

49



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

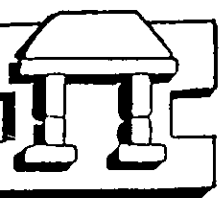
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

DETECCION DE FACTORES DE RIESGO EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS MEDIANTE LA APLICACION DEL INSTRUMENTO DE RIESGO - PROTECCION PARA ADULTOS JOVENES (IRPAJ) EN UNA POBLACION DE ESTUDIANTES DE NIVEL MEDIO SUPERIOR DE MODALIDAD ABIERTA.

298446

REPORTE DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER EL TITULO DE: LICENCIADO EN PSICOLOGIA PRESENTA : IRMA LAURA CUELLAR GARCIA

ASESORES: MTRO. JORGE LUIS SALINAS RODRIGUEZ MTRO. EN ISS. HECTOR EDUARDO GONZALEZ DIAZ LIC. JOSE ESTEBAN VAQUERO CAZARES



IZTACALA

TLALNEPANTLA, EDO. DE MEXICO

SEPTIEMBRE 2001



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 está 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.

AGRADEZCO A:

**Mtro. Jorge Luis Salinas Rodríguez
Mtro en ISS. Héctor Eduardo González Díaz
Lic. José Esteban Vaquero García**

Por el tiempo, enseñanzas, paciencia e interés que mostraron en la realización de este trabajo, así como sus comentarios al mismo.

A todas aquellas personas que contribuyeron de alguna manera en el proceso del mismo.

D I O S

Gracias por permitirme vivir y realizarme como ser humano, profesionista y madre

A esos dos seres que me han motivado y que son mi razón de vivir y de salir avante:

ANA LAURA Y JOSÉ ALBERTO.

A mi Madre, y a mi hermana
María Luisa que yo sé que desde donde están se sentirán orgullosas del esfuerzo realizado

A mi Padre por su apoyo y palabras de aliento para poder concluir este trabajo.

A **Raúl González** por brindarme su confianza, amistad y apoyo incondicional para realizar este trabajo

A **Gaby y Paty** por confiar en mí y proporcionarme siempre su amistad.

Un sincero agradecimiento a la **Lic. Beatriz Jiménez**, a la **Biol. Abigail González** y **Lic. Aurora Villalobos** por brindarme su comprensión, apoyo y la oportunidad de realizar este trabajo, otorgándome las facilidades necesarias para su conclusión.

A todos mis amigos y compañeros que de alguna manera contribuyeron con la culminación de este trabajo y que me han aceptado con mis defectos y virtudes

GRACIAS

**Un especial agradecimiento a la Dirección de Sistemas
Abiertos adscrita a la Dirección General del
Bachillerato de la Secretaría de Educación Pública por
otorgarme todas las facilidades para la realización de
este trabajo.**

**Al Dr. Jorge Llanes Briseño y a la Dra. María Elena
Castro por sus comentarios, motivación y orientación
para la utilización del Instrumento de Riesgo-
Protección para Adultos Jóvenes (IRPAJ)**

ÍNDICE

CAPÍTULO 1

	Pág.
LAS ADICCIONES A LAS DROGAS: EFECTOS BIOLÓGICOS Y TRATAMIENTO	9
1.1. Clasificación de las drogas según la Organización Mundial de la Salud	9
A) Alcohol y los barbitúricos	
B) Tabaco	
C) Anfetaminas	
D) Cannabis sativa (marihuana)	
E) Cocaína	
F) Alucinógenos	
G) Morfina	
H) Inhalantes y solventes volátiles	
1.2. Efectos de las drogas a nivel orgánico	10
1.2.1. Efectos del Alcohol y los barbitúricos en el organismo	10
1.2.2. Efectos del Tabaco en el organismo	12
1.2.3. Efectos de la Anfetaminas en el organismo	13
1.2.4. Efectos de la Cannabis sativa (marihuana) en el organismo	13
1.2.5. Efectos de la Cocaína en el organismo	14
1.2.6. Efectos de los Alucinógenos en el organismo	14
1.2.7. Efectos de la Morfina en el organismo	15
1.2.8. Efectos de los Inhalantes y solventes volátiles en el organismo	16
1.3. El Tratamiento Médico de las Adicciones	17
1.3.1. Proceso de desintoxicación	18
1.3.1.1. Tratamiento de desintoxicación por alcohol y barbitúricos	19
1.3.1.2. Tratamiento del tabaquismo	20
1.3.1.3. Tratamiento de desintoxicación por anfetaminas	21
1.3.1.4. Tratamiento de desintoxicación por cannabis sativa (marihuana)	22
1.3.1.5. Tratamiento de desintoxicación por cocaína	23
1.3.1.6. Tratamiento de desintoxicación por alucinógenos	24
1.3.1.7. Tratamiento de desintoxicación por morfina	26
1.3.1.8. Tratamiento de desintoxicación por Inhalantes y solventes volátiles	27
1.3.2. Teorías Fisiológicas que explican las Adicciones	28

CAPÍTULO 2

LAS ADICCIONES EN LA PERSPECTIVA PSICOLÓGICA

2.1. Teorías y Modelos Psicológicos de las Adicciones	30
2.1.1. Psicología Conductual	30
2.1.2. Modelo de la Psicología de la Salud	32
2.1.3. Psicología Conductual Comunitaria	36
2.1.4. Teoría Cognitiva Social	38
2.1.5. Teoría Psicoanalítica Contemporánea	39

2.1.6. Otros enfoques de las adicciones	40
2.2. El Tratamiento Psicológico de las Adicciones	44
2.2.1 Programas de Prevención de la Drogadicción	52
CAPÍTULO 3	
PREVALENCIA E INCIDENCIA DE LAS ADICCIONES E IMPLICACIONES SOCIALES	55
3.1. Incidencia y Prevalencia en el Mundo	55
3.2. Incidencia y Prevalencia en México	57
3.3. Incidencia y Prevalencia de las Adicciones en Población Escolarizada	60
CAPÍTULO 4	
MÉTODO	65
4.1. Sujetos	65
4.2. Instrumento	65
4.3. Diseño	66
CAPÍTULO 5	
RESULTADOS	68
5.1.Descripción del Estado General de Salud	68
5.2.Descripción del uso o abuso de Drogas	69
5.3. Características de la Educación Sexual en los encuestados	71
5.4. Reporte de Actos Antisociales	72
5.5. Descripción de Hábitos (Conductas Compulsivas)	73
5.6. Descripción de Eventos Negativos	73
CAPÍTULO 6	
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	91
CAPÍTULO 7	
CONCLUSIONES	94
ANEXOS	95
ANEXO I	
TABLAS	96
ANEXO II	
INSTRUMENTO Y HOJA DE RESPUESTA	101
ANEXO III	
FIGURAS	131
REFERENCIAS	145

RESUMEN

El presente reporte de investigación determinó la incidencia del consumo de drogas en una población de un subsistema de educación media-superior en la modalidad abierta y los principales factores de riesgo asociados a ello en una perspectiva epidemiológica.

Con la aplicación del Instrumento de Riesgo-Protección para Adultos Jóvenes (IRPAJ) se encontró que la mayoría de la población a la que se le aplicó el instrumento no reporta que se encuentre en un alto riesgo de consumo de drogas, aunque existe otros factores como salud y trabajo en que la población necesita apoyo para fortalecer su desarrollo académico, social y laboral.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad en nuestro país los problemas asociados al consumo de tabaco, bebidas alcohólicas y drogas se encuentran entre las principales causas de mortalidad y morbilidad. La Encuesta Nacional sobre Adicciones realizada por Tapia-Conyer, Medina-Mora, Sepúlveda, De la Fuente y Kumate en 1990, ha proporcionado información respecto a la epidemiología del uso de diferentes sustancias y ofrece una base para considerar la amplia gama del uso de las mismas en las distintas edades.

A lo largo de este estudio podremos revisar la clasificación de las drogas realizada por la Organización Mundial de la Salud, así como sus efectos y tratamientos tanto a nivel fisiológico como psicológico.

Así también se abordarán las diferentes teorías y/o modelos psicológicos que explican, desde su perspectiva, el problema de las adicciones. En este trabajo se abordará desde una perspectiva epidemiológica basado en el concepto de riesgo el cual ha resultado de gran utilidad para la descripción del proceso mediante el cual el individuo se convierte en adicto, partiendo de que existen factores que tienen su origen en el individuo mismo, de su historia tanto familiar como social y de su entorno y medio socioeconómico y se eligió el modelo psicológico de la salud a fin de proponer una acción de intervención práctica en la prevención, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades, en la medida en que esas prácticas no se pueden considerar efectivas sino se relacionan con una aplicación oportuna con respecto a la actividad social de los individuos.

Así mismo se revisarán diferentes estudios sobre la incidencia y prevalencia de las adicciones a nivel mundial, en México y en poblaciones escolarizadas, estos estudios sobre adicciones ha proporcionado información respecto a la epidemiología del uso de diferentes sustancias y ofrece una base para considerar la amplia gama del uso de las mismas en las distintas edades.

Con la creación del Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (hoy Instituto Mexicano de Psiquiatría) se iniciaron encuestas en los hogares con jóvenes mayores de 14 años de edad.

De la Encuesta Nacional de Adicciones de 1990 se muestra que de un total de 13 005 encuestados el 4.8 % de la población urbana ha consumido drogas, la edad fluctuaba de entre los 12 a los 65 años. El porcentaje aumenta si el rango de edad es de los 12 a 34 años, siendo el 8.5 %, que por lo menos ha consumido droga una vez en la vida, siendo la

droga más utilizada la marihuana con el 1.2%, seguida de los tranquilizantes con 0.4% y los inhalantes con 0.26% (Tapia y col., 1990).

Estas encuestas son esfuerzos que se realizan a fin de obtener información representativa, además de ser el marco de referencia para que se lleven a cabo estudios en poblaciones específicas, que sustenten investigaciones y acciones en el área.

A partir de lo anterior se consideró necesario valorar cuales son las conductas de riesgo que se asocian con el abuso de drogas, alcohol y tabaco en una muestra de estudiantes de nivel medio superior en una modalidad abierta y así determinar la intervención preventiva necesaria para facilitar un medio ambiente propicio para fortalecer su desarrollo.

Para llevar a cabo esta valoración se aplicó un Instrumento de Riesgo-Protección para Adultos-Jóvenes (IRPAJ) y se clasificaron las variables en 27 categorías las cuales se analizaron con el programa SPSS versión 10 para windows.

CAPÍTULO 1

LAS ADICCIONES A LAS DROGAS: EFECTOS BIOLÓGICOS Y TRATAMIENTO

1.1. Clasificación de las drogas según la Organización Mundial de la Salud

Este capítulo aborda la clasificación de las diferentes drogas y los efectos que producen en el organismo, así como los tratamientos de los síndromes de intoxicación y de abstinencia.

Las sustancias que alteran los procesos biológicos y mentales han sido conocidas a través de la historia de la humanidad. Muchas sustancias se han utilizado para propósitos terapéuticos, por ejemplo el uso médico de la morfina, el consumo ocasional de cantidades pequeñas de alcohol para promover la relajación en reuniones sociales o recurrir a tazas de café son algunas maneras de recurrir a las drogas que han sido vistas como permitidas y que pueden practicarse de manera moderada sin ocasionar efectos adversos al organismo, (Madden, 1990); o al menos, su efecto es acumulativo y de largo plazo.

Para comprender la problemática actual sobre el uso y abuso de drogas, es importante en primera instancia retomar las definiciones dadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1974, según Madden (1990) son:

"...Se entenderá por **droga** como toda sustancia que al ser introducida a un organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste y que al llegar al consumo excesivo afecta primordialmente a la actividad psíquica de los individuos y es susceptible de producir hábito o dependencia..." (págs. 2 y 3).

Como **farmacodependencia o dependencia a las drogas** la definió "...como un estado psíquico y en ocasiones también físico que se caracteriza por una compulsión a recurrir a una sustancia química, ya sea de modo continuo o periódico para sentir sus efectos y en ocasiones para evitar el malestar de su abstinencia. La tolerancia puede o no ocurrir. Una persona puede desarrollar dependencia a más de una sustancia; las dependencias múltiples pueden ser simultáneas o pueden sucederse una a la otra o en épocas alternadas".... (págs. 2 y 3).

La **dependencia psicológica** se definió como "...una condición en la que la droga promueve una sensación de satisfacción que motiva la sujeto a repetir su consumo para inducir el placer de sus efectos o evitar el malestar de su abstinencia".... (págs. 2 y 3).

Por **dependencia física** se define "...como una circunstancia que se pone de manifiesto como un trastorno físico cuando la cantidad de droga en el cuerpo disminuye de modo

importante. Estos trastornos fisiológicos forman un síndrome de abstinencia de la sustancia el cual se compone de síntomas somáticos y mentales, signos que son característicos para la sustancia de que se trate o el tipo de droga a al que pertenece"..., (págs. 2 y 3).

En el esquema de la Organización Mundial de la Salud (cit. en Madden,1990) se enumeran distintos tipos de drogas capaces de producir dependencia, las cuales son:

1. El tipo de alcohol y los barbitúricos: por ejemplo, el alcohol etílico, los barbitúricos, las benzodiazepinas y otros tranquilizantes ansiolíticos.
2. El tabaco el cual puede ser fumado, masticado o fragmentado en trozos muy pequeños para si inhalación. La nicotina es si principal alcaloide y su agente adictivo.
3. El tipo de anfetaminas: que incluye a las anfetaminas mismas, dexamfetamina, metilamfetamina, fenmetracina.
4. El tipo de Cannabis: productos derivados de la Cannabis sativa (marihuana)
5. El tipo de la cocaína: las hojas del árbol de coca y su ingrediente activo, la cocaína.
6. El tipo de los alucinógenos: por ejemplo, la dietilamida del ácido lisérgico (LSD), la mescalina, la psilocibina, etc.
7. El tipo de la morfina: las sustancias que ocurren naturalmente en el opio o sus derivados químicos (por ejemplo, morfina, codeína, heroína, etc.), junto con las drogas sintéticas que tienen un efecto semejante al de la morfina (como la metadona y petidina).
8. Inhalantes y solventes volátiles; por ejemplo el tetracloruro de carbono y el tolueno.

