, las personas encargadas de su cuidado comienzan a transmitirles normas y valores circunscritos a su particular estilo de crianza, de la flexibilidad o rigidez con que se conduzcan dependerá que el individuo actúe o no autónomamente, lo que a su vez reducirá la duda y la vergüenza que pudiera generar determinado comportamiento, esto aunado a la confianza alcanzada, permitirá al sujeto mostrar mayor iniciativa en el deseo de conocer el mundo que lo rodea. La familia y escuela empiezan así a jugar un papel muy importante en el proceso de socialización; de la forma como se establezca la relación con instituciones (familia, escuela, etcétera) dependerá la dificultad o facilidad para interactuar funcionalmente en lo futuro con la sociedad en su conjunto; de la manera como vivencie esta época, se logrará una mayor habilidad para establecer relaciones interpersonales adecuadas, duraderas, significativas que fortalezcan y de congruencia a su desarrollo personal. A partir de aquí, el individuo aprende a conducirse dentro de los patrones culturales que son demandados por el medio (García y Reyes del Olmo, 1985).

Durante la adolescencia, el sujeto necesita alcanzar un sentido de identidad para adoptar decisiones propias de individuación e independencia, que le permitan prepararse para la vida adulta, por ejemplo, la elección vocacional, conyugal, etcétera.

A su vez, las exigencias familiares amenazan bruscamente tal identidad, comienzan a demandarle mayores logros escolares, familiares y sociales y a responsabilizarlo de sus actos. Así que la confianza que se tenía se ve desafiada, por lo que para recuperarla necesitará reevaluarse y para ello buscar la compañía de otros adolescentes que también se encuentren en ese estado de transición y con necesidad de aprobación. Si los antecedentes en cuanto a las relaciones interpersonales y la formación de su personalidad son satisfactorios, ese proceso de cambio no se prolongará encontrando pronto su cauce.

Así pues, la posibilidad de independencia y desarrollo individual necesario para el adolescente; se plantea en términos en los que la familia sea capaz de apoyar el crecimiento personal de cada uno de los miembros, por lo que las necesidades de comunicación, aceptación, identificación, deben ser facilitadas por el núcleo familiar y mantenidas en los niveles de demarcación de límites y diferenciación requeridos para un adecuado funcionamiento.

Es un hecho conocido que los adolescentes recurren a otros muchachos de su edad para participar en diversas actividades, para lo cual conforman grupos, buscan pares significativos, compartiendo y viviendo con ellos los conflictos, dudas, temores, experiencias, inquietudes, sentimientos, intereses y valores propios de su etapa. Los miembros al interior del grupo de adolescentes cumplen con funciones complementarias que permiten al joven encontrar un espacio integrado en el que pueden suceder dos cosas: continuar el desarrollo normal acompañado por un grupo de iguales; o bien

la desviación de ese desarrollo por pertenecer a un grupo con normas, valores y preceptos tendientes a expresarse tal vez mediante conductas antisociales.

Debido a que el grupo funciona como sustituto familiar y como una posibilidad de encontrar figuras de identificación, lo cual plantea al individuo ciertas normas y códigos a cumplir y respetar como compensación frente a la pertenencia a dicho grupo, el precio de no cumplir con dichos preceptos es el de ser desconocido por su grupo, quedando la sensación de abandono y frustración.

Así pues, el éxito de la resolución de los problemas a que se enfrentan en cada periodo del desarrollo del individuo, fomentan un adecuado desarrollo de la personalidad; sucediendo lo contrario cuando el individuo carece de estos elementos; es decir, la incapacidad de la familia en proporcionar afecto, confianza y seguridad básica y las limitaciones del individuo para lograr su autonomía e identidad a través de una socialización adecuada, provoca una serie de trastornos en la adaptación del sujeto en un contexto social, que se hacen patente en la adquisición de un identidad negativa, lo que puede tener diversas manifestaciones como son, por un lado el de encauzarlas hacia actividades e intereses a metas satisfactorias para ellos y la sociedad y por otro lado, el pandillerismo, el aislamiento, el alcoholismo, la farmacodependencia, etcétera (Sodi, 1981).

De esta manera se puede decir que la farmacodependencia es un síntoma; o sea, la demostración manifiesta de una alteración emocional que se representa a través de la ingestión de drogas y funciona para el individuo por la cual opta ante su imposibilidad de enfrentarse a los problemas personales que le causan conflicto. En algunos casos puede ser la expresión manifiesta de una demanda de atención por parte del sujeto para que los demás le

confirman ese valor y lugar como ser humano y así poder aumentar su autoestima. Parece ser que el consumo de drogas viene a formar parte indispensable del individuo en la medida que le “ayuda a olvidar” momentáneamente el dolor que le produce el rechazo, la descalificación, la falta de comunicación por parte de su familia, así como su propia inseguridad, su capacidad para sentirse tranquilo y ser productivo; esto es, su indefinición acerca del lugar que ocupa como persona dentro de su núcleo familiar y de comunidad propia (Reyes del Olmo, 1983).

En materia de farmacodependencia desde hace tiempo se vienen realizando internacionalmente estudios epidemiológicos en los que se han señalado los factores psicológicos asociados al uso de drogas.

La O.M.S. y otras instituciones han desarrollado instrumentos que evalúan diagnósticos psiquiátricos entre los que se encuentran el abuso de drogas y la dependencia. Por ejemplo el ICD-10 (Clasificación Internacional de las Enfermedades) es un instrumento que plantea las principales categorías diagnósticas derivadas de la utilización de drogas y, por otra parte, el DSM-III-R (Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), plantea las categorías de abuso de las sustancias psicoactivas y el síndrome de dependencias. Aunque ambas clasificaciones coinciden en la mayoría de los síntomas, la diferencia esencial consiste en la consideración del entorno social del sujeto.

En el caso del DSM-III-R, se plantea la presencia de problemas sociales que no son tomados en la clasificación del ICD-10, aunque éste último ha sido criticado, es importante considerar que es una clasificación cuyo propósito es que pueda aplicarse en todos los países que participaron en su elaboración, de manera que la dinámica social y en general los aspectos culturales, son particulares en cada nación; en tanto que el DSM-III-R (que

fue elaborado por la Asociación Psiquiátrica Americana) se enfoca principalmente a la problemática estadounidense (Villatoro-Velázquez, Medina-Mora, López, Juárez, Rivera y Espinoza, 1994).

A partir de ambas clasificaciones se han desarrollado instrumentos con la misma finalidad, tal es el caso del DAST, instrumento de 28 preguntas para la detección clínica y la evaluación de tratamiento en áreas específicas como la familia y el trabajo entre otras.

Robins, Hezler, Croughan y Ratcliff, (1981) citado en CONADIC (1994, p. 111) aplicaron los criterios del DSM-III-R para desarrollar la Cédula de Entrevista Diagnóstica (DIS), instrumento diseñado para evaluar diagnósticos psiquiátricos entre los que se encuentra el consumo de drogas y la dependencia.

Otro instrumento que permite obtener diagnósticos a partir del DSM-III-R y el ICD-10, desarrollado por investigadores estadounidenses y la O.M.S., es la CIDI; la cual a pesar de presentar niveles de confiabilidad satisfactorios, tuvo problemas con la traducción de conceptos relevantes a los diferentes idiomas. Así, el mismo grupo de investigadores desarrollaron otro instrumento conocido como CIDI-SAM, el cual consiste en una entrevista estructurada que, a diferencia del CIDI, incluye preguntas específicas sobre consecuencias médicas, psicológicas y sociales; indaga sobre la fecha de inicio y la actualidad manifestada de los trastornos para cada una de las sustancias investigadas evalúa la cantidad, frecuencia de consumo y la amplia cobertura de algunos diagnósticos (Medina-Mora, 1994).

Como éstos existen algunos otros instrumentos que tienen la misma finalidad, algunos aún se validan para ser utilizados en el entorno mexicano por el Instituto Mexicano de Psiquiatría, pero en general son instrumentos

que requieren de mucho tiempo de aplicación; así como su costo, por lo que se reduce importantemente su aplicación.

En México, en el instituto antes mencionado, fue realizado un instrumento especial, la EPACD (Escala para Evaluar los Problemas Asociados al Consumo de Drogas) basado también en los criterios del ICD-10 y el DSM-III-R con pocos reactivos y redacción sencilla y sobre todo validado para escenarios mexicanos.

Dicho instrumento fue aplicado y forma parte de la Encuesta Nacional de Adicciones llevada a cabo por el Instituto Mexicano de Psiquiatría en coordinación con la Dirección General de Epidemiología, y fue aplicada a la misma población. Consta de 18 reactivos que miden las áreas psicológica, la dependencia y la sociofamiliar. La escala solo ha sido aplicada a los usuarios de drogas sin incluir alcohol y tabaco, los resultados obtenidos en general, refieren que el área en la que los usuarios reportaron tener mayor problema fue la psicológica. Demostrando así que ésta constituye una área importante de indagar debido a los efectos relacionados con el consumo de drogas.

4.1.3. ESTUDIOS RELACIONADOS CON FARMACODEPENDENCIA Y PERSONALIDAD

Así pues, resulta importante mencionar algunas investigaciones que se han basado en indagar los daños psicológicos asociados al consumo de drogas que no se pueden desvincular de las demás áreas (social y familiar), ya que si no se dejarían de lado factores importantes de la personalidad del farmacodependiente.

Uno de ellos fue realizado con 20 sujetos entre 13 y 26 años que asistieron a tres centros de tratamiento en la ciudad de México, no tomando en cuenta la

droga consumida. El objetivo del estudio consistió en destacar la importancia del proceso de construcción social del conocimiento en el usuario de drogas con respecto a sí mismo, a su adicción y a la familia; encontrando que los jóvenes en su totalidad pertenecieron al sector popular urbano, de familias numerosas (de 6 a 7 miembros) y generalmente ocupaban los últimos lugares en la estructura familiar; de instrucción secundaria y un alto índice (70%) no se desempeñaba laboralmente y con anterioridad se habían desempeñado en trabajos con salarios no fijos.

Provenían de hogares en donde había algún familiar con problemas de alcoholismo y una gran proporción de éstos jóvenes descendían de matrimonios disueltos.

Dichos jóvenes se perciben en general como transgresores sociales, se definen así mismo como vagos, rebeldes, aislados y anormales, principalmente con respecto a la familia y a otros jóvenes. En cuanto a la madre, mantenían una relación simbiótica ambivalente, mostrando ésta hacia su hijo sobreproducción y rechazo a la vez, lo que llevo al adicto a no obtener éxito en la rehabilitación, por no haberse creado un propósito propio de querer rehabilitarse (Mora, Natera, Nava, Suárez y Pérez, 1992).

Por otro lado, en una revisión teórica llevada a acabo por Ortiz y Caudillo (1984) respecto a los daños psicológicos ocasionados por la inhalación de solventes encontraron que de acuerdo al tipo de inhalable se presentan entre otros, problemas como: deterioro de la memoria, fallas en la concentración o abstracción, juicio, dificultades perceptuales, motoras y desorientación, indiscriminación táctil; así como juicios pobres y sentimientos de enajenación social, que se manifiestan en la desconfianza hacia los demás, alteración en el estado de ánimo, deprersión, agitación, ansiedad y miedo interior.

Castro, Ortiz, Caudillo y Chávez (1985) en su reporte de tres estudios llevados a cabo con inhaladores con diferentes tipos de consumo, a través de la batería neuropsicológica de Halstead Reitan, Escala de Inteligencia de Weschler (WAIS), y a otros mediante el Inventario de Detección Psicológica, Cuestionario de Dificultades Sociales, Escala de Responsabilidad Intelectual Académica, Escala de Desehabilidad Social; así como entrevistas no estructuradas. Encontrando que los inhaladores crónicos se ven asociados a la disminución de habilidades cognitivas, deterioro de la memoria y en concentración; así como dificultades perceptuales, motoras y de desorientación y problemas afásicos. En los adictos moderados se presentan en menor grado las mismas alteraciones con excepción de la afasia

Finalmente refieren que el grado de psicopatología, expresividad y defensibilidad, no tuvieron asociación alguna al uso de drogas; así como también mencionan que el uso de inhalables en jóvenes es un fenómeno más asociado a variables de tipo social y no a variables psicopatológicas.

En lo que respecta a los consumidores de cocaína que han buscado apoyo psicológico presentan repetitivamente incapacidad para demorar la satisfacción de sus necesidades psicológicas y físicas, por lo que buscan una pronta satisfacción en el consumo inmediato. También entre estos usuarios se encuentra un bajo nivel de tolerancia a situaciones que perciben como frustrantes, incluyendo los efectos displacenteros del fin de la intoxicación, mismo que con frecuencia amortigua mediante el uso de otras drogas.

Otra característica que promueve el mantenimiento del consumo de estos usuarios es la incapacidad para generar otras fuentes de nutrimento emocional; reportan generalmente sentimientos de soledad en diversos niveles de intensidad, y la incapacidad para generar una relación estable y

sustentosa, especialmente respecto a la relación de pareja; esto genera círculos viciosos, ya que solo la busca sin hacer nada por mantenerla hasta que se siente insatisfecho y buscando nuevamente el objeto placentero, la droga.

Aparentemente muchos pueden ser sociables y extrovertidos, pero es tan solo una máscara y ellos internamente lo sienten así, y solo lo manifiestan ante una persona a la cual le tengan la suficiente confianza (Ortiz, Rodríguez, Unikel, Gálvan, Domínguez y Hernández, 1994).

De la Fuente y Campillo-Serrano (1972) en su estudio que tuvo como objetivo identificar las características clínicas del trastorno psiquiátrico debido al uso de drogas de 69 jóvenes que comúnmente se drogaban, ya sea con anfetaminas, marihuana u otros alucinógenos. Cada uno de ellos fue sometido a extensos exámenes que incluían además de los estudios médicos de rutina, entrevistas directas, la aplicación de pruebas psicológicas, así como exámenes neurológicos y electroencefalográficos. Encontrando que los consumidores de anfetaminas presentan: psicosis aguda con alucinaciones auditivas, angustia e insomnio; así como hiperactividad física y mental, cambios en la personalidad tales como hostilidad, antagonismo, abandono de intereses escolares y conductas antisociales.

Con respecto a los consumidores de drogas alucinógenas (mezcalina, peyote, LSD, hongos) encontraron características tales como angustia o depresión intensa; alteraciones en la percepción en el sentido de tiempo y espacio, del estado afectivo; así como sentimientos paranoídes o grandiosos. Cambios de personalidad y conducta caracterizados por abandono de las actividades cotidianas, de valores convencionales, pérdida de interés en metas lucrativas y pasividad. Disfunción cerebral, en la que predominan las alteraciones de la memoria, la desorientación y la confusión mental.