1.2. Efectos de las drogas a nivel orgánico

1.2.1. Efectos del Alcohol y los barbitúricos en el organismo

Guisa, Díaz Barriga, Sánchez Huesca y Souza y Machorro (1998) mencionan que en la mayoría de las sociedades se acepta la ingesta de bebidas alcohólicas y por lo tanto no se le considera como droga, pero realmente lo es, actúa como depresivo del sistema nervioso central. Sus efectos iniciales son estimulantes. Disminuyen tensiones e inhibiciones y la persona puede experimentar un sentimiento expansivo de sociabilidad y bienestar. Sin embargo, algunos individuos se ponen suspicaces y hasta violentos. Las cantidades altas de alcohol obstaculizan los procesos complejos de pensamiento, después, se deteriora la coordinación motora, el equilibrio, el habla y la visión. En esta

etapa de intoxicación, hay quienes se deprimen y aíslan. El alcohol es capaz de adormecer el dolor, y en dosis elevadas actúa como un sedante e induce el sueño.

Algunos efectos a corto plazo en la ingesta de pequeñas cantidades de esta sustancia, tiene tanto que ver con las expectativas del bebedor sobre los efectos de la misma como su acción química en el cuerpo.

Otros cambios fisiológicos comunes son lesión a las glándulas endocrinas y el páncreas, insuficiencia cardíaca, hipertensión y hemorragias capilares, que son las causantes de la hinchazón y enrojecimiento del rostro en alcohólicos crónicos. El consumo prolongado del alcohol también parece dañar las células cerebrales, en especial las de los lóbulos frontales, lo cual provoca atrofia cortical y otros cambios estructurales. El alcohol también reduce la capacidad del sistema inmunológico, por lo que hay mayor susceptibilidad a la infección.

Los efectos de suspender abruptamente el alcohol en una persona alcohólica, pueden ser bastante notables, ya que el cuerpo se ha acostumbrado a esta droga. El individuo que suspende su ingesta sufre con frecuencia de ansiedad, depresión, debilidad, intranquilidad e insomnio. Puede haber marcados temblores en los músculos, en particular de las pequeñas musculaturas de dedos, cara, párpados, labios y lengua; existe elevación del pulso, presión sanguínea, y temperatura. El alcohólico crónico que ha bebido durante varios años puede también sufrir de delirium tremens al bajar súbitamente el nivel de alcohol en su sangre. Experimenta delirios y temblores. Sus alucinaciones son básicamente visuales, pero también pueden ser táctiles. Ven criaturas repugnantes y en movimiento (serpientes, cucarachas, arañas y seres similares) que ascienden por las paredes o por todo su cuerpo.

Por otro lado, el grupo de los barbitúricos comprende: alibarbital, amilobarbital, alobarbital, hexobarbital, fenobarbital, barbital, metilfenobarbital, pentobarbital, tiopental, quinalbarbital y veronal. Los intoxicados reaccionan ante los pinchazos y pellizcos con movimientos de defensa, recuperándose la mayoría de las veces el enfermo a las 24-48 horas, aunque permanece algún tiempo obnubilado e inestable.

El coma profundo puede ser el segundo período del anterior o bien instaurarse ya de entrada. Hay depresión respiratoria, en casos muy agudos hay paro respiratorio que obliga a la inmediata respiración artificial.

En la intoxicación subaguda se produce un síndrome similar al etilismo agudo que consiste en: entorpecimiento, lentitud de ideas, incoordinación motora, confusión, andar

tambaleante, irritabilidad. La reacción presenta una variabilidad extrema según los individuos y aún en el mismo sujeto.

El uso crónico de fuertes dosis de barbitúricos produce dependencia física, pudiendo presentar un síndrome de privación semejante al *delirium tremens*.

Dentro del grupo de los barbitúricos encontramos a las benzodiazepinas que comprende: el clordiazepóxido, diazepam, nitrazepam, oxazepam, flurazepam, medazepam, cloracepato, clobazam, prazepam, halazepam, camazepam, pinazepam, triazolam, clobazam, alprazolam, lorazepam, temazepam, clotiazepam, oxazolam, prazepam.

Las benzodiazepinas tienen un índice terapéutico bastante amplio. El peligro de una sobredosis es mucho mayor cuando se ingieren simultáneamente con alcohol.

Al interrumpir bruscamente su consumo en sujetos que presentan predisposición psicobiológica a la adicción, es frecuente que se presente un síndrome neuropsíquico el cual consiste en ansiedad, insomnio, pesadillas, convulsiones, hiperpirexia, espasmos musculares, irritabilidad, hipertensión arterial, temblores, sudoración; puede presentarse ideación delirante y un trastorno mnésico.

1.2.2. Efectos del Tabaco en el organismo

El tabaco puede ser fumado, masticado o inhalado. La nicotina es su principal alcaloide y su agente adictivo.

Los componentes más dañinos del humo del tabaco son la nicotina, el monóxido de carbono y el alquitrán; este último consta básicamente de determinados hidrocarburos, muchos de los cuales son carcinógenos conocidos. Entre los trastornos físicos relacionados con el tabaquismo se encuentran: cáncer pulmonar, efisema, cáncer de la laringe y esófago, y diferentes padecimientos cardiovasculares.

Los riesgos de salud no solo se limitan a quienes fuman, el humo que viene del extremo encendido del cigarro, el llamado humo lateral, contiene concentraciones más altas de amoníaco, monóxido de carbono, nicotina y alquitrán, que el humo que inhala el fumador. Los no fumadores pueden sufrir daño pulmonar, quizás permanentemente, si respiran durante mucho tiempo el humo del cigarrillo. En el caso de mujeres embarazadas que fuman, es más probable que tengan hijos prematuros, con menor peso y defectos al nacer (Davison y Neale, 2000).

1.2.3. Efectos de las Anfetaminas en el organismo

Las anfetaminas producen variadas acciones sobre el organismo ya sea en el metabolismo, sobre el sistema respiratorio, sobre el sistema cardiovascular, sobre el músculo esquelético, sobre el aparato urinario y sobre el sistema nervioso central.

Tras la inyección intravenosa de anfetamina se produce una gran sensación de placer, a menudo comparado con el orgasmo. Seguidamente aparece la sensación de euforia, comunicatividad, sensación subjetiva de aumento de la capacidad creativa y creadora, verbosidad, se mejora la iniciativa para el trabajo, pero la productividad es superficial y dispersa, aumentando los errores, hay insomnio, anorexia e inquietud. Al desaparecer estos primeros efectos, aparece la falta de iniciativa, hambre y tristeza. Estos efectos desagradables estimulan al adicto a una nueva toma del fármaco.

La droga también se puede recibir por vía oral, siendo los efectos análogos, aunque menos intensos y más duraderos, presentándose asimismo tolerancia hacia ella. El uso habitual crea dificultad para la concentración mental y el razonamiento.

Cuando se consumen anfetaminas o sustancias análogas de un modo duradero, pueden aparecer manifestaciones psicóticas, a saber un síndrome de desarrollo rápido consistente en delirios de persecución con ideas de referencia, agresividad y agitación psicomotora; a veces, sentimiento de transformación del ambiente y alucinaciones auditivas (Guisa y Cols, 1998).

1.2.4. Efectos de la Cannabis sativa (marihuana) en el organismo

En un primer momento existen sólo leves modificaciones: disminución de la temperatura corporal, ligera taquicardia, leve hipertensión arterial, sensación de bienestar y de tranquilidad, aumento del apetito, disminución de la presión intraocular y de la secreción salivar. Al intensificarse estos efectos puede aparecer la disminución de la capacidad vital, llegando a crear una obstrucción de vías respiratorias, conjuntivitis debido a la capacidad irritativa del humo y el pulso se vuelve más rápido.

Se produce una clara alteración de la afectividad, pensamiento y conducta del individuo, que depende de las características de su personalidad, intensificándose las mismas.

El individuo presenta un alejamiento de los problemas, reconociendo su realidad, pero le importan menos, como si estuvieran distantes. Si el consumo es simultáneo de alcohol los efectos son notablemente más potentes (Guisa y Cols, 1998).

1.2.5. Efectos de la Cocaína en el organismo

La cocaína es un estimulante del sistema nervioso central. Sus efectos inmediatos son: sensación subjetiva de gran claridad mental, desaparición de la fatiga, aumento del vigor y exaltación del estado de ánimo. Este estado de euforia dura aproximadamente una hora, sobreviniendo después el cansancio, la apatía y la angustia, que inducen a tomar una nueva dosis.

A una mayor dosis se produce taquicardia, hipertensión, sensación de tener insectos sobre la piel, que el paciente ve y siente. Las alucinaciones visuales acostumbran ser coloreadas y muy apreciadas por los adictos; predominan las alucinaciones liliplutienses; puede haber también alucinaciones cinéticas, olfatorias y gustativas. Las alucinaciones auditivas suelen ser autoreferenciales de contenido recriminatorio. Es conocido el efecto sobre la sexualidad, más por su efecto de buscador de relaciones humanas que en sí del acto sexual, ya que algunas veces adelanta el orgasmo y otras lo atrasa.

En la intoxicación crónica, la personalidad del cocainómano se destruye rápidamente; presenta trastornos mentales, alternando la excitación y la depresión del estado de ánimo. Presentan frecuentemente amoralidad. Hay trastornos digestivos con náuseas, anorexia y adelgazamiento. Los inhaladores de cocaína presentan ulceración de la mucosa e incluso perforación del tabique nasal.

Es mayor la capacidad delictiva que puede presentar, debido a la sensación de omnipotencia y a la agresividad que produce el fármaco, administrándose en su mayoría delincuentes para facilitar sus acciones delictuosas (Guisa y Cols, 1998).

1.2.6. Efectos de los Alucinógenos como la dietilamida del ácido lisérgico (LSD), la mescalina, la psilocibina, el STP, el MDA, el Clorhidrato de fenciclidina (polvo de ángel), entre otros en el organismo

El período de tiempo que media entre la ingestión de la droga y el fin de su acción es de varias horas, y recibe, el nombre de "viaje".

Existen en él tres fases:

- a) El inicio que aparece a los 20-40 minutos de la administración y dura unas 2 hrs.
- b) El "viaje" propiamente dicho, que suele durar 5 hrs.
- c) El "retorno", con progresiva disminución de la sintomatología, que termina aprox. después de 8 hrs. de la dosis.

La LSD generalmente se pone en un terrón de azúcar, o en una goma de mascar, galleta o papel secante. La sustancia también se puede inyectar. Pueden presentar palidez de piel, taquicardia y mareo. Al cabo de una hora se modifica el estado de ánimo, hacia la euforia o hacia la depresión. Al final de la 2ª hora se está ya en pleno "viaje".

El "viaje" propiamente dicho dura aprox. 5 hrs. Hay viajes buenos y malos; es casi imposible predecir si un "viaje" será bueno o malo. Durante él, sensaciones y visiones fantásticas inundan la mente y el cuerpo del drogado. La persona bajo el efecto de los alucinógenos presenta alucinosis, es decir, percepciones sin objeto, que son criticadas por el individuo, que se da cuenta de su carácter patológico. No todas las personas sufren alucinaciones, frecuentemente se perciben cosas habituales y conocidas, pero de forma diferente, con más intensidad.

Las complicaciones que se pueden presentar por consumo de alucinógenos son:

- Trastornos psíquicos agudos: Crisis agudas de angustia, estados agudos de terror, episodios delirantes agudos.
- Alteraciones mentales crónicas
- Trastornos orgánicos.

1.2.7. Efectos de la morfina: opio y derivados químicos (por ejemplo, morfina, codeína, heroína, etc.), junto con drogas sintéticas que tienen un efecto semejante al de la morfina (por ejemplo, metadona y petidina) en el organismo.

La reacción adversa a esta droga se caracteriza por vértigo, sequedad en la boca, náuseas o vómitos, somnolencia, sensación de calor, puede haber ánimo eufórico, intensa pérdida de fuerza, hipotonía muscular, en ocasiones convulsiones que preceden al coma mortal.

Los síntomas subjetivos se presentan en el momento de la siguiente dosis. Por tanto, en un individuo que se inyecte cada 5 hrs. pasado este tiempo, presenta inquietud, desasosiego, petición de la droga, quejas mentiras, estrategias para tratar de obtener más droga.

En cuanto a los síntomas objetivos suele aparecer cuando han faltado dos tomas de la droga, lo que viene a ser a las 8-12 hrs. de la última inyección, se presentan palpitations, arritmia cardiaca, disminución de la tensión arterial y, en ocasiones, lipotomías y colapsos.

La máxima intensidad de la sintomatología objetiva se alcanza entre las 48 y las 72 hrs. desde que hizo su aparición por primera vez.

El síntoma más persistente es el insomnio. Los delirios, en los síndromes de abstinencia, no son propios de esta toxicomania cuando es pura; pueden presentarse, en cambio, cuando va acompañada de otras intoxicaciones, como la alcohólica o cocainica (Guisa y Cols, 1998).

1.2.8. Efectos de los Inhalantes y solventes volátiles (por ejemplo, el tetracloruro de carbono y el tolueno) en el organismo

La absorción de vapores producidos por el calentamiento de ciertos productos que desprenden sustancias volátiles es un hábito relativamente reciente por parte de los adolescentes e incluso niños.

Estas sustancias actúan primordialmente sobre el sistema nervioso central, con acción depresiva, comparable a la embriaguez por alcohol. Algunas de estas sustancias se utilizan como disolventes y aunque esta prohibida su venta a menores de 16 años estos la consiguen de cualquier manera.