Respecto a los consumidores de marihuana se encontró que también presentaban psicosis pero de tipo tóxico, con alucinaciones predominantemente visuales, alteraciones de la percepción y en sentido de tiempo y espacio, de la conciencia del yo; así como del estado afectivo y sentimientos paranoídes y grandiosos. Angustia, apatía, pérdida de interés en el estudio y otros objetivos, abandono personal y aislamiento.

Masucchio de Zan y Ortiz (1992) reafirman lo encontrado en la investigación anterior, específicamente en lo que respecta a los consumidores de marihuana, incluyendo otras características tales como síndrome amotivacional, caracterizado por franco deterioro en la actividad laboral, pérdida de empleo, de amistades y ruptura de las relaciones laborales; déficit de concentración, de abstracción e imaginación. A lo que Thomas (1995) añade además a esto fallas en la concentración y en la habilidad de cálculo; dichos datos fueron obtenidos a partir de diversos estudios llevados a cabo en la Gran Bretaña.

Cabe mencionar que los sujetos en estudio eran consumidores crónicos y que la mayoría de los síntomas desaparecían después de algún tiempo de suspender la droga, lo que llevó a los investigadores a concluir que no se puede afirmar que los estados de apatía, desinterés y falta de concentración, son consecuencias del uso prolongado de alguna droga, y que puede tratarse de formas apagadas de simples esquizofrenias en quienes el consumo de drogas es coincidente o secundario.

Por su parte, Guzmán (1994) refiere que las funciones mentales superiores que se ven afectadas por el consumo de marihuana son la habilidad de comprender y mantener la atención, alteración de la memoria, decremento de la concentración, lentitud en el pensamiento, discursos y movimientos en general; todo esto provoca en el adicto deterioro en alguno de sus sistemas.

En el familiar, por la ruptura de sus valores, en el laboral o escolar por la pérdida de sus facultades o simplemente por posponer o perder el interés de sus obligaciones (hay pérdida de conciencia de lo que es importante), disminución de su productividad, lo que vuelve al individuo pasivo, aislado y completativo

Cano (1997) es su estudio que tuvo como propósito investigar la existencia de alguna diferencia significativa entre el consumo de marihuana y las relaciones interpersonales en sujetos que consumen la droga en mención; no encontró diferencia alguna entre el consumo de dicha droga y sus relaciones interpersonales, es decir, según el estudio, que los adictos no tienen problema alguno en la interrelación con sus padres, amigos, cónyuge, etcétera. Concluyendo que no existe una asociación entre el consumo de marihuana y las relaciones interpersonales de los consumidores, argumentando que posiblemente los usuarios no fueron lo suficientemente honestos en el momento de contestar el instrumento; o bien que dicho instrumento no cuenta con la suficiente validez para medir lo que se quería medir; ya que la teoría basada en investigaciones al respecto refieren lo contrario.

La mayoría de los autores refieren que no se puede decir que el uso crónico de marihuana necesariamente conlleve problemas psicopatológicos, ya que puede ser una alteración ya existente aún antes de consumir drogas y más aún presentarse en sujetos que no tienen adicción alguna. También es necesario comentar que los investigadores describen las características psicológicas de adictos crónicos, es decir, aquellos que se encuentran en etapa disfuncional, lo que necesariamente tiene implicaciones en su salud, con su familia y con la sociedad en general.

Así, si bien la farmacodependencia se considera como un síntoma de desorden familiar, de conflictos personales o efecto de situaciones de orden social, es decir como signo susceptible de un problema causal. Todo esto es válido y debe tomarse en cuenta pues es necesario atender las singularidades de cada persona que usa drogas, esto es, tomar en cuenta el tipo de drogas que se consumen, tiempo de consumo, edad de la persona, etcétera. Al respecto poco se sabe aun de ciertos rasgos de personalidad entre los que se incluyen las alteraciones psicológicas en el funcionamiento cognitivo tales como atención, memoria y abstracción, entre otras; agresividad, mala relación intrafamiliar, aislamiento, bajo rendimiento escolar, etcétera; características que a simple vista no son reconocidas y mucho menos expresadas por los adictos, ya que muchos de estos problemas son considerados comunes o encubiertos, como es el caso de creer que por el hecho de convivir con personas que comparten los mismos hábitos tienen relaciones interpersonales satisfactorias, encubriendo su introversión y baja autoestima.

Debido a lo anterior surge entonces la necesidad de formar una batería de pruebas con la finalidad de conocer el perfil psicológico del adicto consumidor de marihuana en etapa de consumo habitual, para así poder elaborar un diagnóstico preciso que nos permita tener un mejor abordaje terapéutico y a su vez elaborar un plan de tratamiento mas acorde a la realidad, permitiendo discernir objetivos precisos; obteniendo así dobles resultados para nosotros los psicólogos; por un lado, el conocimiento preciso de la estructura de la personalidad nos da herramientas para saber como intervenir y por otro, para el farmacodependiente la oportunidad de ser comprendido en la medida de que se su problemática no se generalice, ni sea etiquetado al ser tratado de la misma manera que a otros sujetos que tengan

mayores problemas en el hábito de drogarse; y de este modo la posibilidad de darse cuenta de sus propias aptitudes y limitaciones, reconocerlos y así trabajar en áreas específicas para una mejor y pronta recuperación. Y en este sentido, que las actuales propuestas, tanto de abordaje terapéutico como preventivo, partan de las características específicas de este tipo de farmacodependientes.

En el siguiente capítulo se detalla la metodología a seguir para tal objetivo.

CAPITULO CINCO

METODO

OBJETIVO GENERAL

El objetivo de este estudio es determinar el perfil psicológico de los adictos de sexo masculino, hasta con cinco años de consumo de marihuana.

SUJETOS

La muestra para efectuar el presente estudio, quedo integrada por 100 sujetos, liberados por el Agente del Ministerio Público de la Federación de la Procuraduría General de la República, por delitos Contra la Salud en su modalidad de consumo. Los cuales reunieron las siguientes características:

- Ser consumidor habitual de marihuana
- Tener de 6 meses hasta 5 años de consumo a la marihuana
- No haber consumido con anterioridad ninguna otra droga ilegal
- De sexo masculino
- De nivel socioeconómico indistinto
- Edad del sujeto entre 18 y 45 años
- De nacionalidad mexicana.

ESCENARIO

El lugar donde se llevaron a cabo las aplicaciones fue una de las oficinas perteneciente a la Subdirección de Operación de Módulos y Atención a Detenidos, dependiente de la Dirección General de Prevención del Delito y

Servicios a la Comunidad de Procuraduría General de la República, la cual comúnmente es utilizada para la atención y entrevista de adictos. En ella se encuentran dos escritorios y 3 sillas y esta suficientemente iluminada; comprende un área aproximada de 4 mts. cuadrados.

MATERIALES

Los materiales que se utilizaron fueron las siguientes pruebas psicológicas:

1. Prueba de inteligencia de Kellog y Morton (Beta II-R)
2. Escala de Preferencias Kuder Vocacional (KV)
3. Cuestionario de la personalidad 16 FP (DE Cattell)
4. Plumaz de tinta roja para que contestaran.

Las cuales poseen para su aplicación, los siguientes instrumentos:

■ Inteligencia:

- a) Manual de Instrucciones
- b) Folleto de Tareas

■ Escala de preferencias vocacionales:

- a) Manual de Instrucciones
- b) Folleto de aplicación
- c) Folleto de respuestas
- d) Hoja de perfil.

■ 16 FP. Cuestionario de Personalidad de Cattell

- a) Manual 1ª. Y 2ª. Parte
- b) Cuestionario forma A
- c) Cuestionario forma B

- d) Hoja de respuestas y perfil A - B
- e) Cuestionario forma C
- f) Cuestionario forma D
- g) Hoja de respuestas y perfil C - D
- h) Plantillas de calificación formas A, B, C y D.

PROCEDIMIENTO

En el momento de la liberación otorgada por el A.M.P.F. a los sujetos que reunían las características antes descritas, se les solicitaba verbalmente la participación voluntaria para la aplicación de las pruebas psicológicas, no encontrando generalmente inconveniente alguno por parte de los mismos. Sin embargo cabe señalar que en un día se podía hacer la aplicación a dos o tres adictos y en muchas ocasiones a ninguno, por no cubrir los requisitos o también debido a que durante mi estancia laboral (de 15:00 a 21:00 hrs.) no se liberara a ningún adicto, ya que su situación jurídica generalmente se determina durante el transcurso de la noche, o que, finalmente ya no diera tiempo para la aplicación.

Las instrucciones se les dieron en forma verbal y escrita, de acuerdo a cada una de las pruebas aplicadas, haciendo énfasis en la importancia de contestar todas las preguntas, concediendo y limitando el tiempo según se requiriera; así como auxiliándolo si se le presentaba alguna dificultad en la comprensión de las pruebas.

Una vez obtenidas las aplicaciones se procedió a su calificación y captura en computadora en una base de datos.

Ya obtenidos los resultados se procedió a la interpretación psicológica del perfil para poder llegar así a la conclusión y discusión del estudio.

CAPITULO SEIS

RESULTADOS

En la presente investigación se buscó conocer el perfil psicológico del adicto de sexo masculino, consumidor habitual de marihuana hasta con 5 años de adicción.

Un aspecto importante que hay que considerar es que para llevar a cabo tal objetivo se aplicaron tres pruebas psicométrica ya descritas anteriormente en el método y basándose en el estudio de observación pasiva sin hacer manipulación de variables.

Los resultados encontrados se muestran a continuación.

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

Edad

Al agrupar a los sujetos por edad se encontró que el 55% esta dentro del rango de 18 a 22 años, el 35% entre los 23 a 27 años y el 10% de la población pertenece al rango de 28 a 32 años de edad. Pudiendo concluir que la mayoría de los sujetos se ubica en el rango de 18 a 22 años de edad representando más del 50% (ver figura 9).

Escolaridad

Al analizar la escolaridad se encontró que el 5% de la población no tiene estudios pero sabe leer y escribir, el 30% de ellos terminó la educación primaria y con el mismo porcentaje aquellos que concluyeron la instrucción secundaria, el 10% no concluyó con este nivel; así como también se ubica dentro de este mismo porcentaje; por un lado los que terminaron el nivel medio superior y por otro, aquellos que no lograron concluirlo y solo el 5% tienen estudios a nivel profesional incompleta. Pudiendo observar que la mayoría de la población tiene escolaridad a nivel de primaria y secundaria concluida (figura 10).

Ocupación

Como se puede observar en la figura 11 la mayoría de la población (35%) se emplea en oficios con salarios no fijos y temporales como son: albañiles, herreros, lava autos, alfarero, etcétera; seguido de estos se encuentran con igual porcentaje las personas que, por un lado, son empleados que tienen salarios fijos y establecido; así como los que se dedicaban al comercio ambulante con un 25%. Y por último se ubican con un 5% las personas desempleadas, los estudiantes y los que se dedican a trabajar y estudiar simultáneamente.

Estado Civil

Aquí se encontró que el 75% de los adictos examinados es soltero, el 15% vive en unión libre con su pareja y el restante 5% esta civilmente casado. (ver figura 12)

En lo que se refiere a la problemática específica de esta investigación se encontró que el 35% de los adictos tienen alrededor de 2 años de ser adictos a la marihuana, representado la mayoría de la población; seguidos de los que tienen 5 años con un 25%, con el 20% a los que son adictos desde hace un año. El 15% es adicto desde 4 años y por último con un 5% los que tienen 3 años de consumir dicha droga, tales datos se pueden observar en la figura 13.

Respecto a la número de cigarros que consumen al día, que es la manera en que ellos representa la cantidad ingerida, se encontró que el 40% consumen 1 cigarro, el 35% fuma alrededor de 2 cigarros, el 20% manifestó consumir alrededor de 3 cigarros diariamente y por último solo 1 adicto refirió fumarse 9 cigarros al día, representando al 5%. Es importante mencionar que los adictos mantienen horarios establecidos de consumo (ver figura 14).

Una observación importante de mencionar es con quienes habitan actualmente los adictos en donde se obtuvo que el 50% de ellos viven con su familia nuclear, encontrándose que en la mayoría de ellas se encuentra ausente la figura paterna o materna por situaciones tales como la muerte o la separación entre ellos. Enseguida se ubican con el 30% los adictos que habitan con su familia compuesta, es decir viven con su pareja e hijos, en donde generalmente cohabitan con la familia nuclear de él o de su concubina; finalmente se ubican con un 15% dos grupos, los que viven solos y los que habitan con otros familiares (ver fig. 15)

En cuanto a los resultados de la pruebas aplicadas se puede ver en la figura 16, las calificaciones obtenidas en la prueba de inteligencia Army-Beta, en donde se observa que el mayor número de adictos examinados (40%) se ubica en el

nivel medio, seguidos del medio inferior y medio superior con el 20%, del inferior con un 15% y por último en el nivel deficiente 5% de los sujetos.

N=100

NIVEL	No. DE SUJETOS	PORCENTAJE
DEFICIENTE	5	5%
INFERIOR	15	15%
MEDIO	40	40%
MEDIO INFERIOR	20	20%
MEDIO SUPERIOR	20	20%
TOTAL	100	100%

Los resultados presentados en esta prueba son de llamar la atención debido a que en lugar de ir decreciendo el porcentaje en relación al nivel de inteligencia éste último aumenta. Lo que indica que los adictos se encuentran arriba del nivel medio de inteligencia, contrario a lo que la mayoría de la población piensa al respecto, ya que en muchas ocasiones se les tipifica como ignorantes

En la figura 17 se presentan los resultados obtenidos en la prueba de intereses vocacionales, en la cual se puede observar que las escalas que tuvieron puntajes semejantes son las de intereses al aire libre, es decir, actividades que se involucren con el campo, bosques o mar; persuasivo, o sea, personas a las que les gusta el trato con la gente ya sea para convenserlas respecto a algún proyecto a para la venta de algún artículo y de servicio social, aquellas personas que les agrada servir a los demás, especialmente a los más

necesitados como pueden ser enfermos, ancianos, niños, etcétera. Posteriormente como se puede ver se encuentran las escalas combinadas que es en la que los adictos obtuvieron más de una área de elección, estas son: la de cálculo científico, la literario-servicio social y persuasivo artístico.

Por último, el 45% de los adictos examinados obtuvieron calificaciones bastante dispersas, que no alcanzaron a calificar en alguna de las escalas, lo que nos indica que carecen de intereses bien definidos, que en relación con el oficio al que se dedica la mayoría de ellos les resulta lo mismo dedicarse a una actividad que a otra.