Estas sustancias causantes de drogadicción son tóxicos neuropsíquicos que se caracterizan principalmente por:

- Actuar primordialmente en el cerebro
- Poseer toxicidad con síntomas generalmente reversibles y causar efectos nocivos sobre el funcionamiento psíquico y psicomotor.
- Provocar una sensación primaria agradable, modificando las percepciones sensoriales.
- Actúan como potentes reforzadores, determinando una necesidad compulsiva a su consumo.
- Su empleo frecuente conduce a la tolerancia, es decir, necesidad de incrementar la dosis para conseguir el mismo efecto.
- El uso frecuente de las drogas durante un tiempo prolongado, variable según la droga, el sujeto y otras circunstancias, suele agravar enfermedades físicas o psíquicas preexistentes o hacia las cuales el drogadicto se hallare predispuesto.

Estas características pueden variar según factores genéticos que pueden modificar los efectos de la droga según el sujeto, así como la situación fisiológica general de éste (metabolismo, pH sanguíneo, temperatura, etc.), o bien el estado funcional de los órganos que intervienen en el catabolismo y eliminación de la droga (hígado, intestinos, riñones, etc.), dosis del fármaco, vía de administración (intravenosa, subcutánea, intramuscular, pulmonar, digestiva, transcutánea, transmucosa, etc.) velocidad de absorción (las vías más rápidas son la intravenosa y la pulmonar), edad, sexo, estado general de nutrición, factores psicológicos y ambientales así como la interacción con otras drogas administradas (Marco y Martí, 1990).

Al hablar sobre la tolerancia a una droga, es hablar sobre una condición fisiológica definida en términos de adaptación del organismo ante la presencia e interacción constante de una sustancia. La tolerancia se expresa en el ámbito clínico como una disminución de los síntomas producidos por la intoxicación, la cual demanda incremento de las dosis para producir semejantes efectos. Por ello es importante señalar que casi siempre que aparece la tolerancia, ocurre dependencia física.

Por otro lado, en caso de que un individuo consuma paralelamente dos o más sustancias adictivas, el organismo incrementa su umbral de respuesta, a esto se le llama tolerancia cruzada.

1.3 El Tratamiento Médico de las Adicciones

Según Marco y Martí (1990), el tratamiento debe estar encaminado a corregir el trastorno de la personalidad por medio de un proceso terapéutico que mejor se aplique a cada paciente. Por lo tanto no se debe de suspender el consumo de la droga hasta haber desarrollado una relación terapéutica que permita mantener al adicto en una relación que le proporcione apoyo positivo para poder soportar la suspensión de la droga.

Actualmente los esfuerzos terapéuticos simplemente suspenden la droga, lo cual debe de hacerse en una institución donde las actividades del paciente y las actividades del adicto pueden controlarse.

1.3.1. Proceso de Desintoxicación

Se trata de un procedimiento terapéutico que ha sido definido genéricamente como la "remoción de las sustancias tóxicas del organismo." El principal objetivo es promover la eliminación del metabolismo de las sustancias utilizadas, a fin de restablecer los mecanismos normales de las funciones corporales, creando con ello las condiciones para iniciar el tratamiento de la dependencia psicofísica denominada adicción.

Este proceso no se debe considerar como sinónimo del tratamiento de la adicción a sustancias, aunque puede representar el primer paso en el abordaje terapéutico de este problema (Guisa et. Cols. 1998).

Las intoxicaciones severas y las sobredosis deben tratarse invariablemente en un ambiente hospitalario o bien en unidades especializadas, como los servicios de emergencia o instituciones que cuentan con los recursos humanos y materiales suficientes.

El primer objetivo por considerar en el tratamiento de cualquier síndrome de intoxicación es la evaluación y el mantenimiento de los signos vitales. Es posible llevar a cabo varios procedimientos diagnósticos en forma simultánea, salvo en aquellos casos cuando no se cuenta con suficiente personal.

El segundo objetivo es detener la absorción de las sustancias y favorecer su eliminación. Para ello, el vómito debe ser inducido siempre que la sustancia se haya ingerido y el paciente se encuentre consciente (Guisa et. Cols. 1998).

1.3.1.1. Tratamiento de desintoxicación por Alcohol y Barbitúricos

El tratamiento varía de acuerdo con la gravedad de la intoxicación. Cuando es moderada, se lleva a cabo en el hogar o en la consulta ambulatoria, después de haber efectuado una cuidadosa evaluación integral de la persona.

La intoxicación más grave y la sobredosis requieren de un tratamiento en una sala de emergencia hospitalaria. Si el paciente ha ingerido una sobredosis pero se encuentra despierto, el vómito deberá ser inducido, recogiendo las muestras del material para su análisis toxicológico. El uso del **carbón activado** se indica especialmente en las intoxicaciones por barbitúricos y glutamida, pudiendo ser administrado varias veces al día.

Una vez que el individuo se ha reestablecido de una crisis, se empieza un tratamiento, para el alcohol y las benzodicepinas se prefieren medicamentos de acción prolongada como las benzodicepinas y el fenobarbital para los barbitúricos. Estos medicamentos de acción prolongada producen fluctuaciones menores en sus niveles sanguíneos como una excreción más lenta, lo cual induce un periodo de abstinencia mucho más suave. De modo que el tratamiento del síndrome de abstinencia tanto de alcohol como de barbitúricos incluye tres fases:

- d) Interrupción o disminución de la abstinencia
- e) Estabilización por medio del uso de medicación sustitutiva
- f) Reducción programada de la medicación sustitutiva

Cuando el paciente cursa con un síndrome de abstinencia de barbitúricos, debe aplicarse una dosis inicial de pentobarbital de 200 mg, administrando una dosis adicional del 100 mg cada 20-30 minutos hasta que la persona se encuentre cómoda o moderadamente intoxicada. En este paso puede ser necesaria una dosis de 600-800 mg o en ocasiones mayor.

Después de la determinación de la dosis necesaria para producir un estado de intoxicación, puede cambiarse a un barbitúrico de acción prolongada del tipo del fenobarbital, en dosis equivalente a la del medicamento que la persona ingería y dividida en dosis administrables cuatro veces al día. Posteriormente la dosis de fenobarbital se reducirá a 30 mg por día aproximadamente.

Una vez que se ha establecido la dosis de mantenimiento y que no existen síntomas o signos de abstinencia, deberá efectuarse la prueba de tolerancia. Se administra una dosis de 200 mg de pentobarbital 1-2 hrs. hasta que se hagan patentes signos de intoxicación. Existe tolerancia cuando el paciente no muestra datos de intoxicación con 1-2 dosis de 200-400 mg de pentobarbital. Estos pacientes no requieren medicación adicional por lo que el medicamento de sostén deberá ser discontinuado.

En el caso del pentobarbital la prueba de tolerancia es positiva cuando la persona necesita tres o más dosis de 600 mg. En los pacientes con prueba de tolerancia a pentobarbital positiva, se reinicia administrando 30 mg de fenobarbital por cada 100 mg de pentobarbital administrado durante la prueba de tolerancia. Cuando se decide retirar el psicofármaco los requerimientos diarios de fenobarbital se disminuyen en 30 mg. Las

pruebas de tolerancia a las benzodiacepinas y al fenobarbital deben efectuarse en un medio hospitalario por personas que se encuentran familiarizadas con el manejo de estas sustancias (Guisa et. cols. 1998).

1.3.1.2. Tratamiento del tabaquismo

Los tratamientos para satisfacer la necesidad del fumador de la nicotina, sin los perjudiciales efectos del tabaquismo son: la goma de nicotina y los parches.

La goma que contiene nicotina, disponible desde 1984 por prescripción médica puede ayudar a que los fumadores toleren la abstinencia de nicotina que es acompañada por cualquier intento de abandonar este vicio. La nicotina en goma se absorbe mucho más lenta y constantemente. La explicación de esto es que el proporcionar la droga en goma sirve para desligar el acto de fumar de "golpe". Al mismo tiempo, al dejar de fumar se pierde la asociación con el "acceso" o síndrome de abstinencia de la nicotina. Por supuesto que la meta a largo plazo, es que el antiguo fumador también pueda prescindir de la goma para que finalmente ya no tenga necesidad de la nicotina, ya que existen evidencias que los ex fumadores pueden volverse dependientes de esta goma (Davison, 2000).

Sin embargo, la goma de nicotina no duplica los efectos de un cigarrillo inhalado, ni tampoco eleva tanto los niveles de nicotina en la sangre. Estas diferencias tal vez explican los beneficios limitados (aunque significativos) de la goma para reducir los síntomas de abstinencia una vez que el fumador abandona el vicio.

Los mejores resultados se logran cuando esta goma se combina con un tratamiento conductual (May y Cols., 1985 citado en Davison, 2000).

Los parches de nicotina son un sistema de absorción transdérmica de nicotina que lenta y uniformemente lleva esta droga hasta la corriente sanguínea y de ahí hasta el cerebro a través de un parche de polietileno adherido al brazo. Este método tiene la ventaja por sobre la goma de nicotina que la persona sólo tiene que colocarse un parche al día y no quitárselo, lo cual facilita más su empleo. El programa de tratamiento dura de diez a doce semanas, y a medida que avanza los parches van reduciéndose de tamaño. Se debe advertir a la persona que si continúa fumando con el parche colocado corre el riesgo de elevar su contenido de nicotina en el cuerpo hasta niveles peligrosos.

Al igual que la goma de nicotina el parche quizás les dé la utilidad a ciertos fumadores a reducir temporalmente las molestias que les causa el dejar de fumar parcial o totalmente; empero como sucede en la mayoría de las otras drogas con efectos conductuales, es necesario que la persona en verdad coopere, muestre gran fuerza de voluntad y emplee procedimientos modificadores de conducta para acabar con esta adicción.

1.3.1.3. Tratamientos en la desintoxicación por Anfetaminas

En el síndrome de intoxicación por anfetaminas los efectos más graves no son los conductuales, sino las alteraciones cardiovasculares causadas por el efecto simpaticomimético de estos fármacos, y a menos que la dosis ingerida sea extremadamente alta y no exista tolerancia, los efectos conductuales pueden ser controlados.

El primer aspecto del tratamiento es la consideración de la gravedad del cuadro, para lo cual se toman en cuenta la dosis, la historia de intoxicación del individuo, la ausencia de complicaciones físicas y la evaluación favorable de la intoxicación. a menos de que exista una complicación, es de esperarse que una intoxicación por anfetaminas y simpaticomiméticos de acción similar, no persista más de 2-4 horas.

Los pacientes que desarrollan fiebre, arritmias cardiacas, agitación psicomotora, elevación no controlable de la tensión arterial, deterioro progresivo de la conciencia o datos neurológicos sugestivos de un accidente cerebrovascular, deben ser ingresados a un hospital de forma inmediata.

El tratamiento de un síndrome de intoxicación por anfetaminas es parecido al manejo del cuadro causado por cocaína.

La terapéutica del síndrome de intoxicación por simpaticomiméticos y anfetamínicos es básicamente de sostén, es decir, por medio de la sedación y la aplicación de medicamentos Betabloqueadores como el propranol o equivalentes tales como metoprolol o metipranolol.

La sedación intenta controlar la agitación psicomotora y la ansiedad. Para ello, es necesario aplicar de 10-20 mg de diazepam 2-3 veces al día. Si existen síntomas psicóticos o una intensa agitación psicomotora, el uso de haloperidol en dosis de 5-10 mg/8 horas puede controlar efectivamente estos síntomas. Debe tomarse en cuenta, que por su potente efecto, el haloperidol está básicamente indicado en aquellos cuadros psicóticos que acompañan la intoxicación, que son habitualmente simultánea del haloperidol y un benzodiacepínico para el control de la agitación psicomotora.

Los medicamentos Betabloqueadores del tipo del propanol, metoprolol, metipronolol, ejercen un efecto eficaz sobre los síntomas cardiovasculares, pero no sobre los de tipo conductual, por lo cual se requiere agregar otros fármacos tranquilizantes como las benzodiacepinas.

La vigilancia de la temperatura, las funciones cardiovasculares y del Sistema Nervioso Central, es quizá lo más importante durante el proceso de intoxicación por simpaticomiméticos. La hipertemia en ocasiones puede ser proporcional a la dosis ingerida y deberá controlarse con medios físicos (agua helada). Este síntoma se presenta en los pacientes sumamente graves. Cuando la hipotermia se suma al estado de shock, puede desembocar en la muerte. Si el cuadro es muy severo, el pulso, inicialmente rápido, disminuye y puede indicar un estado terminal (Guisa et. cols. 1998).

1.3.1.4. Tratamiento de desintoxicación con Cannabis (marihuana y hachís)

La intoxicación puede ser causada por varios productos, de entre ellos, las hojas secas de Cannabis o la resina de hachís. En México la marihuana es consumida con mayor frecuencia en forma de cigarrillos; el hachís también se consume, aunque en una medida mucho menor (Guisa et. cols. 1998).

La intoxicación por marihuana ocurre después de la inhalación o ingestión de productos que contengan tetrahidrocannabinol (THC)¹, Pero la intoxicación es, la mayor parte de las veces, autolimitada y no pone en peligro la vida del sujeto en forma directa. Sin embargo, la intensidad de la intoxicación depende de la vía de administración y de la concentración de THC contenido en el producto.

La intoxicación leve no requiere tratamiento, ya que por lo general se atenúa y desaparece rápidamente. Pero en la intoxicación severa o en los cuadros de pánico el uso de ansiolíticos puede estar indicado. En estos pacientes la administración intramuscular de 10-20 mg de diazepam (Valium) puede aliviar la sensación de ansiedad y la agitación. En los cuadros psicóticos con agitación psicomotora, puede requerirse un tratamiento a base de haloperidol (Haldol) intramuscular 5-10 mg/8 horas, junto con 10 mg intramuscular o vía oral de diazepam cada 12 horas, ya que la dosis muscular no tiene una absorción confiable.

La taquicardia puede ser controlada efectivamente mediante la aplicación de 40 mg. de propanolol u otro Beta bloqueador equivalente, vía oral 2-3 veces por día.