N= 100

ESCALAS (SIMPLES O COMBINADAS)	No. DE SUJETOS	PORCENTAJE
"0" Aire Libre	10	10%
"1" Mecánico	0	0
"2" Cálculo	0	0
"3" Científico	0	0
"4" Persuasivo	10	10%
"5" Artístico	0	0
"6" Literario	0	0
"7" Musical	0	0
"8" Servicio Social	15	15%
"9" Oficina	0	0
Cálculo-Científico	5	5%
Literario-Servicio Social	10	10%
Persuasivo-Artístico-Plástico	5	5%
No definidos	45	45%
TOTAL	100	100%

La figura 18 muestra el promedio de los resultados de la prueba de personalidad 16F.P., es importante mencionar que Cattell (1993) estableció que las calificaciones que se dan a los extremos (bajo, de 1 a 3 estenes o alto, de 8 a 10 estenes) son los más importantes de considerar ya que son indicadores más profundos de rasgos distintivos de personalidad; y que las calificaciones que se ubican en el promedio, de 4 a 7 estenes son las más comunes de encontrar. Al respecto, se puede observar que a excepción del factor C (fuerza del Yo) todas las demás calificaciones obtenidas se encuentran en el promedio. Así pues, el factor A mide el grado en el que se hace contacto con otros y se obtiene recompensa como meta principal en sí mismo, el interés sociable que muestran las personas a las que les agrada convivir en grupo, así como el demostrar interés en encuentros amigables casuales. El nivel alto nos indica extroversión y el bajo introversión. En el se encontró que el promedio de los sujetos se ubica en el nivel medio.

Lo anterior indica que la mayoría de los sujetos suelen ser introvertidos y extrovertidos dependiendo del estado de ánimo y situación ante la que se enfrenten, a veces les resulta difícil estar solos, indicando en ocasiones necesidad de afecto por parte de otros más que la esencia de obtener una amistad o beneficio recíproco, lo que en ocasiones produce un deseo imperioso de aprobación de los demás que obliga a la persona a rebasar su capacidad o tiempo, a ser extorsionados o a ejecutar actos en los que no está de acuerdo con tal de no ser expulsados.

En el factor B, que mide la capacidad de Inteligencia en la medida de discernir entre situaciones diferentes, se encontró que la mayoría de la población se

encuentra en el promedio del nivel de inteligencia, lo que va de la mano con lo resultados obtenidos en la prueba Army-Beta.

Respecto al factor C (adaptación al ambiente) en promedio se registraron en el nivel bajo, identificándose como aquellas personas que frecuentemente pierden el control de sus sentimientos, teniendo poca tolerancia a la frustración. Son capaces de identificar sus necesidades, pero generalmente les resulta difícil crear alternativas internas y/o externas para satisfacerlas, o cuando llegan a realizar algún acto para darles solución lo realizan tomando decisiones súbitas, tendiendo a no obtener respuestas positivas; la mayoría de veces toman cualquier alternativa para salir del paso, lo que los lleva a ingerir droga para permanecer el “equilibrio” y mantenerse en esa aparente estabilidad, volviéndose un círculo vicioso sin salir de sus problemas.

El factor E mide la cantidad de control al que se someten o el que ejercen sobre otros en sus relaciones interpersonales; implica el ser sumiso (nivel bajo) o predominante (nivel alto); en donde el ubicarse en el promedio sería lo ideal, resultado que se encontró en promedio en esta población caracterizándose como asertivas, es decir, aquellas que protegen sus límites y extensiones sin usurpar los derechos de los demás, anteponiendo sus necesidades básicas sin perjudicar o someter a nadie. Sin embargo, como se puede observar, dicha calificación tiende a descender, lo cual indica que son individuos tendientes a la sumisión, dependientes, que suelen hacer pocas demandas, evitando frecuentemente tener en conflictos, por lo que optan por dejar que otros tomen decisiones por sí mismos aunque no se vean beneficiados; sostienen también que las necesidades de los demás son siempre más importantes que las suyas.

El factor H mide la manera lenta (nivel bajo) o impetuosa (nivel alto) de tomar decisiones de sí mismo, en el cual se encontró que en promedio los adictos se ubicaron en el nivel medio caracterizándose como aquellos que de igual manera cuidan o actúan impulsivamente en la manera de tomar decisiones sin tener una tendencia definida por no saber actuar o tomar decisiones.

Dentro del factor G, que mide el grado de aprobación de las normas morales convencionales a nivel interno, se observa que la mayoría de la población se ubica en el promedio indicando que son personas se adecuan a las normas morales según les convenga sin causarles de culpa o salirse totalmente de las normas tradicionales. Sin embargo, debido a que este factor representa las virtudes de las personas respecto a las normas ideales de nuestra cultura, es común que las respuestas sean falsificadas, dando la impresión de que la persona es más convencionalmente moral de lo que en realidad es, sobre todo cuando se trata de no ser reprendido o salir perjudicados legalmente, situación ante la que se enfrentaron todos los sujetos a los que les fue aplicada la prueba. El factor H, que se refiere a la manera de comportarse en determinadas situaciones; el nivel bajo incluye la timidez y su contraparte (nivel alto) la audacia para manejarse. En donde esta población no tiene una orientación definida, ya que se ubican dentro del promedio, lo que indica que actúan de acuerdo a la situación grupal ante la que se encuentren en donde puede influir por ejemplo la jerarquía, el manejo o conocimiento del tema del que se este tratando, etcétera.

Sin embargo, como se puede observar tiende a inclinarse hacia el nivel bajo, caracterizado por personas generalmente temerosas, inseguras y reprimidas; que evitan a como de lugar experiencias que incrementen dichos estados de

ánimo. Frecuentemente disminuyen sus tensiones aislándose y tratando de evitar riesgos. Es importante mencionar que en muchas ocasiones se puede iniciar en el consumo de drogas, o en su caso incrementarlo, debido a que les “ayuda” a combatir el miedo especialmente en situaciones sociales ante las que necesitan sentirse seguros para poder actuar de esa manera que no logran en una situación normal, tales como la expresión de sentimientos, convivir en reuniones sociales o incluso en las relaciones interpersonales con el sexo opuesto.

Es importante mencionar que dicha actitud también va limitando su capacidades hasta pasar a ser dependientes de ellas para poder actuar o funcionar ante todo tipo de situaciones.

El factor I, que hace referencia al modo de actuar ante los hechos basado en juicios: subjetivos (intuición) u objetivos (basado en lo probable, exacto o verificable) sin tomar en cuenta sentimientos, se encontró que los adictos se ubican en el promedio lo que nos indica que tienden a basar sus actos primeramente en la intuición para pasar en menos ocasiones a ser objetivos y actuar respecto a experiencias pasadas.

El factor L, mide el grado en el que la persona se identifica con los seres humanos en general, separándose por la carencia de dicho sentimiento (polo alto) o perteneciendo (polo bajo) por compartir características o destinos. En este se encontró que en promedio se ubica en el nivel medio, indicando que son personas que suelen separarse de los grupos en los que no se siente a gusto por falta de identificación y unirse de manera dependiente a aquellos con los que logra identificarse en actitudes, modos de vida, entre los que entran problemas tales como la adicción o el vandalismo, en donde encuentra el “entendimiento

mutuo”, aunque no se pueden desprender totalmente del grupo familiar o de ayuda que los orienta a alejarse y volver a ellos. Cabe mencionar que si actuaran de manera discriminativa, es decir capaces de diferenciar situaciones problemáticas de aquellas que no los son y actuando de acuerdo a ello, el ubicarse en el promedio sería lo ideal.

El factor M mide la manera de percibir y actuar congruentemente. Esta población se ubicó en el nivel medio, lo que indica que son tendientes a tomar decisiones sin pensar en sus consecuencias.

El factor N representa en el nivel alto (astucia) la “máscara social” que las personas portan para cubrir lo que se desea esconder y mostrar aquella con la que saben que van a obtener las respuestas deseadas, a fin de evitar la vergüenza o lastimar sus sentimientos. El polo bajo (ingenuidad) generalmente representa a aquellas personas que hacen pocos esfuerzos por esconder sus reacciones. Aquí encontramos que en el promedio en donde encontramos sujetos con metas indefinidas y pensamientos dispersos hacia su modo de vida, que rara vez analizan sus problemas y así actúan. Aparentemente no les interesa quedar bien con nadie, mostrándose tal como son, cuando en realidad encubren bajo esa pasividad o rebeldía, grandes necesidades de afecto.

El factor O mide los sentimientos que las personas tienen hacia sí misma en relación con su propio valor. El polo alto refleja inseguridad y el bajo seguridad y buena autoestima.

El promedio de esta población se puede describir como aquellos que generalmente pasan de un sentimiento a otro sin lograr confiar en sí mismos, en sus logros o lo que como personas son capaces de hacer debido esto a su orientación a caer en sentimientos de culpa por su baja autoestima; más sin

embargo son capaces aún de no caer en situaciones que los orillen a tocar fondo tales como abandonar a su familia, caer en el desempleo u otras situaciones que solamente sobrellevan si tratar de salir adelante.

El punto crucial que identifica el factor Q1 es una orientación hacia el cambio, en donde se encontró que el promedio de los sujetos se ubican en el nivel medio, caracterizándose por no tener objetivos definidos respecto a su vida, se adaptan a las situaciones establecidas sin intención de cambio y sin interés alguno por continuar manteniéndolas, aunado a sus frecuentes reproches por no lograr, sin hacer nada, lo que desean; una vida metódica, sin posibilidades de cambio.

El factor Q2 mide el grado de dependencia (polo bajo) o independencia (polo alto) hacia los grupos; es decir, el nivel en que el ser humano necesita o no obtener atención, búsqueda de elogios y aprobaciones, de resistirse a la separación y buscar aquellas conductas que expresan el deseo o desaprobación de mantener contacto o proximidad con los demás.

Esta población se ubica en el promedio, tendiendo a ser más dependientes que independientes de un determinado grupo; aunque a veces los orillen a cometer actos delictivos y tener problemas, no logran salir de el debido a la identificación de sentimientos tales como la soledad , baja autoestima, necesidad de pertenencia, que en ocasiones su grupo familiar no le proporciona y que sin embargo si los culpa por sus actos sin tomar en cuenta que también son responsables al no brindarle dicha estabilidad, lo cual no quiere decir que la persona deje de preocuparse por este tipo de situaciones, que con una buena orientación logre alejarse de la misma y adquiriera poco a poco autosuficiencia.

El factor Q3 mide la capacidad de observarnos a si mismos y actuar de acuerdo a ello; entre lo que somos y deseamos ser y la percepción de los demás tienen de nosotros, se encuentra altamente relacionado con la asertividad.

Aquí se encontró que la mayoría de estos sujetos se ubicaron el promedio. Individuos que son incongruentes entre su modo de pensar y de actuar, tendiendo en la mayoría de los casos, a que las personas que los rodean se formen una idea errónea de ellos, ya específicamente en este caso, por el hecho de ser farmacodependientes, se les considere delincuentes.

Por último, el factor Q4 mide las sensaciones desagradables (ausencia o presencia) que se presentan ante determinadas situaciones, en el que estos los sujetos se ubican en el promedio, orientados a pasar de un estado emocional a otro sin causa aparente, se les puede ver serenos y al poco tiempo excitados, alegres y deprimidos, impulsivos y pasivos aún ante una misma situación, o sea, que manifiestan conductas imprevistas.

Por último, en la figura 18 también fueron sobrepuestas las calificaciones obtenidas en la aplicación de nuestra población con las encontradas en los adictos del estudio realizado por Catell, Eber y Tatsuoka (1980); observándose que los promedios esperados y los obtenidos en este estudio son más o menos similares tendiendo, los primeros, a ser más bajos; a excepción del factor A (orientación social), M (actitud cognitiva), O (conciencia), G (lealtad grupal) L (credibilidad) y Q2 (posición social) en donde las medias se incrementan

En la gráfica 19 se pueden observar las diferencias que se presentan entre los dos grupos, en donde se ve que a mayor tiempo de consumo tienden a descender la mayoría de las calificaciones, y por consiguiente, ubicarse en el nivel bajo, las cuales se consideran rasgos más específicos de la personalidad.

Un aspecto muy importante es que aunque la mayoría de las calificaciones descienden se da una marcada e importante diferencia en el factor C, lo que conlleva una mayor intolerancia a la frustración y adaptación al ambiente.

Respecto a las comparaciones por tiempos de consumo de los resultados obtenidos en las pruebas de inteligencia y aptitudes, no se observaron diferencias significativas; es decir, se mantienen en ambos grupos con pocas diferencias en las frecuencias, con un nivel de inteligencia promedio e intereses indefinidos, por lo que no se consideró necesaria la presentación de gráficas.