En la actualidad, todavía no se ha descrito un síndrome de abstinencia para este psicotrópico de tan difícil categorización clínica y farmacológica (en tanto que no es un sedante, ni estimulante), la experiencia de las últimas décadas en el estudio de las adicciones ha permitido identificar un cuadro que ocurre por la discontinuación del consumo y que se caracteriza por alteraciones inespecíficas, variables de individuo a individuo. Al parecer la dosis consumida a lo largo del tiempo es un factor importante para la producción de las reacciones de abstinencia.

De requerirse, el tratamiento es esencialmente sintomático y consiste en la aplicación de tranquilizantes benzodiazepínicos en dosis convencionales, durante un tiempo no mayor de 10 días; aunque en muchos casos el cuadro puede no requerir tratamiento específico particular (Guisa et. cols. 1998).

1.3.1.5. Tratamiento de desintoxicación por Cocaína

Como inicio del tratamiento del síndrome de intoxicación por cocaína, es necesario considerar las posibles alternativas para su desintoxicación, ya sea un medio ambulatorio o en servicio hospitalario.

En el primer caso, a partir de un periodo de observación, se valora la evolución del cuadro; si éste mejora con una disminución de los síntomas y si el individuo no presenta alteraciones físicas coexistentes, el manejo subsecuente puede ser de tipo ambulatorio.

La decisión de hospitalizar a un paciente debe basarse en la severidad del síndrome de intoxicación, la preocupación clínica por un probable daño a ciertos órganos o la necesidad de un tratamiento u observación continua. Los pacientes que presentan hipertemia, isquemia del miocardio, crisis convulsivas, estado de coma, o que presentan

episodios de confusión o alteraciones psicóticas, deben ser ingresados a una unidad hospitalaria.

El tratamiento del síndrome de intoxicación por cocaína y sus complicaciones es básicamente farmacológico. Los objetivos se dirigen al alivio de los síntomas de ansiedad, agitación y de las alteraciones en la tensión arterial y el pulso.

La ansiedad puede ser controlada administrando diazepam (Valium) en dosis intramuscular (i.m.) de 10-20 mg.

Si el sujeto desarrolla hipertensión arterial, el propranolol (Inderalici) puede usarse a dosis orales de 40-80 mg tres veces al día, este fármaco también es útil para controlar la taquicardia y la arritmia o extrasistolia.

Para el tratamiento del síndrome de abstinencia de la cocaína, tanto la bromocriptina (Parlodol) como el clorhidrato de amantadina (Symmetrel) han sido usadas con cierto éxito, aún cuando existen opiniones aisladas en sentido contrario y que no existen propiamente sustancias específicas para el manejo de esta condición. La amantadina parece ser efectiva para atenuar su apetencia, pero tiene poco efecto en los síntomas depresivos. La dosis oral usual recomendada de la amantadina es de 100 mg dos veces al día, aunque se han empleado con buenos resultados dosis de hasta 400 mg/día en los pacientes con episodios depresivos intenso. El fármaco debe seguirse administrando por lo menos durante cuatro semanas a fin de evitar recaídas tempranas.

La bromocriptina (Parlodol) revierte las molestias del síndrome y evita su recurrencia; debe prescribirse en dosis orales de 0.6-1.8 mg en dos tomas durante 6-20 días.

Entre los antidepresivos eficaces se encuentran la desipramina (Norpramin) y la imipramina (Tofranil) que han sido de los más utilizados, en un intento de equilibrar los síntomas que se presentan por la ingestión crónica del fármaco (Guisa et. cols. 1998).

1.3.1.6. Tratamiento en la desintoxicación con Alucinógenos

En México, los alucinógenos más frecuentemente consumidos son la psilocibina, la mezcalina y el LSD 25; en algunas regiones se ha reportado el consumo simultáneo de dos o más de estas sustancias.

La intoxicación con psilocibina no dura más de tres horas, mientras que el LSD 25 y la mezcalina mantienen su efecto a lo largo de 12 horas continuas.

La mayor parte de las intoxicaciones son autolimitadas, pero en algunos sujetos se producen episodios de pánico con agitación psicomotora que llega a persistir hasta 24

horas. Estos episodios consisten en ansiedad extrema, delirios, paranoia, ataques de pánico, impulsos suicidas, convulsiones tónico-clónicas y alucinaciones terroríficas.

Dado que la mayoría de las intoxicaciones por alucinógenos no persisten más allá del medio día, el tratamiento no es necesario excepto en aquellos casos en los cuales existe severa agitación psicomotora que pone en peligro, tanto al paciente, como a otras personas. En estos casos existen dos alternativas terapéuticas:

- El uso de tranquilizantes benzodiazepínicos
- El uso de neurolepticos a dosis bajas.

En el primer caso, la sedación se logra administrando 10 mg de diazepam (Valium) i.m. tres veces al día; este mismo esquema vía oral. El haloperidol (haldol) a dosis v.o. de 2 mg tres veces al día puede ser útil en el manejo de los casos de intoxicación, cuando la persona no se encuentra francamente agitada.

Durante el tiempo que el síndrome persista, se requiere una estrecha observación del sujeto, ya que las alternativas preceptuales o los trastornos del pensamiento existentes pueden inducirlo a ejecutar conductas potencialmente peligrosas. Debe proveérsele de un ambiente estructurado, esto es, con iluminación suficiente a fin de evitar sobreestimulación sensorial o estado de pánico por estimulación deficiente. Las personas que lo rodean deben manifestar actitudes de apoyo, tratando de evitar confrontaciones o intervenciones psicoterapéuticas (Guisa et. cols. 1998).

1.3.1.7. Tratamiento en la desintoxicación por el abuso de Morfina (opiáceos)

El tratamiento por síndrome de intoxicación por opiáceos puede efectuarse en la consulta externa, lo mismo que en un hospital. La decisión deberá tomarse con base en el estado físico del paciente y la gravedad del cuadro que presente, lo cual se determina por la valoración de la intensidad de su intoxicación y los riesgos de su manejo.

Se debe señalar que el tratamiento del síndrome de intoxicación debe considerar por lo menos dos aspectos esenciales.

1. Valorar si el sujeto se encuentra intoxicado con una sobredosis que puede poner en peligro su vida y que por lo tanto, requiere la reversión específica de la intoxicación.
2. Determinar si la intoxicación no pone en peligro la vida, en tal caso, el manejo de esta situación, representa el primer paso para llevar a cabo un tratamiento del problema de la farmacodependencia.

En el caso de intoxicación por sobredosificación, es necesario instaurar medidas rápidas a fin de evitar complicaciones graves como broncoaspiración y paro respiratorio.

Cuando el paciente se encuentra inconsciente y no existe seguridad del psicotrópico responsable de la intoxicación, puede intentarse la prueba de desensibilización con naloxona, un antagonista opiáceo. Sin embargo, la administración de esta sustancia solo está indicada cuando se sospecha un importante uso de opiáceos, cuando se desconoce la dosis del fármaco utilizado, o cuando el estado de conciencia de la persona se deteriora paulatinamente hacia el estado de coma o estado de choque.

La naloxona (Narcanril) se usa para realizar la prueba de sensibilización a opiáceos por la administración intramuscular de dosis única de 0.16 mg. Si no aparecen signos de abstinencia, se debe administrar una segunda dosis intravenosa de 0.24 mg, evaluando al paciente en monitoreo completo cada 15 minutos. Si es el caso, la naloxona revertirá dramáticamente la depresión respiratoria que resulta de la sobredosificación de opiáceos. Si después de varios minutos y de repetidas dosis de este fármaco, el individuo no muestra una respuesta terapéutica, es posible que la causa de la intoxicación involucre la acción de varias sustancias con o sin opiáceos. Cabe mencionar que siendo la naloxona un antídoto eficaz contra la depresión respiratoria causada por la intoxicación con opiáceos es muy importante que su administración sea lenta y a dosis bajas porque de lo contrario puede precipitarse un síndrome de abstinencia. Además, el uso de esta sustancia facilita el riesgo de remorfinización, que precipita un síndrome de abstinencia.

El Síndrome de abstinencia se presenta como consecuencia de la interrupción del opiáceo o de una disminución en la dosis administrada. No obstante, la dosis no es el único determinante ni está es absoluta, dado que los usuarios de concentraciones bajas no experimentan síndromes de abstinencia más leves que los que usan dosis altas.

Este síndrome puede ocurrir después de 48 horas del uso continuo de estas sustancias; sin embargo, el punto máximo se alcanza de dos a tres días después de la administración de la última dosis del opiáceo. Los signos disminuyen o prácticamente desaparecen, pero algunos síntomas pueden persistir durante seis meses o más. El síndrome de abstinencia parece actuar como un reforzador negativo, que induce a continuar la administración constante de la sustancia para evitar que las manifestaciones de supresión se presenten, promoviendo así una adicción más grave.

El tratamiento del síndrome de abstinencia consiste en la administración de clonidina (Catapresan 100); esta es un medicamento hipotenso que atenúa los síntomas del

síndrome, tales como diarrea, náusea, vómito, pero no es tan efectivo para el alivio de síntomas subjetivos (Guisa et. cols. 1998).

1.3.1.8. Tratamiento de desintoxicación por Inhalantes

En nuestro país, la mayor parte de las intoxicaciones por disolventes volátiles son voluntarias, causadas por la inhalación de tolueno, benceno, xileno, metilacetona, metil-etilacetona y otros. Dichas sustancias se encuentran en pegamentos plásticos y otras sustancias disolventes volátiles contenidas en lacas y pinturas. Con mucho menor frecuencia se observa la inhalación de productos de limpieza contenidos en aerosoles. En ocasiones se recurre a la combinación de dos o más sustancias mezcladas. La intoxicación es causada por el ingreso de los disolventes volátiles, contenidos en la sangre, hacia el Sistema Nervioso Central. De modo que los síntomas son resultado del efecto tóxico de las sustancias sobre las estructuras cerebrales.

La mayoría de las intoxicaciones no severas pueden ser tratadas en la consulta ambulatoria, siempre y cuando no existan complicaciones médicas o psiquiátricas que ameriten la derivación de la persona a un servicio de emergencia. Debe evitarse el uso de medicamentos, dado que la intoxicación desaparece rápidamente, pero si el paciente se encuentra agitado es conveniente aplicar haloperidol (Haldol) en dosis i.m. única de 5-10 mg, o bien según sea el curso del episodio en las primeras horas.

No existe un tratamiento específico por la intoxicación por disolventes volátiles, las medidas deben dirigirse a la corrección de las alteraciones que acompañan estos episodios.

Cuando el individuo se encuentra agitado, el haloperidol, a dosis parenterales de 5-10 mg, mejora el cuadro. La dosis puede ser repetida tres veces al día en caso de que se desencadene un cuadro psicótico o que la agitación persista. Si la condición del paciente mejora después de su arribo al servicio de emergencia, sólo es necesario observar su evolución una hora más para posteriormente continuar el tratamiento en la consulta externa.

Hasta el momento no se ha logrado identificar un síndrome de abstinencia relacionado con la supresión del consumo de sustancias tóxicas (Guisa et. cols. 1998).

1.3.2. Teorías Fisiológicas que explican las Adicciones

Lawrence (1990) menciona dos teorías para dar una explicación fisiológica respecto a los fenómenos de tolerancia y dependencia física. La primera hace mención a las acciones difásicas (excitación y depresión) de algunas drogas y los efectos excitantes que persisten más que los depresores. En consecuencia, conforme se repiten las dosis de droga se van acumulando los efectos excitantes, lo cual requiere dosis cada vez mayores para obtener un estado de excitación constante y sean menores los estados de depresión. La segunda teoría que se ha propuesto para explicar el desarrollo de tolerancia y dependencia física, se conoce como la teoría de adaptación celular Lawrence (1990) la cual hace referencia a que cuando el individuo utiliza ciertas drogas, estas estimulan mecanismos homeostáticos compensadores que se oponen a los efectos depresores de la droga. Estas respuestas se van reforzando conforme se repite la administración de la droga, por lo que se requiere una dosis cada vez mayor para producir un efecto de la magnitud inicial; cuando se suspende la droga, los mecanismos homeostáticos acrecentados se liberan del freno que les imponía la presencia de la droga dentro del cuerpo y originan entonces los signos de dependencia física. Así aunque no se conoce en forma precisa cuál es la naturaleza exacta de los cambios responsables de la tolerancia y la dependencia física, se pueden explicar por cambios bioquímicos en las células del cuerpo. es posible que los agentes narcóticos, administrados durante largos periodos estimulen una producción excesiva de enzimas de los sistemas microsómicos hepático o cerebral que se llegan a metabolizar en el cuerpo, sin embargo tampoco deja de lado el condicionamiento social que en cierto momento también juega un papel principal en el abuso de narcóticos y la adicción de los mismos.

Madden (1990) considera que existen tres factores importantes que influyen en el uso y abuso del alcohol y de las drogas: el ambiente, el suelo y la semilla. El ambiente se refiere a las influencias culturales que rodean al individuo, sobre todo las que se refieren a los patrones de consumo de alcohol y drogas en la comunidad. El suelo se refiere a la constitución propia del individuo; las potencialidades y defectos del temperamento y la personalidad que están determinados de modo inicial por la herencia y son moldeados, sobre todo en la infancia, por eventos subsecuentes a la concepción. La semilla implica las cualidades inherentes al alcohol y las drogas que determinan en qué medida pueden inducir al mal uso, abuso o dependencia.

Como se ha visto anteriormente, la perspectiva fisiológica nos da un panorama general de que es lo que sucede orgánicamente con el individuo al hacer uso o abusar de drogas, esto es muy importante ya que de esta manera podemos ayudarlo en su proceso de desintoxicación, pero hay que tener en cuenta que no únicamente se soluciona el problema al tratarlo médicamente, sino que hay que elaborar un plan de trabajo interdisciplinario en el cual este involucrado también el aspecto psicológico ya que existen factores asociados tales como la alteración del estado de ánimo y rasgos de personalidad como conductas antisociales, poca importancia a cuestiones morales (justicia), síntomas físicos como estrés, indecisión, poca confianza en ellos mismos, baja autoestima, entre otros que propician el consumo de alcohol, tabaco u otras drogas.