GRAFICA DE EDAD

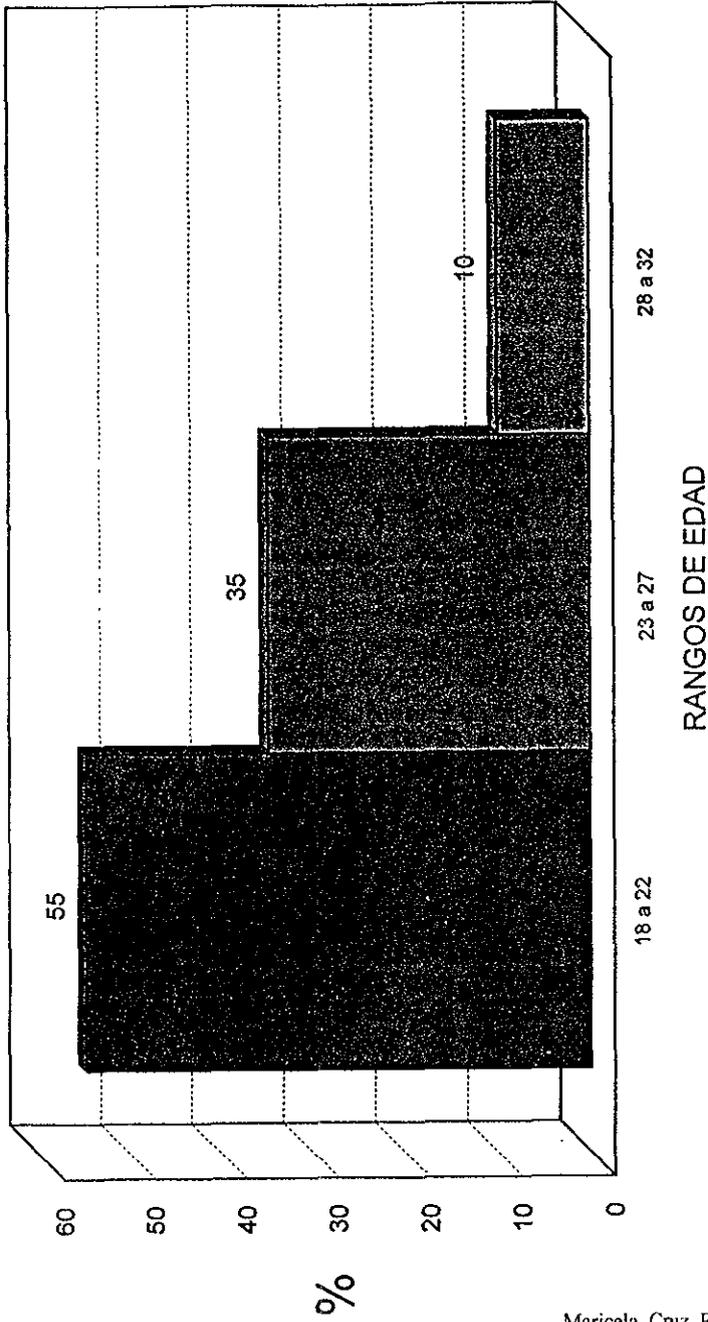


FIG. 9 MUESTRA LOS RANGOS DE EDAD EN TERMINOS DE PORCENTAJE

GRAFICA DE ESCOLARIDAD

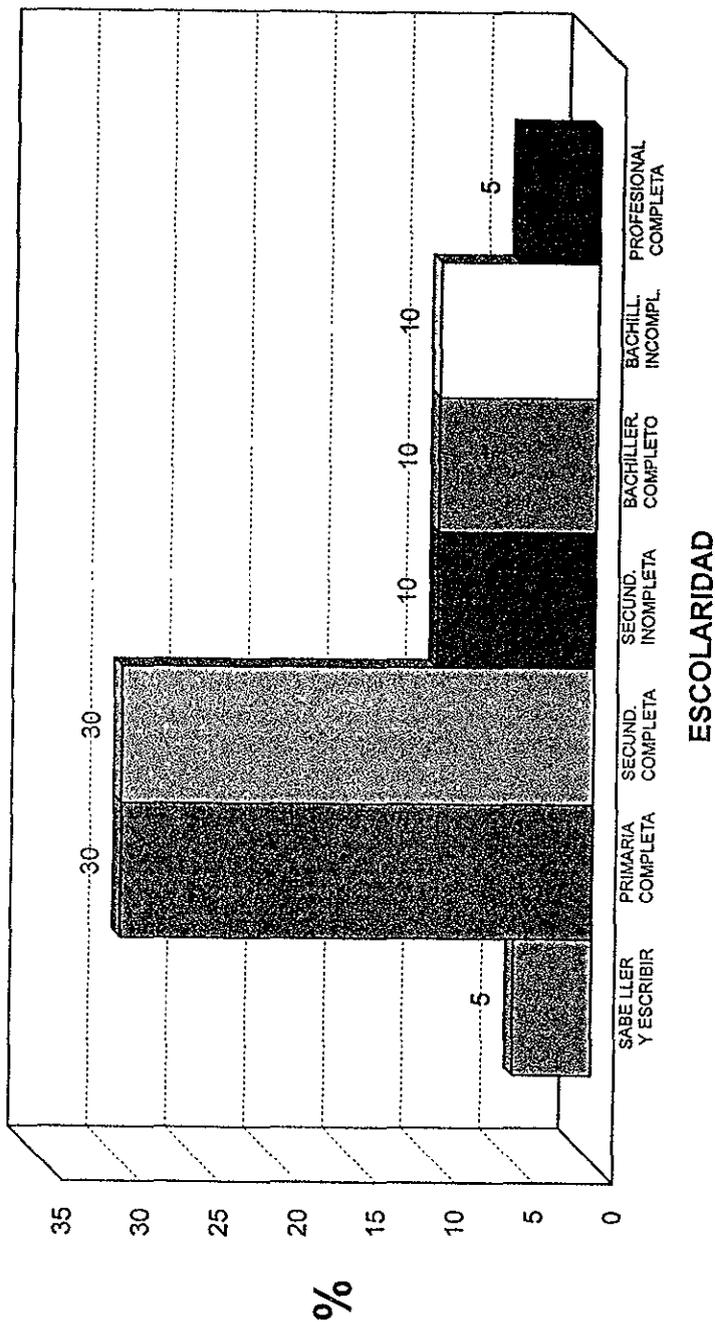


FIG. 10 MUESTRA LA ESCOLARIDAD DE LOS ADICTOS EN TERMINOS DE PORCENTAJE

GRAFICA DE OCUPACION

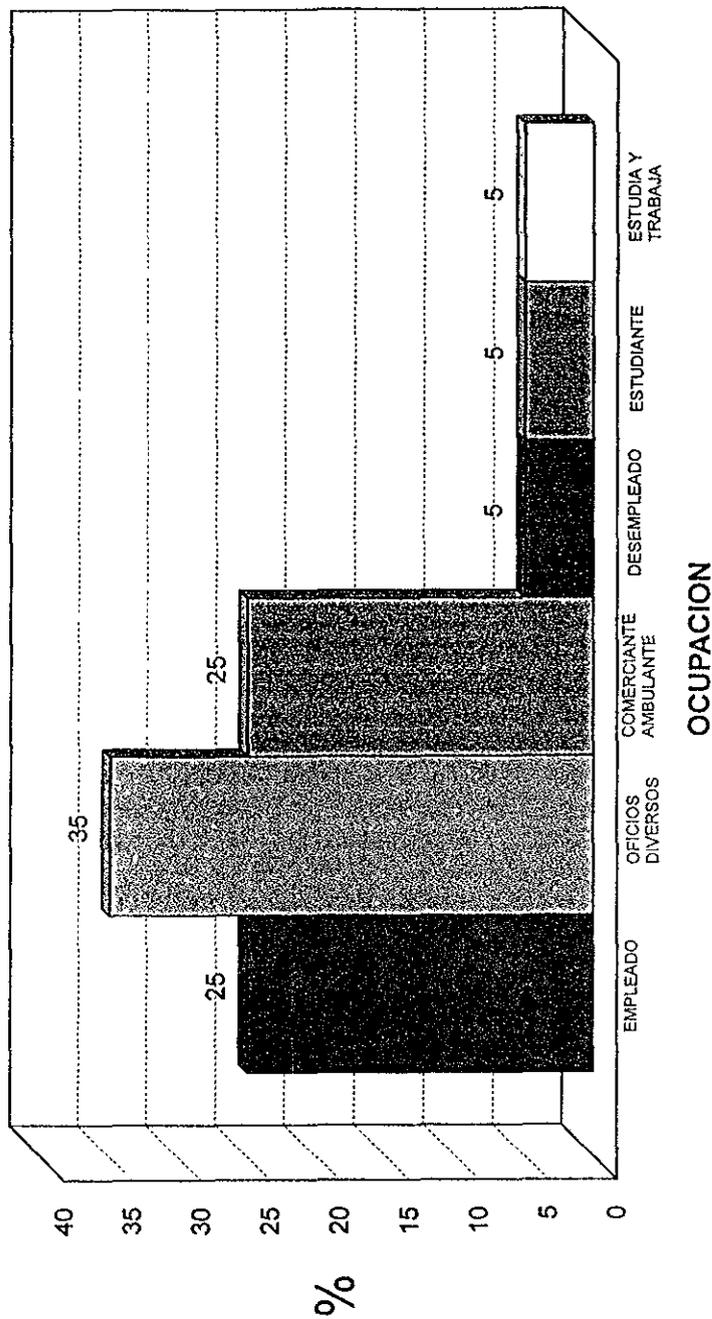


FIG. 11 MUESTRA LA OCUPACION LABORAL DE LOS ADICTOS EN TERMINOS DE PORCENTAJE

GRAFICA DE ESTADO CIVIL

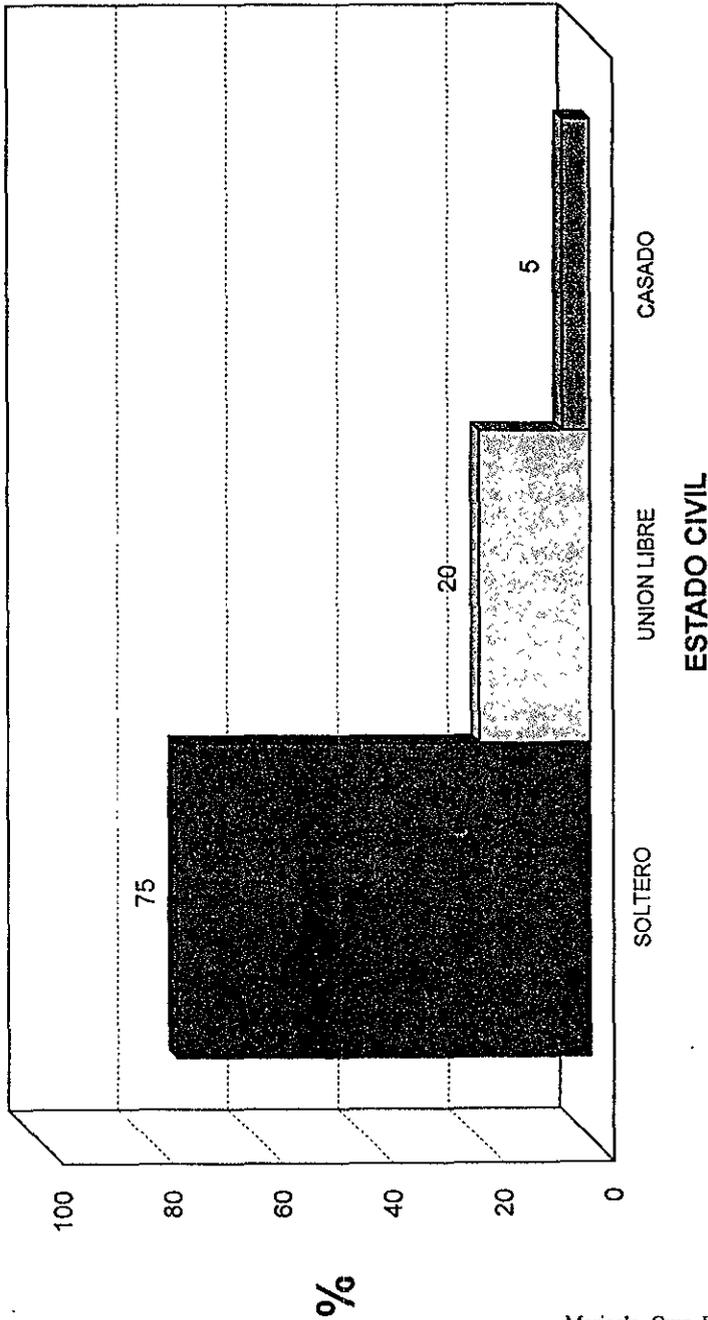


FIG. 12 MUESTRA EL ESTADO CIVIL DE LOS ADICTOS EN TERMINOS DE PORCENTAJE

GRAFICA DE TIEMPO DE CONSUMO

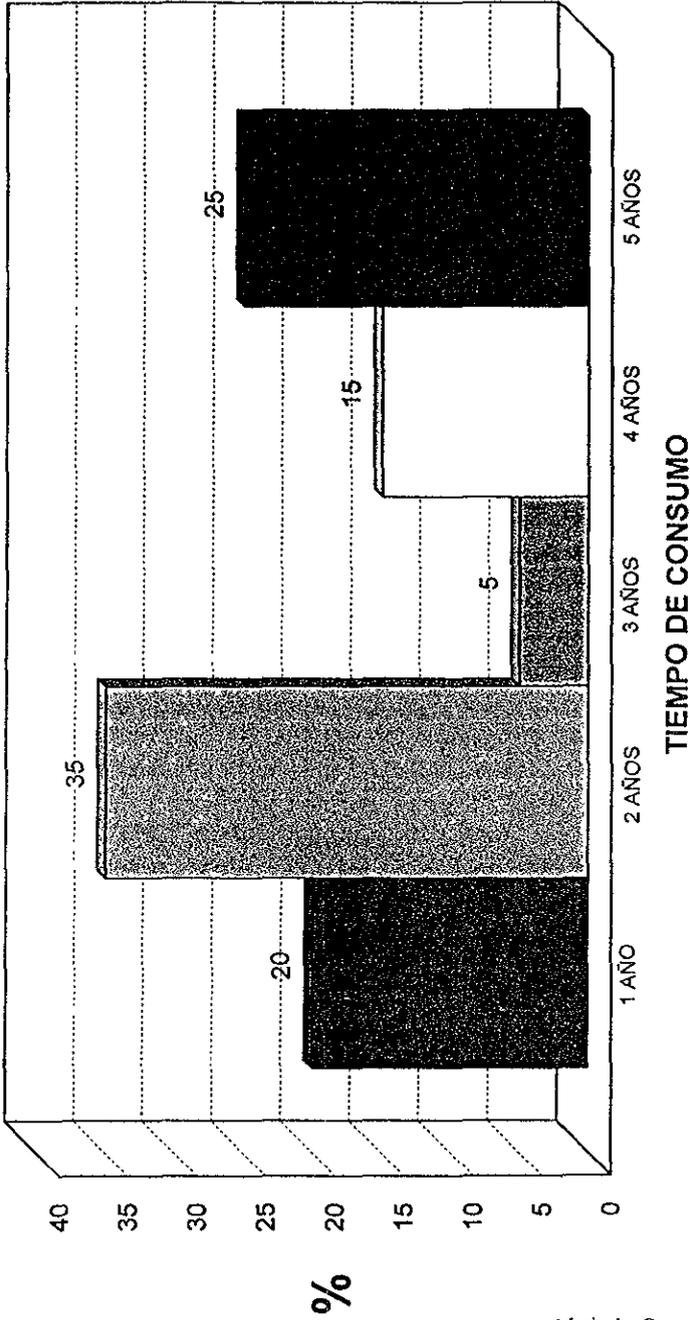


FIG. 13 MUESTRA EL TIEMPO DE CONSUMO DE LOS ADICTOS A MARIHUANA EN TERMINOS DE PORCENTAJE

No. DE CIGARROS QUE CONSUMEN DIARIAMENTE

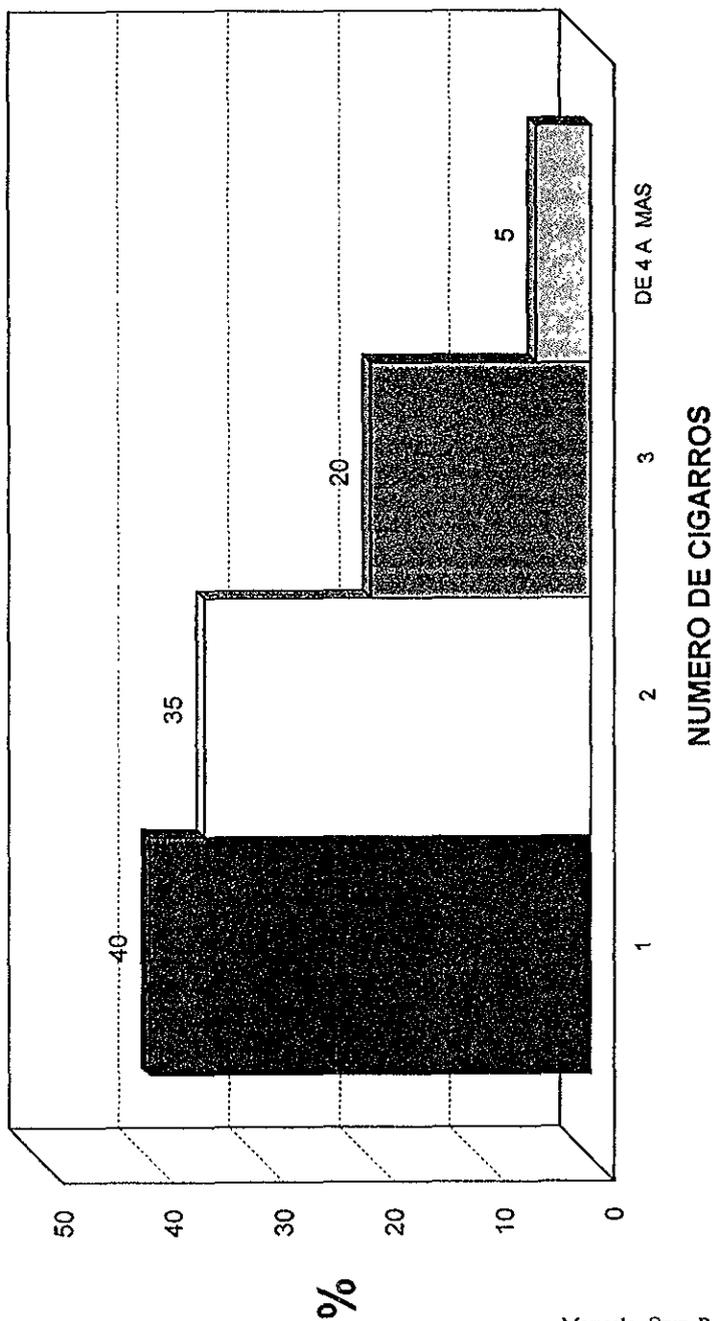
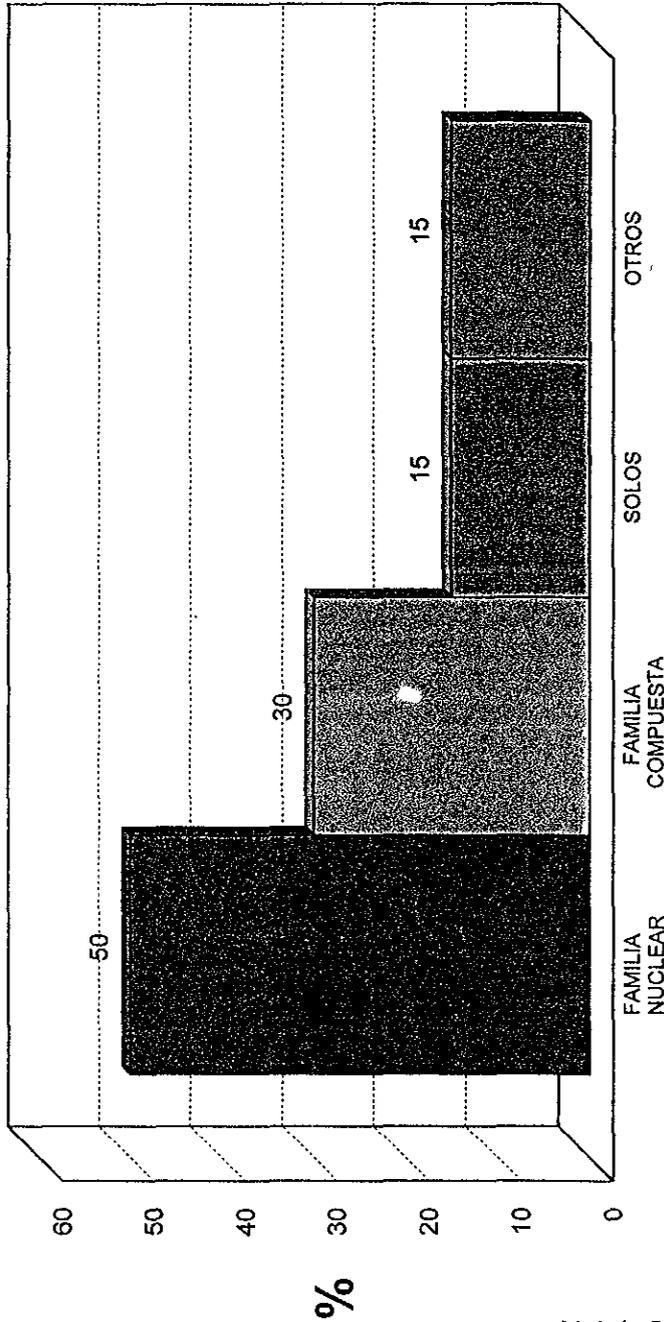


FIG. 14 MUESTRA EL NUMERO DE CIGARROS DE MARIHUANA CONSUMIDOS AL DIA EN TERMINOS DE PORCENTAJE

GRAFICA DE PERSONAS CON QUIENES HABITAN



PERSONAS CON QUIENES HABITAN

FIG. 15 MUESTRA EL TIPO DE PERSONAS CON QUIENES HABITAN LOS ADICTOS EN TERMINOS DE PORCENTAJE

GRAFICA DE INTELIGENCIA

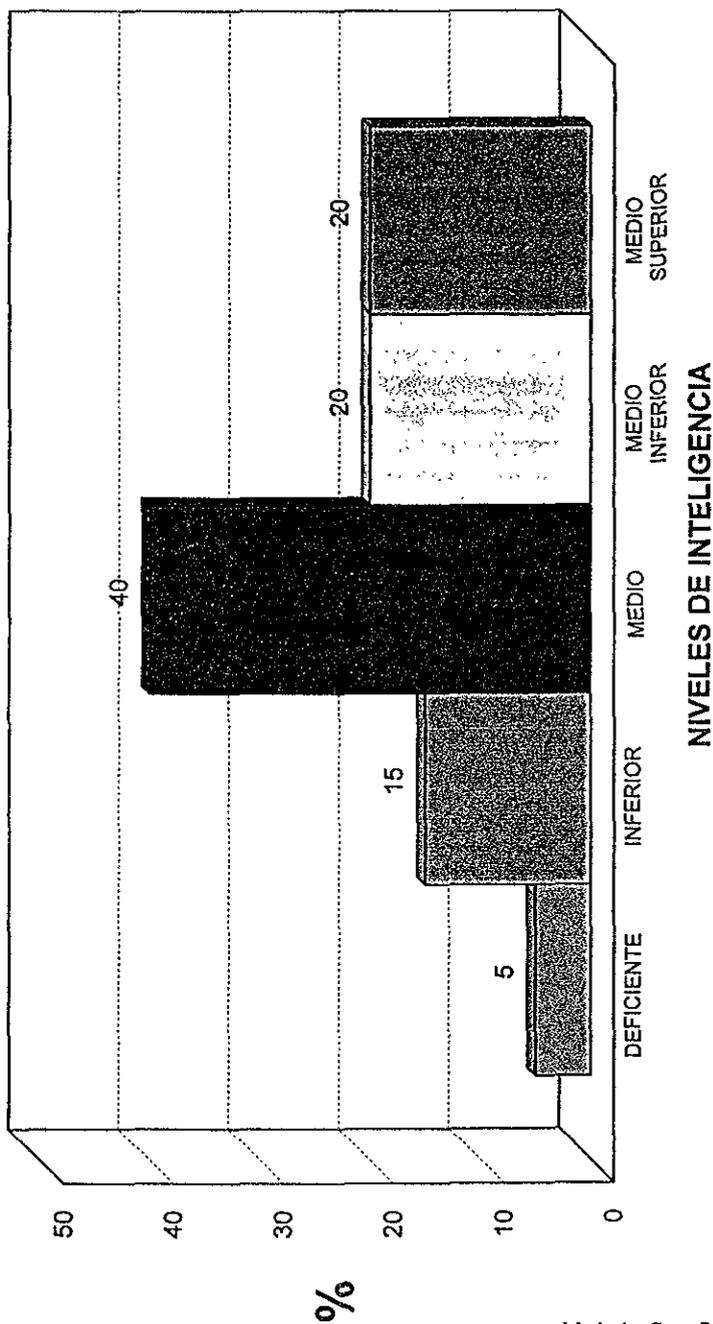


FIG. 16 MUESTRA EL NIVEL DE INTELIGENCIA DE LOS ADICTOS EN TERMINOS DE PORCENTAJE

GRAFICA DE INTERESES VOCACIONALES

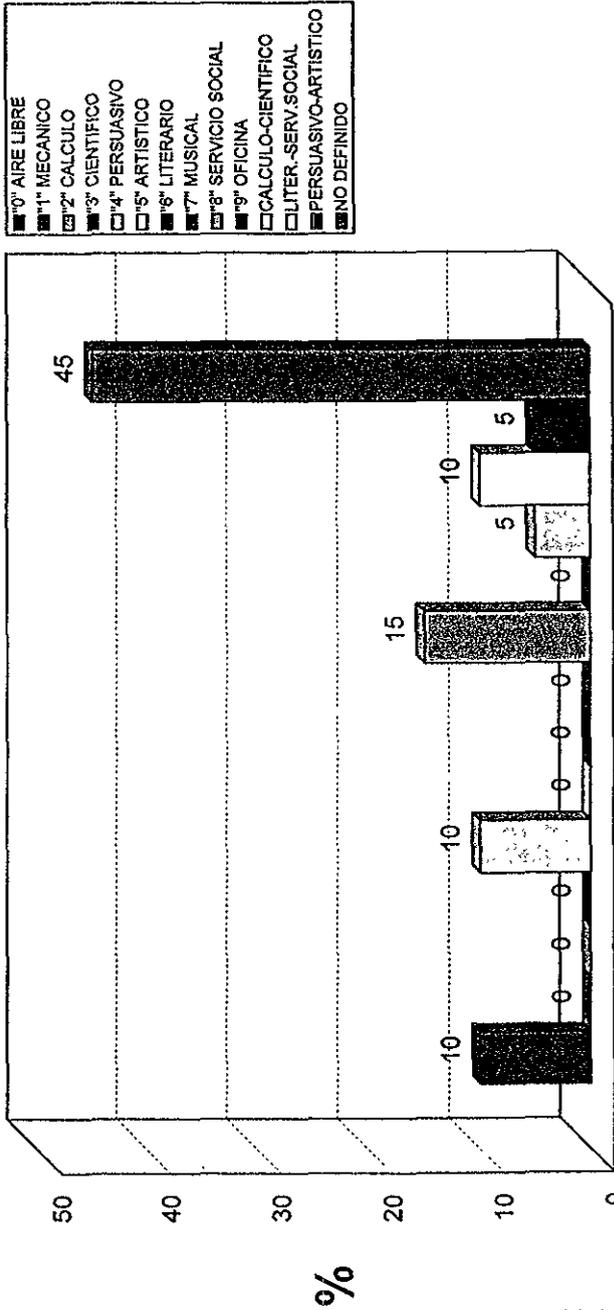


FIG. 17 MUESTRA LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA PRUEBA DE INTERESES VOCACIONALES EN TERMINOS DE PORCENTAJE

GRAFICA DEL 16 F.P.

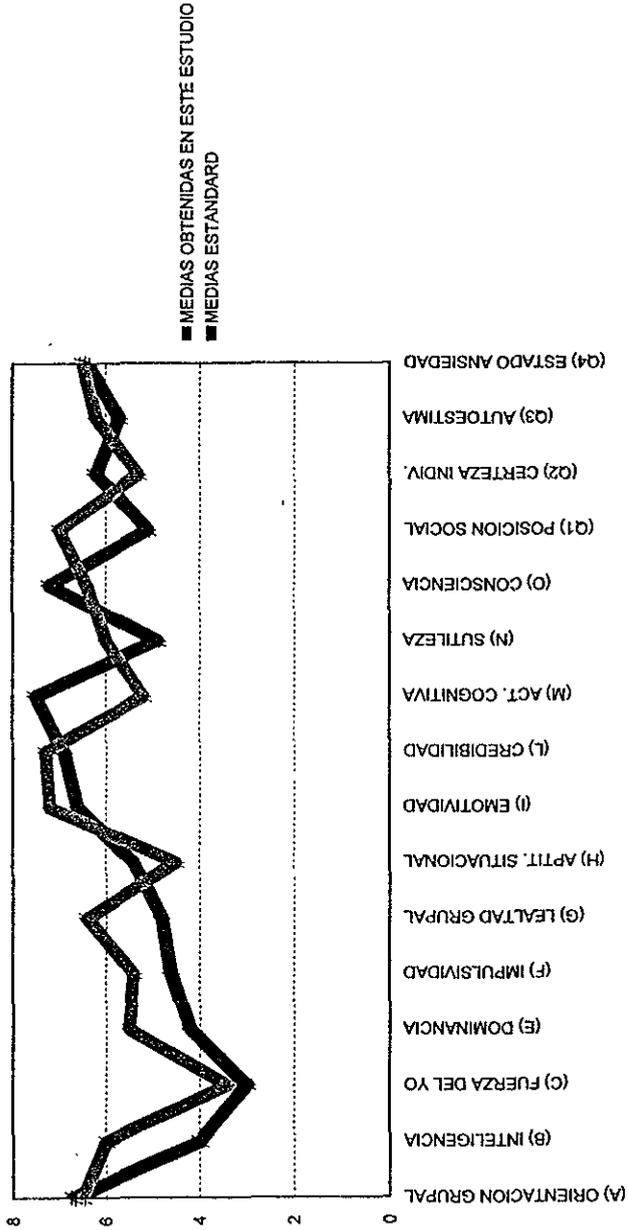


FIG. 18 MUESTRA LAS MEDIAS OBTENIDAS EN ESTE ESTUDIO, ASI COMO LAS MEDIAS ENCONTRADS EN EL ESTUDIO DE CATELL ANTE LA PRUEBA DE PERSONALIDAD (16 F.P.) EN TERMINO DE ESTENES