A continuación se abordará el problema de las adicciones desde la perspectiva psicológica.

CAPÍTULO 2

LAS ADICCIONES EN LA PERSPECTIVA PSICOLÓGICA

2.1. Teorías y Modelos Psicológicos de las Adicciones

Existen Teorías y Modelos que enfatizan de forma distinta alguna de las múltiples variables que influyen en la aparición y mantenimiento del problema del uso y abuso de drogas estableciendo a su vez las premisas para las actuaciones preventivas, por lo tanto en este capítulo se abordarán las posturas de la Psicología Conductual, El modelo de la Psicología de la Salud, Psicología Conductual Comunitaria, la Teoría Cognitiva, la Teoría Psicoanalítica Contemporánea y por último Otros enfoques en las adicciones. Pero hay que tener en cuenta, como lo afirman Aguado y Martín (1986), que todavía en la actualidad existe en nuestro país una cierta indefinición y falta de criterios unánimes y firmes que permitan entrar en medidas concretas y en su evaluación.

2.1.1. Psicología Conductual

La Psicología Conductual cuenta entre sus principales paradigmas el condicionamiento clásico, condicionamiento operante y el aprendizaje estos paradigmas referirían a la conducta como producto del aprendizaje.

La contribución de el análisis de la conducta a la farmacología experimental se remonta a los trabajos de Spragg, Beach, Nochols, Wikler y Weeks, (1972, citado en Colotta, Alcaraz y Schuster, 1980) los cuales retoman las concepciones y técnicas del condicionamiento clásico y operante y han sido aplicados al análisis de los aspectos conductuales de la dependencia a las drogas. El condicionamiento clásico involucra el aparear un estímulo (incondicionado), que evoca alguna respuesta incondicionada, con un estímulo neutral. Después de aparear repetidamente estos dos eventos, el estímulo neutral presentado sólo puede evocar la respuesta conductual. En tal caso, el estímulo neutral se denomina estímulo condicional y la conducta se considera condicionada clásicamente. Una variedad de respuestas a las drogas puede ser condicionada clásicamente en el contexto del grado en que pueden influir las acciones reforzantes de una droga.

Por otro lado, el condicionamiento operante se refiere a que la conducta que opera en el ambiente es controlada por sus consecuencias. Las consecuencias que se pueden mostrar fortalecen la conducta y son llamadas reforzadores, el fortalecimiento de una

conducta se le llama reforzamiento positivo y el fortalecimiento de una conducta operante por la terminación de estímulos aversivos es llamado reforzamiento negativo. Así, de esta manera, la conducta de búsqueda de drogas debe ser entendida como una conducta operante que es controlada por sus consecuencias, que bien puede ser, el efecto farmacológico de la droga. Una de las principales ventajas de tal análisis es que permite al experimentador utilizar un amplio rango de datos derivados del análisis de la conducta mantenida por otros reforzadores para sugerir variables que pueden ser exploradas con la conducta mantenida por las drogas.

La mayor parte de la investigación sobre las drogas como reforzadores han utilizado sujetos infrahumanos. Al emplear animales que están preparados para autoadministrarse drogas, es posible determinar las variables ambientales, farmacológicas y fisiológicas que influyen en la propensión de los organismos a usar droga.

En cuanto al paradigma propuesto por Conger, (1956; citado en Yates, 1977), señala que los efectos inmediatamente reforzantes del alcohol tal vez predominan sobre los efectos no reforzantes como el castigo social; y que los efectos reductores de ansiedad del alcohol bien pueden ser más fuertes que los efectos inductores de ansiedad del castigo anticipado.

Lo que diferencia la drogadicción de otras manifestaciones de conducta humana es la naturaleza del refuerzo. Todos pueden ser condicionados a realizar actividades que inicialmente son costosas, si son gratificados por ello. La gratificación por la experiencia con drogas es la experiencia misma. Además de los reforzadores secundarios condicionados al consumo de drogas, como ciertas compañías, el sonido de algunas canciones o el tener visiones de algunos lugares lleva al individuo a recurrir constantemente a su consumo.

Sin embargo, el uso y abuso de alcohol y drogas producen, a medio y largo plazo, efectos aversivos (deterioro progresivo, empobrecimiento de conductas, dificultades sociales y laborales, etc.) pero los efectos inmediatamente reforzantes de estas drogas predominan sobre los efectos no reforzantes más remotos del castigo social (Echeburúa y Corral, 1998).

Davison (2000) menciona que el modelamiento puede ser responsable de que se adquiera conducta problema. Los pequeños cuyos padres sufren de fobias o tienen problemas con el uso o abuso de sustancias pueden desarrollar, aunque sea en parte y por observación, patrones semejantes de conducta. Actualmente se han combinado estos paradigmas con los cognoscitivos, que aluden a esquemas y a sus propias

interpretaciones. Los investigadores que actualmente piensan que la conducta problema puede ser aprendida deben examinar cada detalle de las situaciones que afectan a la conducta, además de definir sus conceptos cuidadosamente. Los terapeutas conductuales tratan de aplicar principios de aprendizaje y cognoscitivos a la modificación de la conducta, de los pensamientos y emociones manifiestas. Estos postulados son de alguna manera retomados por la Psicología Conductual Comunitaria, la cual expresa como factores fundamentales para que se manifieste una conducta adictiva, el medio ambiente.

2.1.2. Modelo Psicológico de la Salud

El modelo Psicológico de la Salud propuesto por Ribes (1992) permite dar un panorama general del ámbito psicológico de la salud, interrelacionando dos modelos generales El modelo médico-biológico de la salud, y el modelo sociocultural de la salud, ya que por separado dan una respuesta ambigua a los problemas de salud que afectan al individuo. La viabilidad de ambos modelos para plantear prácticas efectivas de prevención, curación y rehabilitación depende de que, puedan intersectarse a lo largo de un eje mutuamente vinculador, este eje es el representado por el comportamiento del individuo en un medio regulado por relaciones socioculturales.

El análisis psicológico no es por lo tanto un simple complemento del conocimiento biológico para entender el estado de salud-enfermedad de un individuo, sino que además toma en cuenta el ambiente humano el cual obedece a razones históricas y socioculturales definidas por una sociedad, esto es, las formas productivas en que se desarrolla el individuo, la cultura de la alimentación, las prácticas de higiene, las actividades de recreación y esparcimiento, los hábitos de consumo de fármacos, y muchos otros aspectos de la vida humana en sociedad que modulan y determinan en forma definitiva las condiciones físicas a las que se expone como práctica de vida un individuo en tanto organismo biológico.

El modelo Psicológico de la Salud incluye dos tipos diferentes de categorías descriptivas, la primera son las categorías referentes a los procesos psicológicos que vinculan condiciones del organismo con acciones del individuo enmarcadas en un medio sociocultural, la segunda se refiere a las consecuencias de dichos procesos, en términos de las características funcionales del comportamiento como la vulnerabilidad biológica del organismo y sus efectos en las producción-prevención de enfermedad y conductas asociadas a la alteración biológica.

El proceso psicológico referente al mantenimiento, recuperación o pérdida de la salud biológica, comprende la interacción de tres factores fundamentales: a) la historia interactiva del individuo; b) las competencias funcionales al interactuar con una situación general determinada y c) la modulación de los estados biológicos del organismo por parte de las contingencias ambientales que definen una situación.

Estos factores interactúan de manera diferencial uno con respecto al otro, siendo la modulación de los estados biológicos el punto de referencia de dicha interacción.

Ribes, en este modelo, menciona que la historia psicológica de un individuo es la historia de sus interacciones, es decir, como se ha comportado en el pasado respecto de situaciones y de las relaciones comprendidas en dichas situaciones. La historia constituye la disposición de un individuo a interactuar con una situación presente, con base en sus formas y modos de interacción previos inmediatos, funcionalmente pertinentes a dicha situación. La historia constituye un factor que facilita o interfiere con la emisión de ciertas conductas, pero no constituye el factor decisivo para que dichas conductas sean pertinentes funcionalmente en una situación determinada.

La historia no determina que una conducta sea o no funcional en una situación, pues esto se deriva de las relaciones y características definitorias de dicha situación. La historia psicológica contribuye a las interacciones haciendo más o menos posible una forma de contacto conductual con las situaciones con base en los antecedentes interactivos del individuo.

La historia interactiva puede examinarse en dos dimensiones separadas: a) los estilos interactivos; y b) la disponibilidad de competencias funcionales.

Los estilos interactivos se refieren con lo que tradicionalmente se ha considerado la personalidad de un individuo (Ribes y Sánchez, 1989; citado en Ribes 1992). Constituyen en la manera en que un individuo se enfrenta con una situación al interactuar por vez primera con ella, influyendo su indiosincracia. Esto es, si la situación que se le presenta a un individuo no impone o establece criterios claros o explícitos respecto a como debe comportarse, entonces sus estilos interactivos conformarán de manea preponderante la manera en que se comportará. Si por el contrario la situación presentada al individuo impone o prescribe criterios más o menos precisos de efectividad, éste ajustará su interacción a los requisitos especificados por dicha situación.

En cuanto a las competencias funcionales, Ribes (op. cit.) menciona que estas constan de la capacidad conductual del individuo.

En su análisis de las competencias funcionales presentes entran también: a) los requerimientos de la situación como campo de contingencias, es decir, que tipo de consecuencias existen para el individuo y que cambios en el ambiente tendrán lugar como efecto de una u otra forma de acción en un momento determinado; b) los factores que definen el contexto de la interacción, y que son identificables como características de la situación (condiciones físicas y sociales que lo configuran, personas, etc.) o bien como condiciones biológicas momentáneas del individuo (alimentación, sueño, fatiga, enfermedad, etc.) y c) la historia de competencias pertinentes, es decir, la capacidad del individuo para interactuar con dicha situación dada su experiencia particular.

La modulación de los estados biológicos se refiere a las condiciones biológicas del organismo que pueden ser afectadas diferencialmente, dependiendo de la manera en que el individuo actúa frente a las contingencias de una situación determinada.

El comportamiento objetivo que se despliega frente a situaciones que tienen características contingenciales delimitables, modula las formas de reacción biológica del propio individuo. Las funciones biológicas no solo regulan las formas de comportamiento posible, sino que a su vez se ven afectadas por el contexto funcional que estas formas de comportamiento hacen con las variables del ambiente.

El proceso psicológico de salud trae como consecuencias a) el grado de vulnerabilidad biológica del organismo a la enfermedad y, b) la disponibilidad y emisión de conductas instrumentales preventivas o de riesgo para la aparición de enfermedades biológicas incluyéndose las adicciones a sustancias tales como el alcohol, tabaco, marihuana entre otras. Estos dos factores convergen para determinar la probabilidad de que se produzca la enfermedad y de que aparezcan los comportamientos correlativos a ella.

La vulnerabilidad biológica se entiende como la interacción de una serie de condiciones orgánicas que aumentan el riesgo de que, dados factores desencadenantes o de contagio directo, el individuo desarrolle una enfermedad aguda o crónica.

Algunas de las condiciones que afectan la vulnerabilidad se manifiestan como interacciones estrictamente biológicas: la desnutrición, la ausencia de anticuerpos por vacunación, el contagio de enfermedades de tipo viral o parasitario por prácticas de higiene inadecuadas, la inhalación de sustancias tóxicas en el ambiente, etc.

Sin embargo, además de las condiciones que afectan la vulnerabilidad mencionadas en primer término, y que indirectamente se originan en las prácticas de los individuos, se pueden identificar otras que son directamente mediadas por el comportamiento.

En cuanto a las conductas instrumentales, Ribes (ibid) menciona que estas consisten en acciones de los individuos que directa o indirectamente, disminuyen o aumentan la probabilidad de que contraigan una enfermedad por un lado, o bien, ir consumiendo sustancias que al paso del tiempo lo conviertan en adicto.

Las conductas instrumentales pueden tener como efecto tanto el aumentar los riesgos de contraer una enfermedad o de empeorar un estado patológico existente, como el efecto contrario de reducir el riesgo de enfermedad o coadyuvar a la detención de su progreso e incluso a su remisión total, estas conductas reflejan los aspectos vinculados al entrenamiento en prácticas de salud de los individuos, así como los aspectos culturales que facilitan o interfieren en dichas prácticas.

Por lo tanto, las conductas instrumentales podrían clasificarse en conductas productoras de patología directas o indirectas. Por directas se entenderá como aquellas que producen el contacto con el agente patógeno, ya sea este un agente causante de lesiones, como ocurre en los accidentes de trabajo o domésticos-, o un agente infeccioso o de otro tipo que afecta de forma específica órganos y tejidos del organismo, - como ocurre con el contagio venéreo, la transmisión del SIDA, de enfermedades parasitarias diversas, o por exposiciones a radiaciones o agentes químicos cancerígenos o tóxicos diferentes. Por conductas instrumentales indirectas serían aquellas que sin producir contactos específicos con agentes patógenos o dañinos, aumentan la vulnerabilidad del organismo ante la acción de dichos agentes, ejemplos de este tipo serían el ejercicio físico mal dosificado, el abuso en la automedicación de antibióticos y otros fármacos, el consumo de alcohol, el tabaquismo, el uso y abuso de sustancias adictivas, entre otras prácticas que afectan directa o indirectamente el cuidado de la salud.

En la medida en que las conductas instrumentales indirectas no tienen efectos inmediatos y específicos sobre la salud del individuo, constituyen formas de comportamiento más difíciles de entrenar y regular positivamente.