**GRAFICA COMPARATIVA ENTRE TIEMPOS DE CONSUMO
(16 F.P.)**

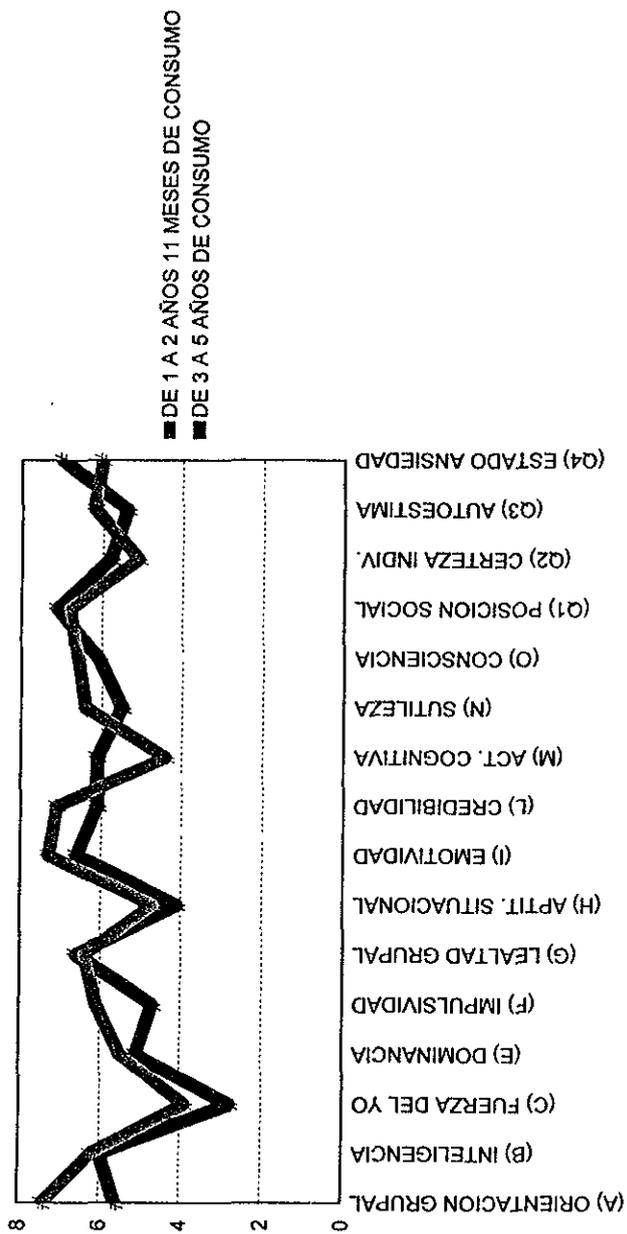


FIG. 19 MUESTRA LA COMPARACION ENTRE DOS GRUPOS DE ACUERDO AL TIEMPO DE CONSUMO ANTE LA PRUEBA DE PERSONALIDAD (16 F.P.) EN TERMINO DE ESTENES

CAPITULO SIETE

DISCUSION

Los aspectos teóricos revisados en esta tesis así como los resultados obtenidos dan a conocer el perfil psicológico del adicto consumidor de marihuana hasta con 5 años de adicción.

A continuación se presenta la discusión de los resultados obtenidos de acuerdo al objetivo planteado; lo cual implica las características sociodemográficas de la población estudiada, como son: edad, escolaridad, ocupación, estado civil; las características específicas de la adicción como el tiempo de consumo y el número de cigarrros que consumen diariamente; así como las personas con quienes habitan actualmente; para finalmente llegar al perfil a partir de la interpretación de las pruebas aplicadas, que nos permiten determinar el nivel de inteligencia en el que se ubican, los intereses hacia los que se inclinan; así como los rasgos específicos de la personalidad de los mismos.

Las estadísticas indican que la droga de mayor consumo a nivel nacional es la marihuana, que la edad de inicio en el consumo de la misma se da durante la adolescencia, que éstos se dedican a oficios no fijos, de estado civil soltero, así como que no concluyeron con la instrucción secundaria y además, que tienen entre 1 y 3 años de adicción; resultados que no difieren de los aquí encontrados (Tapia-Conyer, Cravioto, De La Rosa y Kuri, 1995, P.G.R., 1997 y Soriano, 1990)

Los resultados de esta investigación muestran que los adictos consumidores de marihuana de este estudio, en su mayoría representada por el 55% se ubica en el rango de edad de los 18 a 22 años; lo que muestra a una población joven,

en el inicio de la edad adulta joven donde se supone deben estar fortaleciendo su identidad y metas en la vida; mas sin embargo dichos intereses no se muestran claros en estos sujetos.

Respecto a la escolaridad, en la cual la suma de los dos porcentajes mayores, debido a que presentan los mismos resultados, encontramos que el 60% se ubica en el nivel de primaria y secundaria concluida, lo que indica por un lado, la importancia que tiene el grado escolar en el que se encuentran con el uso de marihuana; es decir, que se ha observado que cuanto más alto sea el grado escolar, se observan menores incidencias en el uso de drogas; lo que quizás tenga una relación más directa con la edad que con el grado escolar, ya que como es bien sabido el fenómeno de la adicción se da en todos los ámbitos. Esto se observa claramente en la gráfica de escolaridad en el sentido de que los porcentajes de adicción disminuyen conforme aumenta el grado escolar. Respecto a lo cual Villatoro-Velázquez (1994), refiere entre otros aspectos, que el pertenecer al sexo masculino, el bajo nivel educativo así como la minoría edad aumentan las posibilidades de consumir drogas.

También nos permite observar, que de acuerdo al tiempo de consumo en el que se ubica el mayor porcentaje, el cual oscila entre 1 y 2 años de adicción, es en la etapa del termino de la educación primaria e inicio de la secundaria donde se da con mayor frecuencia la experimentación, no solo con las drogas, sino de su vida en general, que aunado a esto y de acuerdo con el ciclo vital del individuo es la etapa en donde se producen una serie de cambios físicos y psicológicos determinantes, por lo que es muy normal que se encuentren con cambios constantes que le produzcan estrés y que de no encontrarse con bases familiares estables que le ayuden a entender tales cambios y fortalecer su personalidad, no entendiendo dichos cambios como un problema, sino como

un proceso de la vida el ser humano y así poder pasar por esta etapa sin muchos problemas; ya que de lo contrario, pasará la experimentación a formarse en hábito, aunado a una serie de conflictos emocionales no resueltos que lo llevan a una indecisión e indefinición de metas o propósitos en la vida; ya que como se ha observado después de la adolescencia disminuyen las posibilidades de consumir drogas.

Lo anterior se ve claramente reflejado en la actividad laboral a la que se dedican, en la que se encontró que el 35% se emplea en oficios con salarios no fijos y temporales; aunado a estos, los que se dedican al comercio ambulante con el 25%, que en suma se obtiene que la mayoría de la población no tiene un oficio definido.

Lo antes expuesto resulta de vital importancia debido a que los sujetos se ven limitados en cuanto oportunidades estables de trabajo, lo que lleva consigo *insatisfacciones anímicas y económicas*, no porque tales actividades no puedan proporcionarle dichas satisfacciones, ya que es bien sabido que existen personas que logran salir económicamente adelante sin tener necesariamente un grado escolar universitario; sino porque generalmente no se desarrollan o especializan en alguno de ellos, lo que trae como consecuencia que continuamente cambien de oficio, sin sobresalir en alguno y manteniéndose económicamente al día.

Aunado a lo anterior se puede decir que por su edad y escolaridad así como que el 80% son de estado civil soltero y que el 50% habita con su familia nuclear; tienen muchas posibilidades de salir del problema de la adicción si se les interviene acertadamente terapéuticamente hablando, debido a que se mantienen en ese mismo nivel de adicción; lo que nos deja ver, que sus actividades no giran totalmente en torno al uso de marihuana; ya que como se

observa el 55% tienen en promedio de 1 a 2 años de adicción y consumen alrededor de 1 a 2 cigarros al día (75%); asimismo la experiencia con este tipo de personas deja entrever que dicha droga, si bien genera tolerancia, al dejar de consumirla no se presenta síndrome de abstinencia, por lo que puede deshabitarse sin ninguna complicación física. Dicha intervención debe involucrar primeramente al adicto sin dejar de lado a la familia; la cual es parte fundamental el proceso de rehabilitación ya que como se observó, debe resolver ciertos problemas como la ausencia de la figura paterna o materna, que puede influir de manera determinante en la adicción de los sujetos.

El enfatizar la importancia de la involucración de la familia en el proceso de rehabilitación no surge de este estudio solamente, sino también de algunos otros que se han realizado acerca de la formación del sujeto adicto por parte de su familia, los cuales destacan la importancia de la familia en el proceso de construcción del “sí mismo” en cualquier persona. Al respecto Mora, Natera, et al (1992) refieren que los sujetos que consumen drogas generalmente provienen de familias en donde alguno de sus miembros es alcohólico, descendientes de matrimonios disueltos, lo cual también se encontró en este estudio; con una relación simbiótica ambivalente entre la madre y el adicto mostrado a través de la sobreprotección excesiva y rechazo a la vez que no le permite al farmacodependiente tomar decisiones propias, como la rehabilitación por ejemplo; piensa y actúa a través de la madre.

Como menciona Sodi (1981) la familia juega un papel determinante en la formación de la personalidad del sujeto, necesaria para que éste sea independiente; por lo que las necesidades de comunicación, aceptación e identificación deben ser proporcionadas por el núcleo familiar y mantenidas en la medida de demarcación de límites y diferenciación requeridos para un

adecuado funcionamiento; para lo cual, la estructura familiar debe necesariamente aprender a dar solución o buscar alternativas a los problemas de cada uno de sus miembros.

Los resultados obtenidos en la prueba de inteligencia nos muestra en su mayoría (40%) a sujetos con un nivel de inteligencia medio, porcentaje que sumado a los dos que le siguen dejan ver que el 80% tiende a ubicarse por arriba del mismo y como consecuencia se observa, que son pocos los sujetos que calificaron con un C.I. deficiente; lo que nos indica que una buena parte de la población de adictos a marihuana de este estudio son sujetos con una adecuada capacidad mental, capaces de diferenciar entre situaciones diferentes, demostrando que en su dependencia interfieren factores ajenas a su nivel de inteligencia. Sin embargo resulta de mucha importancia reconocer nuevamente que de obtener una adecuada orientación respecto a su problemática resultarían buenos candidatos para terapia psicológica debido a que no se observan deficiencias en su capacidad de razonar por lo que se puede lograr un buen insight.

Contrario a lo encontrado en los estudios relacionados con los problemas ocasionados por el consumo de marihuana, ya que en general describen características psicológicas de adictos crónicos y con problemas psiquiátricos; a lo cual aguantan que el consumo no es un factor motivador de tales problemas, sino un factor desencadenante de un problema latente (Masucchio de Zan y Ortiz, 1992 y Thomas, 1995).

También se puede argumentar que los altos niveles de inteligencia obtenidos en esta prueba pueden deberse a que ésta fue diseñada para analfabetas y que el grado escolar promedio de los adictos la hizo más sencilla; así también, son sujetos que no tienen mucho tiempo de haber abandonado sus estudios.

Respecto a las áreas vocacionales identificadas hacia las que se orienta esta población se puede observar que el 45% no tiene una orientación laboral definida, lo que refuerza lo encontrado en la actividad a la que se dedican que en suma con el porcentaje de los que se dedican al comercio ambulante, el 75% no se emplea en un oficio definido ni fijo; se puede inferir que quizás se deba a la falta de iniciativa por no considerarse a sí mismos lo suficientemente capaces de realizar cualquier actividad o que, debido a su baja autoestima, no sea capaz de reconocer su habilidades con las que todos los seres humanos contamos por el hecho de estar vivos.

Los resultados encontrados en la prueba de personalidad resultan un tanto alentadores, ya que son sujetos que como se observa, casi en todas las calificaciones obtenidas se ubican en la media, lo que significa que no son sujetos que representen un peligro para la sociedad, que todavía se apegan a la mayoría de las normas, que cuentan con un empleo, que hasta cierto punto todavía son responsables de las actividades que se les encomiendan; que en general, de contar con una buena orientación se les puede ayudar a salir de esta etapa de adicción. Otra observación importante que se puede apreciar en la gráfica comparativa entre tiempos de consumo es que en la medida en la que se mantenga por más tiempo en la adicción se pueden empezar a presentar una serie de problemas psicológicos, ya que debido a que los promedios en los factores tienden a descender, empiezan a presentar rasgos muy marcados que pueden desencadenar en una psicopatología, lo que si empezaría a ocasionar problemas para el mismo, su familia y la sociedad en general.

Resumiendo se puede decir que los adictos de sexo masculino consumidores habituales de marihuana de este estudio se caracterizan por encontrarse entre los 18 y 22 años de edad y con escolaridad de secundaria y primaria

terminada; con una frecuencia de consumo de entre 2 y 3 cigarrillos de marihuana diariamente, no dedicados remuneradamente a oficios fijos y dependientes de sus grupos consanguíneo. Con un nivel de inteligencia media y con intereses vocacionales dispersos, es decir, no definidos; que se ve reflejado en el tipo de actividad laboral a la que se dedican. Su personalidad deriva lo anterior, debido a ese Yo no fortalecido; posiblemente desde su nacimiento no se formó una estructura psíquica individual, con manifestaciones, necesidades, pensamientos y emociones propias. Quizá con una excesiva protección por parte de su grupo familiar, que obstaculizó las oportunidades de aprendizaje o expuestos a situaciones difíciles o impropias de su edad, la no enseñanza de habilidades para satisfacer sus necesidades debido, tal vez, a que también la familia carecía de dicha habilidad; o en algún otro caso, fue acostumbrado a siempre recibir órdenes y cumplirlas al grado tal que de no acatarlas se le censurara drásticamente; o a que continuamente estuvieran expuestos a altos niveles de estrés durante la niñez; lo que se manifiesta en su dependencia hacia su familia consanguínea al no poder apartarse física ni mentalmente. Su estado de ánimo depende de otras personas o circunstancias más que de ellos mismos, la percepción que tienen de ellos mismos no es propia, sino que la ha formado de lo que terceras personas refieren acerca de él, tales como su familia o entorno social. Por otro lado, no aprendieron de las experiencias de la vida por lo que no tienen bases suficientes para generar alternativas respecto a los problemas por los que todos los seres humanos pasamos. Lo que posiblemente desencadenó su tendencia hacia su baja autoestima y poca asertividad siendo incapaces de solicitar, encontrar o ubicarse en situaciones que les brinden satisfacciones y frecuentemente abandonen estudios, empleos u otras actividades; y a su vez se

encaminen, por esa necesidad de ser aceptados, hacia grupos con los que se identifican al sentirse comprendidos debido a que manejan los mismos sentimientos, carencias y modos de vida que les permiten mantener su poca seguridad y confianza, y así no sentirse relegados, lo que los lleva a cometer en muchas ocasiones actos o conductas con las que aunque no se identifiquen deben realizar para no ser expulsados.

Debido a la timidez que manifiestan y a la inhabilidad de generar alternativas, es difícil que tomen decisiones asertivas y gratificantes, lo que los conduce en caso a hacer uso de drogas, tales como la marihuana, para lograr mantenerse relajados y ser capaces de comportarse de manera extrovertida logrando lo que no hacen en un estado físico y psicológico normal, situación que los puede llevar a incrementar su consumo hasta llegar a ser parte indispensable de su vida para poder mantenerse tranquilo o realizar sus actividades cotidianas.