Como lo menciona Ribes (1992), en materia de prevención, la estrategia de un sistema eficaz de salud biológica implica dotar al individuo de los recursos prácticos necesarios para disminuir los factores ambientales que inciden en un aumento de la vulnerabilidad biológica, a la vez que se despliegan formas de acción que son instrumentales para la prevención de todo riesgo vinculado a la aparición de patologías biológicas de tipo crónico y agudo.

Esta estrategia significa adiestrar al individuo en el uso apropiado de los recursos del medio, su transformación cuando así esté indicada, y la evitación de los contactos con

circunstancias y agentes patógenos (aprovechamiento y creación de las condiciones del bienestar social), a la vez que se les capacita en formas de interactuar con las contingencias situacionales de su vida cotidiana, de modo tal que aúne a la efectividad en sus interacciones la modulación de reacción biológicas que no afecten negativamente su sistema inmunitario.

El modelo propuesto por Ribes permite considerar que, en el caso de las adicciones, las condiciones en que se desarrolla un individuo llevan a cabo conductas instrumentales que alteran su condición biológica y que esto puede ser resultado de sus estilos interactivos por ejemplo las formas en las que se afrontan las demandas del medio ambiente, que pueden presentar deficiencias en competencias y habilidades para hacerlo de manera eficiente. Además hay que considerar que existe una condición de vulnerabilidad biológica por ejemplo, la disposición genética al consumo de sustancias adictivas y comportamientos aprendidos en su historia interactiva relacionada con las drogas (personas, condiciones sociales de uso de drogas, entre otras.).

Este modelo centra el ambiente social como causal para la adquisición de conductas adictivas, no dejando de lado la intervención interdisciplinaria para su rehabilitación, pero sería conveniente no dejar los procesos biológicos en forma secundaria ya que de alguna manera estos también pueden ser factores interactivos para que se presenten conductas adictivas, esto aborda el siguiente modelo.

2.1.3. Psicología Conductual Comunitaria

Macía y Méndez (1990) mencionan que la drogadicción se acepta como una enfermedad debida al estilo de vida, por tanto, los factores más importantes en la causalidad de esta enfermedad son ambientales o más específicamente comportamentales. La interacción compleja de factores biológicos, psicológicos y sociales, es entendida como el proceso de salud-enfermedad la cual se centra conceptual y técnicamente en estos tres niveles y debe ser abordada de forma interdisciplinaria.

Estos autores (ibid) han considerado dos grupos de factores sobre las causas del inicio, consumo y abuso de drogas entre ellos están:

1. Factores sociales generales

- i. Consumo social instaurado; tanto en la población adulta como juvenil, hay un consumo importante del alcohol y tabaco, y en menor medida de otras drogas.

- ii. Existencia de adultos drogodependientes (educadores y padres) que les obligan a mantener actitudes contradictorias y ambiguas en lo referente al consumo de drogas, presionando incluso a los jóvenes al consumo.
- iii. Insuficiente información de padres y educadores. Ni unos ni otros han sido formados para educar hacia la salud en general, ni respecto a las drogas en particular.
- iv. Inexistencia de alternativas en el tiempo de ocio de los jóvenes, lo que se traduce en las dificultades de no verse abocados en el tiempo libre a bares o discotecas.
- v. Excesivo número de bares e incumplimiento de la prohibición de vender bebidas a menores, junto al bajo precio de las mismas.

2. Factores personales

- i. Presión del grupo. El inicio se produce siempre por el adiestramiento de una persona consumidora sobre otra no iniciada, y esto por lo general en un contexto grupal con la presión subsiguiente.
- ii. Insuficiencias personales que predisponen; una actitud pasiva ante la vida, un bajo nivel de frustración, etc.
- iii. La existencia de una crisis personal. El agravamiento de una situación personal es bastante común en los antecedentes históricos del comienzo al consumo en los jóvenes.
- iv. Deficiente comunicación familiar.

Macía y Méndez (1990) hacen mención a los determinantes de una conducta como variables personales o bien a variables externas o sociales. Así el funcionamiento psicológico supone una continua interacción entre la conducta y las variables personales y ambientales.

De acuerdo con varios autores como Albee (1980), Costa y López (1982) y Bayes (1983), representantes de la Psicología Comunitaria se reelaboró la orientación conductual, lo que algunos autores denominan modelo conductual-comunitario, caracterizándose por: 1) Énfasis en que la conducta es aprendida a través de la experiencia con el ambiente. 2) Superación de los modelos centrados en la persona, así, tanto sus conceptualizaciones como las líneas de intervención vinculan las acciones dirigidas a los contextos y ambientes comunitarios con las dirigidas a los individuos y grupos de personas. 3) Definición en términos conductuales, y por tanto observables y mesurables, de los

objetivos de salud. 4) Promoción de una tecnología conductual comunitaria eficiente e idónea. 5) Un estilo de intervención basado en la actitud o modelo de búsqueda. 6) Énfasis en las intervenciones centradas en el sistema más que en las personas , incluyendo el diseño y la modificación ambiental, la acción social, etc.

Al retomar los comportamientos aprendidos y la interacción que pudiera existir con el uso y/o abuso de drogas se puede tomar como referencia a la Teoría Cognitiva Social, ya que esta hace mención de factores que pueden ser causales para que se presenten conductas adictivas.

2.1.4. Teoría Cognitiva Social

En el marco de la Teoría Cognitiva Social (Macía y Mendez, 1990) se considera al abuso de drogas como patrones de conducta socialmente adquiridos, y aprendidos, mantenidos por numerosas incitaciones anteriores y por reforzadores posteriores de naturaleza psicológica, sociológica o fisiológica. Desde una perspectiva preventiva, es fundamental diferenciar entre las causas precipitantes y las causas de mantenimiento. La prevención más eficaz es aquella que se plantea entre sus objetivos el rechazo a la primera oferta de drogas.

Los factores que causan el inicio al uso de la droga son numerosos y varían en gran medida de individuo a individuo. Ejemplos de estos factores que han sido estudiados serían: el efecto que produce en los jóvenes la exposición a modelos que presentan una conducta adictiva a cualquier tipo de sustancia; la falta de capacidad de respuesta para resistirse a la presión de los compañeros (instigación por los amigos, presión social); la curiosidad (considerada por muchos como el principal motivo del primer contacto); el no disponer de una información correcta respecto a efectos buscados por el sujeto (reducción de ciertos estados emocionales aversivos, la facilidad para la expresión de un repertorio conductual ampliado, la mayor capacidad de mostrar una conducta social espontánea y más variada, etc.) y que por lo general es facilitada por los ya iniciados de forma incorrecta; la carencia de habilidades de comunicación con los adultos (padres y profesores); el no disponer de la capacidad de generar alternativas de ocio ante el planteamiento de consumo; la mal entendida búsqueda de un estatus dentro del grupo de compañeros, o deseo de aprobación por parte de los mismos (Macía y Méndez, 1990).

Los factores que pueden mantener el abuso de una sustancia pueden ser: la reducción de la ansiedad , mayor reconocimiento social y aprobación de los compañeros, la mayor

capacidad de mostrar una conducta social espontánea y más variada, o la evitación de los síntomas de retraimiento fisiológico.

En algunos casos los jóvenes llegan a consumir droga por que se les ofrece y esto es debido a la falta por parte del joven en su repertorio conductual de respuestas adecuadas que le permitan ante una primera oferta, prevenir la experimentación, o bien de estrategias que le permitan el reconocimiento con anticipación de la situación y poder utilizar los recursos previamente aprendidos permitiéndole tomar decisiones responsables y libres es, una razón importante del primer contacto con las drogas (Macía y Méndez, 1990).

Aunado a esto, Lawrence (1990), menciona que la adicción a las drogas y la frecuencia con que aparecen resultan de una compleja interacción de factores culturales y familiares que determinan con cuanta facilidad se puede conseguir una sustancia adictiva, cuantas oportunidades se presentan para iniciar su uso y cuán dispuesto está el individuo para continuar empleándolas.

Algunos individuos que llegan a usar drogas se ven motivados por el deseo de producir y perpetuar en sí mismos un estado más satisfactorio de existencia personal, incluso con el riesgo de anular otros valores, otros llegan a ser adictos porque el agente narcótico es capaz de reducir sus inhibiciones, angustias y tensiones, o bien porque tratan de alejarse de los afectos dolorosos por medio de una vida de estupor superficial.

Como se ha visto, en las teorías y modelos antes mencionados de alguna manera se trata de explicar la conducta adictiva, ya sea por aprendizaje del medio ambiente, a factores sociales, personales; biológicos, etc. pero la Teoría Psicoanalítica va más allá, haciendo mención de algunos aspectos que otras teorías no toman en cuenta.

2.1.5. Teoría Psicoanalítica Contemporánea

Castro (1994; citada en Tapia, 1994) señala que la teoría psicoanalítica contemporánea explica las adicciones como una expresión conductual en la que subyace un problema estructural de la personalidad que consiste en una organización mental deficiente. Las decepciones traumáticas del bebé producidas por la relación insatisfactoria con la madre ocasionan fijaciones importantes en la estructura del yo.

Laski (1988) aunado a esto, menciona que la experiencia clínica con adolescentes que usan drogas y las investigaciones con diseños comparativos, han señalado el sentido adaptativo de las adicciones como medio de mantener la homeostasis, en el que se

ponen de manifiesto la alteración de las funciones yoicas para la disminución de la ansiedad y el manejo de la realidad. Así, también hace mención a una "organización farmacodependiente del yo", después de hacer un estudio comparativo con adolescentes en los que se describió alteraciones yoicas debidas al uso de la marihuana, donde las funciones que resultaron alteradas fueron la barrera de estímulos, la prueba de la realidad, la regulación y el control de los impulsos y el área de dominio-competencia.

Dichas funciones se afectaban mayormente en la medida en que se progresaba en la carrera adictiva.

Con su experiencia psicoanalítica, ha comprobado que el proceso mediante el cual el individuo se convierte en adicto implica una sustitución paulatina (al menos en los jóvenes) del ejercicio de ciertas capacidades por los efectos de las drogas. Poco a poco el joven va convirtiendo la droga en el centro de su vida, lo cual afecta de manera importante su desarrollo normal y lo empuja precipitadamente a una trayectoria adictiva. Una vez realizado la revisión de la diferentes teorías y/o modelos psicológicos se puede mencionar otros enfoques como el epidemiológico que a través de sus postulados de factores de riesgo, tratan de encontrar explicación a la problemática planteada.

2.1.6. Otros enfoques sobre las adicciones

El uso u abuso de drogas es un fenómeno social, al que con frecuencia se le aplica el modelo epidemiológico (medio-agente -huésped), en el cual este fenómeno se presta para establecer relaciones funcionales entre el consumo de drogas, las características del usuario y el medio ambiente social y familiar en el cual se desarrolla el individuo. (Castro, 1990).

El enfoque epidemiológico, basado en el concepto de riesgo, ha resultado de gran utilidad para la descripción del proceso mediante el cual el individuo se convierte en adicto, partiendo de que existen factores que tienen su origen en el individuo mismo, de su historia tanto familiar como social y de su entorno y medio socioeconómico.

Sánchez Sosa (1995) menciona que hay diversas formas de concebir estos factores de riesgo, una de las que más facilita la tarea de quien hace epidemiología analítica desde la psicología es el tipificarlos de modo que se puedan detectar relaciones que después servirán para diseñar intervenciones, desde las preventivas, las de recuperación, las de límite de daño y aún las de rehabilitación.

Hay factores que pueden ser macrológicos o distales o los micrológicos o proximales: por un lado los factores macrológicos suelen afectar a la población de manera relativamente

homogénea a gran escala y representa variables a cuyo cambio se tiene acceso restringido como por ejemplo el género, el nivel socioeconómico, la escolaridad, el lugar de residencia etc.

En la epidemiología se asocian factores de tipo general-distal con la pérdida de la salud y con su recuperación. Un ejemplo de lo anterior, según Sánchez Sosa, son una serie de investigaciones realizadas por psicólogos en el Instituto Mexicano de Psiquiatría con respecto a factores que se asocian con la incidencia del uso y abuso de sustancias. En estos estudios se señalan que cuando se comparten ciertas características tales como ser hombre en comparación con ser mujer, estar bajo el corte de escolaridad, el lugar de residencia, estar por debajo del corte de ingreso socioeconómico, hay mayores probabilidades de abuso de drogas.

Pero por otro lado, el mismo análisis epidemiológico revela que hay numerosas instancias de individuos y familias enteras que a pesar de compartir todos aquellos factores de riesgo, no muestran abuso de sustancias y por tanto tampoco tiene efectos sobre la salud. Esta situación hace suponer que hay otros factores inherentes al comportamiento humano que quizás actúan como potenciadores de los factores macrológicos o bien que contrarrestan sus efectos, es decir, que se convierten en verdaderos factores protectores. Lo anterior, aduce Sánchez Sosa (1995) que el experto en comportamiento y salud lo conducirá a diseñar y realizar acciones preventivas basadas en el conocimiento sistemático y confiable de estos factores protectores inherentes a la interacción humana, es decir, al análisis de variables proximales tales como las prácticas de crianza y la propia interacción humana. En dicho análisis hay factores que hacen una contribución muy importante por tener un alto peso específico y son los llamados eventos vitales. Algunos ejemplos incluirían el casamiento, divorcio, hospitalización, el nacimiento del primer hijo, etc.

Otro grupo de factores se relacionan con las habilidades interpersonales como la competencia interactiva o social, la aceptación en un grupo o situación nueva entre otros. Una vez que se tiene acceso a estos factores, es importante tomar el conocimiento sobre los mecanismos que regulan el funcionamiento humano, su expresión como factores de riesgo para derivar en intervenciones profesionales psicológicas e incidir sobre el ser humano y su salud física o psicológica. Es muy probable que no se pueda modificar cómo inciden, pero sí como el individuo reacciona y maneja la situación en que ocurre su impacto o efecto.

Leavell y Clark (1969; citados en Sánchez Sosa, 1995) hacen referencia a una propuesta clásica donde proponen que la enfermedad, como cualquier otro evento que ocurre en la naturaleza, tiene una historia natural de evolución. Lo interesante para los psicólogos es notar que esta progresión se puede observar y por tanto alterar en diferentes momentos, esto es poder incidir prácticamente en cualquier momento de esa evolución del deterioro de la salud, pero para ello la investigación debe de ser metodológicamente sólida, los resultados confiables, y la derivación tecnológica de intervenciones cuidadosa.

Este esquema también propone un periodo de prepatogénesis, esto quiere decir en términos de prevención primaria que es aquello que ocurre antes de que se den los primeros signos de deterioro de la salud. Desde entonces ya interactúan series de factores o agentes patógenos. Esto es que hay un sujeto y factores medio ambientales que facilitan o potencian el efecto de esos estímulos patógenos cotidianamente desde antes de enfermarnos.

Menciona Sánchez Sosa (ibid) que existe un momento en el cual se da un punto de corte donde termina el periodo de prepatogénesis y se inicia uno de patogénesis. A partir de este momento se empieza a hablar del curso de una enfermedad y por tanto de un panorama clínico, con evolución de síntomas tipificables. Este panorama clínico muestra una patogénesis temprana sobre la cual los médicos insisten en descubrir lo que está ocurriendo lo más pronto posible.

Por lo anterior, Sánchez Sosa (1995) hace la propuesta de ubicar en primer lugar, el efecto de cambios vitales que actúan como estresores y por ende como factores de riesgo y, segundo, series de intervenciones de tipo psicológico, que también actúan como opciones para el análisis conceptual de lo que ocurre entre el comportamiento humano y la pérdida de la salud.

En cuanto a la intervención precoz, esta se realiza durante el periodo de prepatogénesis, la prevención primaria generalmente entraña dos modalidades reconocidas como accesibles al experto en comportamiento; primero, localiza a las personas que, por factores de tipo distal: padecimientos familiares, ambiente físico y social, acceso a satisfactores básicos, etc. ya se encuentran en riesgo. Una vez detectadas las poblaciones en riesgo distal se diseñan intervenciones que faciliten la adopción de estos patrones de comportamiento en la antítesis del factor de riesgo, es decir, en factor protector.

La segunda consiste en suponer que todo ser humano está expuesto potencialmente a factores de riesgo y optar por la adopción de conductas protectoras en población abierta

como un esfuerzo general de promoción de la salud. Es importante resaltar en este punto que comúnmente se comete el error de suponer que la información que se le proporciona a la comunidad sobre la forma en que operan los factores de riesgo y las conductas protectoras basta para establecerse. La información que se proporcione ciertamente es necesaria para establecer los programas de salud, pero normalmente no es suficiente, estos deben de incluir una amplia gama de componentes cuya contribución requiere una evaluación por separado (Maccoby, Farquhar, Wood y Alexander, 1977; citado en Sánchez Sosa, 1995).

Así también hay que tomar en cuenta las etapas del desarrollo humano: la infancia y niñez temprana, niñez, adolescencia, juventud temprana, edad adulta y senectud. Tomando en cuenta esta evolución de desarrollo se identifican aquellos cambios de comportamiento que les dan sentido a demandas específicas e identificables, es posible promover cambios de conducta que contrarresten la desadaptación ante cambios y por lo tanto contribuir a conservar la salud.

Los eventos que pueden considerarse como estresores no necesariamente contiene un valor intrínseco como factor de riesgo, este valor depende de variables como la competencia social, la predictibilidad de la transición, la disponibilidad de apoyo social y familiar, etc.

Los cambios en la vida que demandan, exigen y fuerza a un cambio adaptativo de comportamiento y estos no resultan congruentes con la demanda del medio ambiente, su valor como protector de salud será prácticamente nulo y por lo tanto puede entrañar riesgo.

Se menciona que, en condiciones normales, el sistema familiar, referente al núcleo familiar es el principal contribuyente al funcionamiento humano, otro sistema sería el educativo que de alguna manera se traslapa con el familiar hasta los 15 o 20 años. El tercer sistema es el de compañeros y familiares que prácticamente se opera desde los cuatro o cinco años hasta la muerte. El cuarto sistema es la formación de un nuevo núcleo familiar que entra en operación entre los veinte y los treinta años. Este sistema se desintegra en el momento del deceso de la pareja. El quinto se refiere al laboral y empieza a operar desde el primer trabajo hasta el retiro y el sexto se refiere a los sistemas familiares de los hijos que inician con el matrimonio de éstos y perduran hasta la propia muerte.

Este análisis permite ofrecer una propuesta que consiste en sobreponer el esquema de la historia natural de Leavell y Clark (descrito anteriormente) sobre el esquema de

transiciones vitales y así analizar como cada una de ellas propicia el surgimiento de factores de riesgo para la salud física y psicológica. Así el análisis funcional se convierte en el mejor predictor del deterioro en la salud y por ende en la mejor fuente para diseñar intervenciones preventivas o terapéuticas, sobre todo si incluye a las competencias personales.

Como se ha abordado anteriormente existen diferentes modelos que tratan de explicar el problema del uso y abuso de las drogas desde sus diferentes perspectivas, pero considerando todas las anteriores, el modelo propuesto por Ribes nos permite ir relacionando variables que se relacionan tanto en el aspecto biológico y sociocultural tomando el aspecto psicológico como el eje que les permite una intersección y no explicar la problemática del individuo por separado, así también es importante tomar en cuenta lo que propone Sánchez Sosa desde el aspecto del enfoque epidemiológico ya que este permite detectar relaciones que posteriormente sirven para diseñar programas de intervención desde la prevención hasta la rehabilitación, a continuación se presenta algunos tratamientos psicológicos que se utilizan a fin de combatir el consumo de sustancias adictivas.

2.2. El Tratamiento Psicológico de las Adicciones

La dependencia respecto a una droga en particular en una persona depende de la acción conjunta de tres factores: a) las características farmacodinámicas de la droga en cuestión y según la cantidad utilizada, la frecuencia de uso y la vía de administración (es decir; ingestión, Inhalación o inyección); b) las características personales (sobre todo, edad, los rasgos psicológicos) y c) la naturaleza del medio sociocultural general y de las circunstancias ambientales concretas.

No es fácil establecer la distinción entre el uso y el abuso de drogas. Abuso de drogas es un término impreciso, con connotaciones negativas, que se refiere al uso no médico de sustancias adictivas. La forma más frecuente de abuso es la dependencia –es decir, el uso compulsivo de una sustancia psicoactiva que afecta a la salud mental o física-, pero no es la única. También son abuso otras formas de consumo como: a) la sobredosis, es decir, el consumo excesivo de una determinada droga en un periodo de tiempo reducido (al margen de que el consumidor sea dependiente o no); b) la ingestión de una droga, incluso en dosis pequeñas, en una situación de riesgo especial (un conductor, una mujer

embarazada, etc); c) la mezcla de dos o más drogas que, con frecuencia es más peligrosa que la ingestión de cada una de ellas por separado y d) en general, es abuso cualquier forma de consumo en que el riesgo que corre el sujeto es mayor que el beneficio consiguiente a la utilización de la droga (Echeburúa y Corral, 1998).

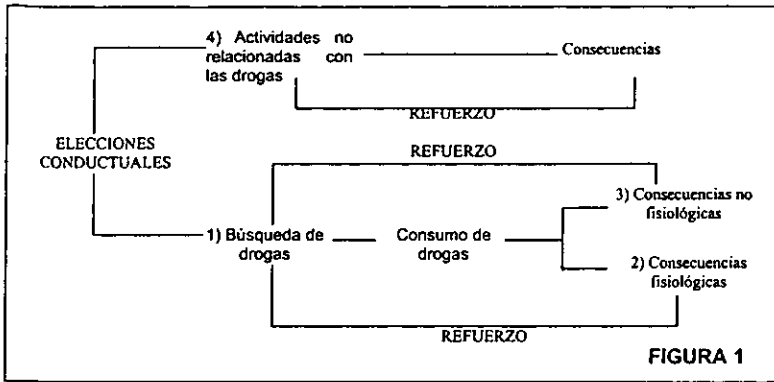
Antes de comenzar un tratamiento psicológico se debe de evaluar al toxicómano, no solamente en el aspecto de consumo de drogas, sino en otras conductas problemáticas que son justamente causas y/o consecuencias del consumo de sustancias adictivas. Es, por tanto, conveniente prestar atención y evaluar adecuadamente al menos las siguientes áreas: a) las condiciones físicas y el estado de salud; b) la situación económica; c) la situación ante la ley; d) el grado de cohesión familiar y social, y e) las condiciones psicológicas y el repertorio de conductas del sujeto.

Hay que poner mayor énfasis en la evaluación de ciertas conductas problemáticas frecuentes en los toxicómanos, que pueden ser causantes y/o resultantes del consumo de drogas: ansiedad, depresión, distorsiones cognitivas, trastornos del sueño, déficit en habilidades sociales, disfunciones sexuales, etcetera. En algunos casos estas conductas problemáticas pueden ser independientes del consumo de drogas, pero, aun así requieren de una evaluación cuidadosa por dos motivos: a) porque el terapeuta le interesa el bienestar global de la persona, y b) porque en algunas ocasiones, estas conductas problemáticas pueden ser facilitadores y actuar como estímulos antecedentes del consumo de drogas. (Echeburúa y Corral 1998).

Por otro lado también mencionan que la selección de los objetivos terapéuticos forman parte fundamental de la evaluación del consumo de drogas ya que en cada intervención terapéutica con toxicómanos debe ser individualizada y cada paciente requiere objetivos a su "medida".

Es importante resaltar que la motivación que pudiera tener un farmacodependiente ante un tratamiento tiende por lo general a ser baja y fluctuante. Se menciona que es baja porque acuden en muchas de las ocasiones al tratamiento carentes de incentivos y por presiones externas (familiares, sociales, judiciales, etcetera.) más que por un proceso de convencimiento. Es fluctuante porque al depender la motivación de factores externos más que de factores internos, cualquier acontecimiento externo como la ausencia de la sustancia adictiva, la muerte de un amigo, la detención de la policía, etc. El hecho es que son relativamente pocos los toxicómanos que se incorporan a los programas de tratamiento y que son aún menos los que acaban con él.

Stitzer, Bigelow y McCaul (1983, cit. en Echeburúa y Corral, 1998) proponen el siguiente esquema del modelo conductual de abuso de drogas.



En la Figura 1, se muestra las elecciones conductuales de la intervención terapéutica

En la figura 1 se encuentran enumerados los distintos puntos susceptibles de intervención terapéutica para hacer frente al consumo de drogas.

- a) El tratamiento puede centrarse en la modificación de las *circunstancias antecedentes* del consumo de drogas. El costo de una droga o el esfuerzo requerido para conseguirla constituye una variable antecedente de gran relevancia en el consumo de drogas. Aunque el terapeuta no puede intervenir directamente sobre la mayor o menor disponibilidad ambiental de drogas, si puede, en cambio, apartar al toxicómano de un ambiente fácilmente accesible al consumo de éstas.
- b) El tratamiento puede centrarse en la modificación de las *consecuencias fisiológicas* del consumo de drogas. Los programas de mantenimiento con metadona y los programas de mantenimiento con antagonistas modifican, aunque desde perspectivas distintas, el valor reforzante de las drogas. Desde un enfoque más estrictamente conductual, las técnicas aversivas tienen por objetivo modificar este valor a base de asociarla con estímulos punitivos.
- c) El tratamiento puede centrarse en la administración de consecuencias positivas por la abstinencia de drogas, de modo que pueden sustituir a los reforzadores positivos (por ejemplo, el apoyo social) derivados de la drogadicción. Éste es, justamente, el objetivo de las terapias de condicionamiento operante, en donde se utilizan reforzadores y castigos contingentes a las conductas del sujeto.

- d) El tratamiento puede también centrarse en el entrenamiento de habilidades deficitarias y de solución de problemas, y en promover actividades y relaciones alternativas reforzantes. Así, se modifican las relaciones sociales, se aprende a utilizar el tiempo libre de otro modo, se manejan la ansiedad y la depresión de una forma más efectiva y se intentan corregir los déficits educativos y laborales que estén presentes en el toxicómano. Desde una perspectiva conductual, tal como se lleva a cabo en los programas ambulatorios y en los programas amplios, el objetivo es poner a disposición del sujeto reforzadores alternativos que hagan posible el mantenimiento de la abstinencia de drogas a largo plazo.

Por su parte, Echeburúa y Corral (1998) mencionan que las Terapias Aversivas tienen por objeto reducir las propiedades reforzantes fisiológicas de las drogas y las incitaciones antecedentes relacionadas con su abuso. En esencia, la terapia de aversión implica el apareamiento repetido de un estímulo nocivo con la secuencia de conductas que llevan al consumo de drogas y con la gran variedad de incitaciones ambientales: a) la inyección y los efectos de la droga; b) los pensamientos e imágenes asociados al ritual del consumo de drogas y a los efectos esperados; c) las descripciones verbales relacionadas con el consumo de drogas; d) las jeringuillas y demás instrumentos utilizados por el consumidor, y e) los lugares habituales en que se consumen las drogas. El objetivo es que, en última instancia, estos estímulos lleguen a evocar respuestas aversivas condicionadas, tales como rechazo o ansiedad. Existen tres variedades básicas de terapia de aversión: química, eléctrica y encubierta.

- a. La terapia de aversión química emplea fármacos inductores de vómitos, como la apomorfina o la emetina, para recondicionar a los toxicómanos de modo de que la droga les produzca náuseas. Se trata, en última instancia, de crear una aversión a la respuesta.

Los estímulos aversivos utilizados tradicionalmente como estímulos incondicionados son muy potentes, pero sin embargo, provocan con frecuencia un rechazo por parte de los toxicómanos y objeciones éticas de la comunidad. Sólo los toxicómanos muy motivados acceden a este tipo de tratamiento.