Sin embargo, aún cuando se les encontró en general con una indefinición de actitudes, si se les interviene acertadamente, son capaces de tener como inicio un buen insight, debido a que su inteligencia no se encuentra muy deteriorada y posteriormente colaborar en la identificación de metas, fortaleciendo esa instancia de la personalidad y lograr que el individuo sea independiente, capaz de asumir sus propias responsabilidades, ser productivo, que aprender a no reprocharse por lo que no ha hecho; pasar de ser dependiente a lograr su libertad interna; amoldándose así a los problemas de la vida cotidiana sin frustrarse por no satisfacer algunas metas, sus límites y explorando sus habilidades; reforzando primeramente su autoestima que lo conducirá a buscar situaciones gratificantes; así como a ser asertivos y poder discriminar y alejarse situaciones problemáticas. De lo contrario pueden seguir deteriorarse más sus sentimientos y que sus facultades se orienten hacia actitudes o

pensamientos no benéficos para sí mismos ni para la sociedad, como es el caso de los grupos que se organizan para cometer actos ilícitos como lo son los traficantes de drogas, los asaltabancos, secuestradores, etcétera; debido a una inteligencia, actitud y sentimientos mal encaminados, o de otro modo, desencadene una psicopatología que se relacione con depresión al grado tal de poder llegar al suicidio por no encontrar solución a su vida; o continuar en el camino de las adicciones suministrándose diversas sustancias.

Por otro lado, resulta importante mencionar respecto al factor C que implica la fuerza del yo y que fue la única calificación que se ubico por debajo de la media, tanto en este estudio como el realizado por Cattell y col. (1993); que solo hay que ayudarlos a generar alternativas de solución a sus diversos problemas para que se de una mejor adaptación social; ya que de ella se derivan un sin fin de malestares, que si bien no son motivadores directos para el uso de drogas, si llegan en un momento dado a mantener a los sujetos adictos a continuar e incrementar el hábito. Asimismo se pueden orientar hacia la satisfacción real, no imaginaria, de sus diversas necesidades; siendo asertivos, cooperadores en grupo, leales y sobre todo sentirse capaces de salir adelante y empezar a guiar su propia vida hacia donde él quiera dirigirse.

Los resultados aquí encontrados muestran que en la medida en que se continúe haciendo uso de marihuana es muy probable que se incrementen los problemas psicológicos, y muy probablemente en las demás áreas; ya que como se observó en la gráfica comparativa entre tiempos de consumo, las calificaciones obtenidas por la población ante la prueba de personalidad descienden en los sujetos con mayor tiempo de consumo. Al respecto, el Instituto Mexicano de Psiquiatría (1996) refiere haber encontrado en su

estudio un incremento notable en el porcentaje de los problemas asociados al consumo de drogas, antes y después del consumo de drogas.

Los resultados obtenidos dan a conocer el perfil psicológico del adicto a marihuana, sin embargo se sugiere que trascienda a otro tipo de población ya que ésta fue muy sesgada por las características específicas del lugar a donde se realizó el estudio. Asimismo aporta datos muy importantes para la elaboración de planes de tratamiento preventivo y terapéutico, así como el conocimiento de la problemática y como consecuencia el entendimiento de su posición de adictos y sobre todo como seres humanos; ya que por el hecho de encontrarse ante tal problema se le llega a tipificar como delincuente y como tal se le trata limitándole, en muchas ocasiones las oportunidades tan escasas de trabajo, de comunicación y de relación en general, aspectos que logran únicamente denigrarlos cada vez más.

Así pues, en la medida en que rechacemos la manera que tienen de ver el mundo, reafirmemos el estigma que se asocia a su imagen, las mejores propuestas de acción pueden llegar a ser nulas. En este sentido se propone que las alternativas de solución salgan de ellos mismos apoyándose de psicólogos u otros profesionistas afines a la problemática que encaucen dichas acciones; recordemos que ellos mejor que nadie conocen, sienten y son los directamente implicados y como tal tienen la vivencia.

Un aspecto de vital importancia en el problema de la farmacodependencia es el de la participación de la familia, estructura que se mueve en torno al adicto, culpándolo de la situación problemática ante la que se enfrentan, sin dar solución a sus propios conflictos. Generalmente cuando se enteran del problema niegan y culpan a terceras personas, como los amigos, de tal situación, iniciándose un intercambio de reproches y acusaciones que recaen

sobre el conjunto familiar en su totalidad, se ven envueltos en un juego de “víctimas y victimarios” en donde la culpa y el chantaje se manejan en ambos sentidos. El adicto acusa a su familia de la falta de comprensión y de afecto. A su vez la madre del mismo es sobre la que recae la mayor responsabilidad por “no ser una buena madre” y, por otro lado, el padre que aparece como figura autoritaria y distante, que se ve obligado a sancionar la conducta del hijo, sin mostrarse interesado o preocupado realmente por lo que le pasa a su hijo, que solo se preocupa por la “lesión de la imagen paterna”; en sí, la familia considera que los conflictos se originan a partir de la aparición de la farmacodependencia, sin imaginarse que proviene de ella misma. Por lo que necesariamente se le debe implicar en el tratamiento, ya que es bien sabido que de presentarse un cambio en la dinámica familiar se producen necesariamente un cambio en la misma.

Finalmente, respecto a lo que a las Instituciones Gubernamentales implicadas en el problemas les corresponde, justo sería el depurar a los cuerpos policíacos corruptos o quienes estén implicados en el tráfico de drogas o exigir mayor vigilancia así como numerosos operativos que detecten las zonas específicas de venta de estas sustancias, o porque no, un mayor presupuesto para las campañas de prevención; pero sería caer en el pensamiento de que el fenómeno de la farmacodependencia se da por la existencia de las mismas; siendo que siempre han estado presente sin tener las consecuencias que hasta el momento continúan surgiendo como lo demuestra el crecimiento de la población adicta, por lo que resulta más importante centrarnos en la familia y el adicto.

CAPITULO OCHO

CONCLUSION

Tomando en cuenta los resultados obtenidos podemos concluir que este estudio aporta datos importantes relacionados con perfil psicológico del adicto consumidor de marihuana, en etapa habitual hasta con cinco años de adicción.

Conviene enfatizar que el deseo de modificar la conciencia es un impulso innato en el ser humano tales como la necesidad de saciar la sed o el hambre. El objeto utilizado para satisfacer tal deseo puede ser muy variado, incluyendo por desgracia, la opción de drogas tales como la marihuana.

Sin embargo, en el hecho de pasar de utilizar la marihuana de manera experimental a hacerse usuario habitual intervienen varios aspectos tales como los sociales, los familiares y los individuales

Al respecto se observó, que en el consumo de marihuana, la educación informal que se da desde el nacimiento por parte de la familia o de quienes estén a cargo del sujeto es determinante, en la medida que interviene en la formación de su personalidad. De ahí que es importante aprender a sentir los efectos desde las etapas más tempranas de la vida y más aún, antes del nacimiento. La confianza es el sentimiento básico del desarrollo de la persona que a su vez es una de las mejores protecciones en la vida.

Durante la adolescencia, prácticamente cualquier sujeto puede experimentar el consumo de alguna sustancia y esto, por sí mismo, no es un signo de que se es adicto, ya que durante esta etapa es común que ocurran un sin fin de actos para lograr definir su identidad adulta y que de no encontrarse ante personas

que lo escuchen y sobre todo lo sepan comprender acerca de lo que le está sucediendo, es común que caigan en el consumo habitual o disfuncional, lo que le “ayuda” a hacerle frente a diversas situaciones emocionales ante las que no ha encontrado alternativas, ya que tampoco sabe como generarlas, y en donde el uso de marihuana funciona de manera adaptativa.

Por ello, mientras más temprano en el desarrollo psicológico de la persona se aprendan diversas habilidades que le permitan llevar una vida sana, creativa y sociable, se estará construyendo mayor fuerza psicológica que servirá para poder resistir la presión hacia el consumo de drogas.

No es suficiente enseñar a decir “no a las drogas, como lo hacer las campañas actuales, sino que además, nuestras familias proporcionen en la medida de lo posible, estilos de vida sanos, creativos, orientados a cosas tales como el uso de tiempo libre, al deporte, a encontrar satisfacción en el estudio y no empezar a formarle al pequeño el concepto de que el estudio es un castigo, ya que es común cuando el niño está haciendo algo que a los adultos no les agrada se le envíe a hacer la tarea, formándose el concepto de que más que habito le sea considerado como castigo.

Por lo que en materia de prevención, las acciones médicas, asistenciales y de salud deben enfocarse principalmente a la orientación familiar e individual sobre el fenómeno de la farmacodependencia, sus consecuencias y efectos sobre el individuo, con la finalidad de proporcionar comprensión y ayuda para disminuir, más que el consumo, los problemas psicológicos de los individuos que son los que hacen que se mantenga en la adicción. Todo esto mediante pláticas en centros comunitarios, escuelas, hospitales o centros de salud acerca del modo en que debemos educarnos como familia y permitir que surjan de ellas individuos independientes con los alcances y limitaciones que como

seres humanos tenemos de acuerdo a nuestras capacidades. Asimismo establecer planes de enseñanza, tanto informales como formales, desde la primera infancia, en donde se exploten y encausen las habilidades de los niños, fomentando la autoestima y la seguridad en sí mismos; en la que no se sigan perpetuando los roles sexuales estereotipados que implica asignar a hombres y mujeres modos diferentes de comportamiento que repercuten de manera negativa en todas los ámbitos, como el que se esta tratando; acerca de cual también se sugiere se siga investigando.

Todo esto apoyando por instituciones afines a la problemática, así como de recursos económicos y humanos, sensibles y verdaderamente comprometidos Y sobre todo, de la participación franca y sincera de quienes se enfrentan ante esta problemática.

Los datos que se presentan en esta tesis son solamente los obtenidos en una sola evaluación y con una población específica, adictos liberados por la Procuraduría General de la República y usuarios de marihuana, de donde surge la necesidad de hacer más investigaciones sobre los efectos específicos de las diferentes drogas, de sus dosis y frecuencias, combinaciones así como las consecuencias psicológicas de las mismas. A su vez, resulta imprescindible la investigación en el sentido inverso: el estudio de las condiciones de la personalidad que determinan la elección de una droga en especial como foco de adicción, ya que cada droga tiene un efecto particular que el usuario busca o que le satisface necesidades emocionales particulares, y viceversa. Lo que nos llevaría a tener modelos predictivos tales como el anticiparnos que tipo de personalidad va a tender a que tipo de droga, dado el efectos específico de la sustancia, y que tipo de consecuencias en la personalidad tendrá el uso de cada tipo de droga en particular.

BIBLIOGRAFIA

Alonso-Fernández, F. (1989) *“Tests, escalas y cuestionarios” Psicología Médica y Social*. México: Salvat.

Anderson y Anderson (1978) *Técnicas Proyectivas Del Diagnóstico Psicológico* Madrid, España Rialp.

Benavides J. y Di Castro, F. (1989) *Manual Técnicas de Evaluación de la Personalidad*. México: Facultad de Psicología-UNAM.

Berenzon, S., López-Lugo, E.K., Medina-Mora, M.E., Villatoro-Velázquez, J.A., Juárez, F., Carreño, S., Galvan, J. y Rojas, E. (1994) *“Uso de inhalables entre estudiantes y conductas relacionadas al consumo: actos antisociales” La Psicología Social en México*. Asociación Mexicana de Psicología Social, V, pp. 351-358

Campillo, C. Y Romero, M. (1994) *“Efectos del abuso de drogas y el alcohol en la sexualidad” Antología de la Sexualidad Humana III*. México: Consejo Nacional de Población.

Cano, C.G. (1997) *Consumo de Marihuana y Relaciones Interpersonales en Farmacodependientes Egresados De La P.G.R.* Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología-UNAM.

Castro, M.E., Ortiz, C.A., Caudillo, C. y Chávez, A.M. (1985) "*Alteraciones cognitivas y problemática psicosocial asociada al consumo de drogas*" *Salud Mental*, **8**, (4), pp. 74-79

Catell, R.A., Eber, H.W. y Tatsuoka, M.N. (1980) *Cuestionario de 16 Factores de la Personalidad*. México: Manual Moderno.

Catell, H.B. (1993) *Lo profundo de la personalidad, aplicación del 16 F.P.* México: Manual Moderno.

Caudillo, C. (1983) "*Las drogas, su repercusión individual y social*" Instituto Mexicano de Psiquiatría, **5**, (1), pp. 16-22

CONADIC (1992) *Las drogas y sus usuarios*. México: Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Davidoff, L.L. (1979) "*Estados de conciencia*" *Introducción a la Psicología*. México: Mc Graw-Hill.

De la Fuente, R. y Campillo-Serrano, C. (1972) "*Trastornos psiquiátricos relacionados con el consumo de drogas*" *Gaceta Médica de México*.

Dusek, D. y Girdano, D.A. (1990) *Drogas, un estudio basado en hechos*. México: Sistemas Técnicos de Edición.

Esconato, A. (1989) *Historia General de las Drogas*. Madrid: Alianza.

Flores, H. (1980) *El Epyde: Un proceso de desarrollo y evaluación de ejecutivos*. México: Grupo Editorial Expansión.

García, R.J. y Reyes Del Olmo, P. (1985) "Aspectos psicosociales de los menores inhaladores en condición extraordinaria" *Revista de farmacodependencia*. Centros de Integración Juvenil, pp. 1-6

González, R.B. "El consumo de drogas en la comunidad escolar. Perspectivas desde las encuestas en escuelas" *Situación Actual de las Adicciones en México*. México, Consejo Nacional Contra las Adicciones.

Guzmán, V. E. (1994) "Marihuana: Una revisión bibliográfica" *Adictos* México: Ediciones Alternativas.

Hernández, R.M.T. (1997) *Perfil psicológico del Agente de la Policía Federal en México*. Tesis de Licenciatura, UNAM-ENEP Iztacala.

Inaba, D.S. y Cohen, W.E. (1992) *Drogas: estimulantes, depresores y alucinógenos. Efectos físicos y mentales del abuso de drogas*. Buenos Aires: Latinoamericano.

INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA. (1996) "Tendencias del consumo en el área metropolitana (1986-1996)", **2**, (21), Nov.

Kellogg, C.E. y Morton, N.W. (1970) *Instrumento no verbal de inteligencia. Beta II R*. México: Manual Moderno.

Kuder, F. (1996) *Escala de Preferencias -Vocacional- (KV)*. México: Manual Moderno.

Lawrence, C.K. y Keith (1988) "*Farmacodependencia*" *Psiquiatría Clínica*. México: Interamericana.

López, C.J. (1994) "*Una panorámica histórica del uso de drogas*" *Carpeta de capacitación para la formación de multiplicadores en materia de farmacodependencia*. México: Procuraduría General de la República.

Maceira, Z.J., Pinto, R.O. y Sulkes, S.A. (1982) "*Marihuana y Ololiuquí*" *Revista de Farmacodependencia*. Centros de Integración Juvenil, Año I,(3), pp. 11-15

Madden, J.K. (1986) "*Opiáceos y sedantes en general*" y "*Estimulantes y otras drogas de dependencia y abuso*" *Alcoholismo y Farmacodependencia*. México: Manual Moderno.

Massün, E. (1991) "*Ideas, términos y conceptos básicos*" *Drogas*. México: Trillas.

Masucchio, De Z. A. y Ortiz, F.F. (1992) *Drogadicción*. México: Paídos.

MEDINA-MORA, M.E. "La cocaína: la forma de usarla y sus efectos" México, Salud Mental-Información Clínica, 1991.

Medina-Mora, M.E. (1994) "*Los conceptos de uso, abuso, dependencia y su medición*" ***Las dimensiones, impacto y perspectivas***. México: Manual Moderno.

Mora, J., Natera, G., Nava, A., Pérez, C. Y Suárez, V. (1992) "*El concepto social del "sí mismo" en la rehabilitación del farmacodependiente. I. Presentación de datos preliminares*" ***La Psicología Social en México***. Asociación Mexicana Psicología Social, **IV**, pp. 228-233

Natera, G., Mora, J., Nava, A., Suárez, V. Y Tiburcio, M. (1994) "*Violencia intrafamiliar y su relación con la farmacodependencia*" ***La Psicología Social en México***. Asociación Mexicana de Psicología Social, **V**, pp. 263-270

Nathan, P.E. y Sanillis, L. (1983) "*Farmacodependencia y Alcoholismo*" ***Psicopatología de la Sociedad***. México: Trillas.

O.M.S. (1987) "*Evaluación de los Problemas Sociales y de Salud Pública Relacionados con el Uso de Sustancias Sicotrópicas*" Suiza: Serie de Informes Técnicos, No. 656, pp. 17-36.

Ortiz, A. (1992) "*Aspectos psicológicos de la adicción*" ***Las adicciones en México: hacia un enfoque multidisciplinario***. México: Consejo Nacional Contra las Adicciones-S.S.A.

Ortiz, A. y Caudillo, C. (1984) "*Alteraciones físicas y psicológicas asociadas a la inhalación de solventes industriales*" Consejo Nacional Contra las Adicciones. I, (3), pp. 1-24.

Ortiz, A., Galván, J. y Rodríguez, E.M. (1994) "*Diferencias por género respecto a patrones de consumo y problemas asociados al consumo de cocaína: un análisis cualitativo*" ***Las adicciones: hacia un enfoque multidisciplinario***. México: Consejo Nacional Contra las Adicciones-S.S.A.

Ortiz, A., Rodríguez, E., Unikel, C., Galván, J., Domínguez, M. y Hernández, G. (1994) "*Tendencias recientes del consumo de cocaína en la Ciudad de México. Algunos aspectos cualitativos y cuantitativos*" ***Las adicciones: hacia un enfoque multidisciplinario***. México: Consejo Nacional Contra las Adicciones.

Palacio, A.C.A. (1994) "*Aspectos generales de farmacodependencia*" ***Compendio de farmacodependencia y alcoholismo***. Colombia: Alcaldía de Medellín.

Procuraduría General de la República (1997) ***Informe Anual del Departamento de Servicios Asistenciales***.

Quijano, B. E. (1989) "*Consideraciones para el abordaje psicodiagnóstico del farmacodependiente*" **Mecanograma Inédito del Departamento de Tratamiento y Rehabilitación de Circulación interna**. México: Centros de Integración Juvenil

Reyes Del Olmo, P. (1983) "*El joven también sufre las consecuencias de su enfermedad*" **Revista de farmacodependencia**. Centros de Integración Juvenil, 3. (2), pp. 7-10

Robins. Hezler, Croughan y Ratcliff (1981) **Citado en: Las adicciones hacia un enfoque multidisciplinario**. México: Consejo Nacional Contra las Adicciones.

Schultes, R. y Hoffmann, A. (1982) "*Importancia de los hongos en Mesoamérica*" **Las plantas de los dioses**. México: Fondo de Cultura Económica.

Shuwebel, R. (1991) "*Las drogas. Su uso, su mal uso y su abuso*" **Decir No es suficiente. Como tratar con sus hijos el tema de las drogas y el alcohol**. México: Paidós.

Sodi, M. (1981) "*La familia como causa de farmacodependencia*" **Revista de farmacodependencia** Centros de Integración Juvenil, Año 1, (2), agosto.

Soriano, R.M.A. (1990) *Problemas Relacionados con el Consumo de Drogas. Resultados de una Muestra que Asiste a Instituciones de Atención a la Salud y Procuración de Justicia*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología-UNAM.

Secretaría de Salubridad y Asistencia (1995) *"Conceptos Generales" Programa contra la Farmacodependencia*. México: Consejo Nacional Contra las Adicciones.

Tapia-Conyer, R., Cravioto, Q.P., De La Rosa, M.B. y Kuri, M.P. (1995) *"Panorama Epidemiológico de las Adicciones. Encuesta Nacional de Adicciones, 1993."* *Situación Actual de las Adicciones en México*. México: Consejo Nacional Contra las Adicciones.

Thomas, H. (1995) *"Síntomas psiquiátricos en los usuarios de cannabis"* *Revista de Salud Mental*, 18, (3), septiembre, pp. 61-62

Villatoro-Velázquez, J.A. (1994) *Problemas Psicosociales Asociados al Consumo de Drogas: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología-UNAM.

Villatoro-Velázquez, J.A., Medina-Mora, I.M.E., López-Lugo, E.K., Juárez, G.F.L., Fleiz, B.C. (1996) *"La dependencia y los problemas asociados al consumo de drogas en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones"* *Revista de Salud Mental*, 9, Año 19, (3), septiembre, pp. 1-6

Villatoro-Velázquez, J.A., Medina-Mora, I.M.E., Lopez-Lugo, E.K., Juárez, G.F.L., Rivera, G.E. y Espinosa, P.G. (1994) “ *Validación Nacional de una Escala de Dependencia y los Problemas Asociados al Consumo de Drogas (EPPACD)*” México: Consejo Nacional Contra las Adicciones.

ANEXO

INTITUCIONES QUE ATIENDEN PROBLEMAS DE FARMACODEPENDENCIA

CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL DISTRITO FEDERAL

**Teléfono de Oficinas Centrales
2 12 12 12**

C.I.J. ALVARO OBREGON

Calle Girardón esq. VicenteAmbrosi
Col. Sta. María Nonoalco, Mixcoac.
Entre eje 6 y 7 C.P. 04120
Tel. 611-00-28

C.I.J. AZCAPOTZALCO

Calle Tierra Negra N° 334-C
Col. Tierra Nueva
Deleg. Azcapotzalco
Tel. 382-05-53

C.I.J. BENITO JUAREZ

Calle José María Oyuki No. 48-A
Col. Del Valle Deleg. Benito Juárez
(a dos calles del metro coyoacán)
Tel. 524 71 58

C.I.J. CUAUHEMOC-ORIENTE

Calle República de Venezuela
esq. Rodríguez Puebla
Col. Centro Deleg. Cuauhtémoc
(altos Mercado Abelardo Rodríguez)
Tel. 702 07 32

C.I.J. CUAUHEMOC-MIGUEL HIDALGO

Calle Adormidera No. 50
Col. San Jacinto
Deleg. Miguel Hidalgo C.P. 11330
(a espaldas del Colegio Militar)
Tel 3 41 36 95

C.I.J. COYOACAN

Calle Berlín No. 30
Col. Del Carmen Coyoacán
Deleg. Coyoacán
Tel. 554 49 85 554 93 31

C.I.J. GUSTAVO A. MADERO NORTE

Calle Norte 27 No. 7
Col. Nueva Vallejo, 2ª. Sección
Deleg. Gustavo A. Madero
Tel. 567 65 23

C.I.J. GUSTAVO A. MADERO ORIENTE

Av. 414 No 176
Col. San Juan de Aragón, 7ª Sección
Deleg. Gustavo A Madero
Tel. 7 96 18 18

C.I.J. MIGUEL HIDALGO

Calle Bahía de Coqui No. 76
Col. Verónica Anzures
Deleg. Miguel Hidalgo
Tel 260 07 19

C.I.J. IZTAPALAPA

Calle Cruz del Sur No. 82
Col. Prado Churubusco
Deleg. Iztapalapa
Tel. 670 39 84

C.I.J. IZTAPALAPA SUR

Calzada Ermita Iztapalapa N° 2649
Col. Jacarandas
Deleg. Iztapalapa
(frente al Deportivo Sta. Cruz Meyehualco)
Tel. 691-37-10

C.I.J. TLALPAN

Periférico Sur s/n esq. calle Cuarta Oriente
Col. Isidro Fabela
Delegación Tlalpan C. P. 14030
Tel. 6 06 00 46

C.I.J. VENUSTIANO CARRANZA

Calle Oriente 166 No. 402
Col. Moctezuma, 2ª Sección
Deleg. Venustiano Carranza
Tel. 762 13 99 762 53 32

**CENTRO DE INTEGRACION JUVENIL
ESTADO DE MEXICO**

C.I.J. ECATEPEC

Calle Citlaltepec Mz. 533 Lt. 9 y 10
Col. Ciudad Azteca, 3^a Sección
Ecatepec de Morelos, Estado de México
Tel. 775 62 47

C.I.J. NAUCALPAN

2^a Cerrada de Av. Universidad No. 15
Col. Ampliación Naucalpan
Naucalpan, Estado de México
Tel. 3 58 74 52

C.I.J. NEZAHUALCOYOTL

Calle Acequia N° 277
Col. Porfirio Díaz C.P. 5700
Ciudad Nezahualcoyotl, Estado de México
Tel. 765-06-79

C.I.J. TLALNEPANTLA

Calle Hidalgo No. 8
Col. Bosques de México
Fracc. Santa Mónica
Tlalnepantla, Estado de México
Tel. 3 63 35 19

OTRA INSTITUCION SIN INTERNAMIENTO

FUNDACION "AMA LA VIDA"

C E N C A

Av Sur 8 No. 201
Col. Agrícola Oriental
Deleg. Iztacalco
Tel. 758 88 23 758 95 25

UNIDADES DE PROYECTOS CLINICOS

C.I.J. UNIDAD DE PROYECTOS CLINICOS

Calle Vicente Suárez N° 149
Col. Hipodromo Condesa
Deleg. Cuauhtémoc
Tel 211-49-55

C.I.J. UNIDAD DE PROYECTOS CLINICOS

Calle 1557 No. 36
Unidad San Juan de Aragón, 6ª. Sección
Deleg. Gustavo A. Madero
Tel. 794 09 29

CENTROS COMUNITARIOS DE SALUD MENTAL

CECOSAM GUSTAVO A. MADERO

Av Ticomán esq. Huanuco
Col. San Pedro Zacatenco
Deleg. Gustavo A. Madero C.P. 07360
TEL. 754-66-10 Y 754-66-01

CECOSAM IZTAPALAPA

Eje 5 Sur esq. Guerra de Reforma
Col. Leyes de Reforma
Deleg. Iztapalapa
Tel. 694-16-60

CECOSAM CUAUHEMOC

Calle Enrique González Martínez N° 131
Col. Santa María la Rivera
Deleg. Cuauhtémoc C.P. 06400
Tel. 541-47-49 y 541-12-24

**CENTROS ATENCION TOXICOLOGICA
(C.A.T. DESINTOXICACION Y CONSULTA EXTERNA)**

C. A.T.VENUSTIANO CARRANZA

Calle Ernesto P. Uruchurto y Churubusco s/n
Col. Adolfo López Mateos
Deleg. Venustiano Carranza
Tel. 7561259 751 6331

C.A.T. XOCHIMILCO

Prolongación División del Norte esq. Av. México
Col. San Marcos
Deleg. Xochimilco
Tel. 676 27 67 676 28 85

HOSPITALES PSIQUIATRICOS

HOSPITAL PSIQUIATRICO
“FRAY BERNARDINO ALVAREZ”
Av. San Francisco s/n y Niño Jesús
Col. Tlalpan
C.P. 14070 Deleg. Tlalpan
Tel. 573 03 86 573 15 00 ext. 124

INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA
Antiguo Camino a Xochimilco No. 101
Col. San Lorenzo Huipulco
Deleg. Tlalpan
Tel. 655 28 11

HOSPITAL PSIQUIATRICO
“ JUAN N. NAVARRO”
Calle San Buena Ventura No. 86
Col. Belizario Domínguez
Deleg. Tlalpan
(Exclusivamente menores de edad)
Tel. 573 48 44

**GRUPOS DE AUTOAYUDA
INTERNAMIENTO VOLUNTARIO**

**GRUPO COMPAÑEROS UNO
“AZCAPOTZALCO”**

Av. Lucío Blanco esq. Manuel Salazar
Col. Providencia
Deleg. Azcapotzalco
(a espaldas del Panteón San Isidro)
Tel 353 30 52

**GRUPO COMPAÑEROS UNO
“IZTAPALAPA”**

Torres Quintero No. 91
Col. San Miguel
Deleg. Iztapalapa
Tel 685 72 58

**GRUPO DE AUTOAYUDA
INTERNAMIENTO INVOLUNTARIO**

GRUPO “MILAGRO DE LA VIDA”

Calle Sur 98 Lt. 22 Mz. 3
Col. San Agustín 3ª Sección
Ecatepec, Estado de México
Tel. 755 27 47

INSTITUCIONES PRIVADAS

CLINICA MONTE FENIX

Calle de las Flores No. 439

Col. San Angel Inn

Deleg. Alvaro Obregón C.P. 01060

Tel. 681 30 11 681 18 15 6 81 31 36

CLINICA SAN RAFAEL

Av. Insurgentes Sur No. 4177

Col. Santa Ursula Mitla

Deleg. Tlalpan C.P. 14420

Tel. 573 42 66 655 47 99

ASESORIA PSICOLOGICA, S.A. KATUN

Calle De la Loma No. 52

Col. Lomas de San Angel Inn

Deleg. Alvaro Obregón C.P. 01790

Tel. 683 03 83

OCEANICA (oficina Ciudad de México)

Calle Amsterdam No. 229

Col. Hipódromo Condesa

Deleg. Cuauhtémoc C.P. 06170

Tel 2 64 19 95 2 64 80 20

(su centro de atención se encuentra en Mazatlán, Sinaloa)