- b. La terapia de aversión eléctrica utiliza el choque eléctrico, este procedimiento consiste en aplicar un choque eléctrico de entre 3 y 8 miliamperios en el antebrazo, a los dedos o a la pierna y se hace contingente a las conductas o pensamientos relacionados con el consumo

de drogas. El choque eléctrico ofrece varias ventajas respecto a las drogas aversivas: a) se puede hacer variar el estímulo para producir, de este modo, efectos diferenciales; b) los efectos son inmediatos, y el procedimiento es fácil de administrar, sin que se necesite vigilancia médica; c) tiene pocas contraindicaciones físicas y produce efectos similares en todos los sujetos; d) la estimulación eléctrica posibilita además, el uso de aparatos portátiles.

Algunos estudios hechos por Hallman, Rachman y Falkowski en 1972 (citados en Echeburúa y Corral 1998) han cuestionado el grado de generalización que se obtiene utilizando este procedimiento y sugieren que el éxito aparente de los estudios publicados pueden atribuirse a factores inespecíficos (las expectativas terapéuticas, las características de la demanda de la situación, el refuerzo social, los consejos dados a los toxicómanos, etc.) y no al proceso de condicionamiento en sí mismo.

c. La terapia de aversión encubierta consiste en el emparejamiento repetido de escenas imaginadas sobre el consumo de drogas con escenas imaginadas de sucesos o sentimientos desagradables, tales como la náusea y el vómito. El objetivo de esta técnica, en la que todos los componentes son imaginarios, es crear una aversión condicionada a las drogas. La naturaleza de la escena aversiva utilizada depende de los sucesos que el paciente señala que le resultan desagradables.

Las ventajas más significativas de esta técnica son las siguientes:

- i. El empleo directo de las experiencias propias del toxicómano, que facilita la generalización de vida real.
- ii. La posibilidad de recurrir a una gama amplia de condiciones del estímulo condicionado que se ajustan a los acontecimientos de la vida real (incluyendo personas y lugares asociados al sujeto).
- iii. La desaparición del carácter físico de la aversión
- iv. La oportunidad de ensayos frecuentes sin la presencia del terapeuta.

La dificultad de esta técnica reside en que, al presentarse la conducta y las consecuencias contingentes a ella de forma imaginada, es difícil identificarlas, controlarlas y mediarlas y en que, por el carácter reciente de esta técnica, son pocas las investigaciones realizadas que ofrezcan afirmaciones concluyentes.

En general, la terapia de aversión parece ser más eficaz cuando el toxicómano

puede utilizarla a manera de autocontrol. Un problema importante es que las técnicas aversivas pueden conseguir la eliminación (o reducción) de las conductas adictivas, pero, de por sí, no actúan, salvo que formen parte de programas de intervención amplios, sobre el establecimiento de conductas reforzantes alternativas; y ésta es, justamente, la cuestión nuclear para prevenir las recaídas (Echeburúa y Corral, 1986).

Por otro lado Mata y Echeverría (1998) a fin de contar con un modelo apropiado de tratamiento para la rehabilitación de la población adicta y con el apoyo del Instituto de Psiquiatría iniciaron un Proyecto de Investigación dirigido a la adaptación y evaluación del modelo de "la Familia Enseñante". Este modelo fue seleccionado con base en las diferentes investigaciones nacionales e internacionales, que lo han señalado como un modelo efectivo para la rehabilitación de sujetos con diferentes tipos de problemática. En México se ha aplicado a sujetos con retardo en el desarrollo y/o autismo, con pacientes psiquiátricos hospitalizados y en el extranjero con sujetos delincuentes y farmacodependientes, entre otros.

Este modelo de "La Familia Enseñante", aborda el problema de la farmacodependencia desde una perspectiva conductual-reeducacional, utilizando principalmente técnicas y procedimientos derivados de la Teoría del Aprendizaje, por lo que los esfuerzos terapéuticos se centran en enseñar al individuo farmacodependiente, las conductas y habilidades que le permitan interactuar positivamente con su familia y demás miembros de la comunidad, y por otro lado, a eliminar o reducir aquellas conductas que le impiden ajustarse a la forma y estilo de vida de su comunidad.

En la actualidad el programa cuenta con tres alternativas de tratamiento, todas ellas encaminadas a la rehabilitación de farmacodependientes que tienen entre 7 y 25 años de edad, a través de una modalidad de consulta externa que se ofrece en un centro comunitario. Sin embargo, cada alternativa difiere entre sí, en cuanto a su aproximación al problema del abuso de drogas y a la duración e intensidad del tratamiento.

La primera alternativa de tratamiento fue desarrollada en el año de 1979. La duración de este tratamiento es de ocho meses aproximadamente, y el cual es denominado "Tratamiento a Largo Plazo". Este incluye los siguientes servicios terapéuticos:

1. Regularización académica: tiene como principal objetivo regularizar al sujeto en las diversas materias escolares a fin de que obtenga su certificado de primaria o

secundaria. Esta regularización se lleva a cabo integrando a los individuos al Sistema de Educación Intensiva para Adultos de la SEP.

2. Orientación Vocacional - Laboral: cuyo objetivo es, primeramente, orientar al sujeto vocacionalmente y remitirlo a las instituciones educativas apropiadas y, posteriormente, entrenarlo en las habilidades necesarias para conseguir y mantenerse en un trabajo o actividad laboral.
3. Consejo Psicológico Individual y Familiar: que tiene como objetivo enseñar al sujeto y a su familia, estrategias para la solución de problemas personales, familiares y sociales, a través del análisis de la situación que propicia el surgimiento de problemas; de la generación de opciones para su solución; del análisis de las consecuencias de cada opción; de la selección de la opción más apropiada; y finalmente, de la simulación de las conductas o habilidades involucradas en la solución del problema.
4. Actividades Deportivas y Recreativas: las cuales tienen como objetivo enseñar al sujeto a utilizar adecuadamente su tiempo libre, además de que permiten motivarlo para que asista y concluya su tratamiento.

La segunda alternativa es el "Tratamiento a Corto Plazo", que tiene una duración de un mes aproximadamente. Esta alternativa se diseñó en 1982, la cual procura que el sujeto presente un periodo de abstinencia a las drogas en el menor tiempo posible, por lo que su aproximación al problema del abuso de drogas es de manera directa y con resultados a corto plazo.

Los servicios terapéuticos que se ofrecen en esta alternativa son:

1. Terapia Aversiva Verbal, cuyo objetivo cambiar el valor positivo de las drogas a través de la asociación de estímulos desagradables con la conducta de consumo de drogas, a fin de que el sujeto evite en lo sucesivo seguir consumiéndolas.
2. Terapia de Relajación, Por un lado trata de suprimir los efectos desagradables de la terapia Aversiva Verbal y por otro lado, trata de enseñar al sujeto a relajarse y a utilizar este recurso como una alternativa a la farmacodependencia. Esto quiere decir, que se intenta que el sujeto utilice la relajación el lugar de consumir drogas.
3. Consejo Psicológico Individual, tiene como objetivo desarrollar en el sujeto medidas de autocontrol que le permitan identificar las situaciones que lo llevan a consumir drogas y evitarlas. Este tipo es el mismo que se emplea en el "Tratamiento a Largo Plazo", sólo que se centra en el abuso de drogas.

La tercera alternativa es el "Tratamiento Combinado" que tiene una duración de nueve meses y está integrado por la combinación de ambos tipos de tratamiento. Se comienza con el tratamiento a Corto Plazo y se continúa con el Tratamiento a Largo Plazo.

Esta Investigación arrojó resultados muy interesantes en cuanto a que se pudo determinar que de la muestra, existe un mayor consumo de inhalantes y alcohol, además de que los sujetos que asisten a un tratamiento voluntariamente muestran un patrón elevado de consumo de más de una droga, que la edad crítica en el consumo de drogas es de 14 y 15 años.

En cuanto al grado de efectividad logrado en cada una de las alternativas de tratamiento, es de Tratamiento Combinado, ya que fue la que reportó el menor porcentaje de reincidencia a las drogas (16.7%) y el menor porcentaje de deserción (20%).

Este modelo de rehabilitación resulta interesante sobre todo si se toma en conjunto, ya que brinda la posibilidad de responder a una amplia gama de individuos farmacodependientes, el cual cuenta con diferentes aproximaciones al problema, pero todas ellas dirigidas a la eliminación o reducción del consumo de drogas.

Se ha hablado de diferentes tratamientos sobre el consumo de drogas, pero ciertamente hay que tener claro que dejar de consumirlas es un objetivo terapéutico insuficiente. Se debe enseñar al farmacodependiente pautas de conducta más adaptadas por dos motivos: 1) esas conductas nuevas son incompatibles con la adicción y 2) ofrecen al sujeto vías nuevas de obtener satisfacciones de la vida.

Un programa integrador en el tratamiento de la farmacodependencia debe prestar atención a los siguientes puntos:

- a) desarrollar en el sujeto un repertorio de conductas alternativas adecuadas, sobre todo, en lo relacionado con las actividades sociales y con la ocupación del tiempo libre.
- b) Reorganizar el ambiente social y profesional del paciente, de modo que reciba un refuerzo máximo por actividades que no impliquen el uso de drogas y
- c) Enseñar al sujeto estrategias de solución de problemas y modos de hacer frente a los problemas significativos, sobre todo el manejo de ansiedad y la depresión.

2.2.1. Programas de Prevención de la Drogadicción

Los distintos modelos y submodelos teóricos han proporcionado estrategias propias de intervención, considerándose en muchos de ellos los programas educativos que sería la base de la labor preventiva. Los programas preventivos intentan poner al descubierto factores causales subyacentes, descubrir factores psicosociales: carencia de cohesión familiar, presiones de grupo, crisis de identidad en la adolescencia, falta de comunicación, etc.

Macía y Méndez (1990) consideran conveniente llevar a cabo programas preventivos específicos, haciendo énfasis en la reforma y mejora del sistema educativo y el desarrollo de programas de educación integral en la escuela que evitan un tratamiento diferenciado de las drogas, son, sin duda, estrategias importantes a desarrollar y que pueden demostrar un potencial importante para influir sobre actitudes y comportamientos de los jóvenes en relación al problema de las drogas.

Frente a las estrategias tradicionales, una alternativa a este tipo de actuaciones son los programas de intervención comportamental-educativa para la salud, basados en el modelo conductual-integrador y en el modelo de competencia de Albee (1980). El modelo de salud pública parte del valor que todas las personas conceden a la salud, y considera que la educación y la información objetiva modificará la actitud y la conducta.

Dwore y Matarazzo (1981) afirman que la unión de la ciencia conductual con la educación para la salud supone una perspectiva muy prometedora para hacer realidad la modificación de los estilos de vida y, por lo tanto, los objetivos y metas de la Salud Pública al permitir disponer de técnicas o estrategias de intervención conductual que se han comprobado adecuadas para el cambio de conducta.

Davison (2000) por su parte menciona que debido a la dificultades para abandonar una adicción una de las prioridades entre los especialistas ha sido la prevención, a través de formas que hagan que la gente joven ni siquiera experimente con sustancias tóxicas.

En años recientes, se han creado ininidad de programas escolares para prevenir que los jóvenes caigan en alguna adicción. Al revisar algunos de estos programas se ha observado que han tenido éxito al retrasar el inicio de consumo de sustancias o bien la abstención de su consumo.

En tales procedimientos se incluyen algunos de los siguientes componentes:

- I. Entrenamiento para resistir a la presión ejercida por los compañeros: Se explica la naturaleza de dicha presión, y se enseña maneras de decir que no se está interesado en consumir lo que se les este ofreciendo. La idea es enseñar formas asertivas de rehusarse a aceptar este tipo de invitaciones, que no es fácil para los jóvenes, ya que para ellos es muy importante la aprobación y aceptación de sus compañeros.
- II. Información más realista: Proporcionar información verídica sobre las tasas de prevalencia. El establecer normas conservadoras es decir que no es aconsejable beber alcohol o usar marihuana parece ser muy eficaz para evitar que los jóvenes adquieran dichos hábitos.
- III. Vacunación en contra de los mensajes publicitarios: En algunos programas de prevención se trata de acabar con la imagen positiva de los fumadores, ofrecida por los medios de comunicación masiva, a la cual está sujeta la mayoría de las personas.
- IV. Información acerca de la influencia ejercida por los padres y otros adultos: Ya que el hecho de que los padres u otros adultos consuma alcohol, tabaco u alguna otra sustancia, algunos programas hacen hincapié y recalcan que no hay que imitar ese aspecto de la conducta de los padres u de otros adultos.
- V. Liderazgo de los compañeros: En gran parte de los programas intervienen compañeros de cierto prestigio para dar fuerza a los mensajes de no fumar, no consumir alcohol u otras sustancias tóxicas.
- VI. Educación afectiva y mejoría de la autoimagen: Este programa en realidad es menos eficaz para prevenir el consumo de alcohol, tabaco u otra droga, de hecho este programa aumento el consumo de drogas en un periodo de tres años, quizás porque en el mismo se sugería sin así deseirlo la experimentación con drogas para enfrentar el estrés de la vida.
- VII. Otros componentes: Proporcionar información sobre los efectos perjudiciales del consumo de drogas y se realizan esfuerzos por hacer un compromiso público a no consumir drogas, por ejemplo en una videocinta.

El problema del uso y abuso de drogas se ha tratado de explicar de diferentes posturas teóricas, sin embargo, el problema no se ha erradicado sino por el contrario sigue avanzando, considero importante retomar el modelo del que hace mención Ribes (1992), ya que este lo aborda de una manera global, no dejando de lado el aspecto fisiológico, pero dándole la importancia que le corresponde al aspecto psicológico, así también es necesario retomar programas de prevención que nos lleve a reducir el índice del uso de drogas entre la población, ya que como lo hemos visto anteriormente, este problema lleva al sujeto a situaciones poco agradables y difíciles de controlar.

En el siguiente capítulo se abordará el problema de la farmacodependencia, su incidencia y prevención a nivel mundial y en México así como algunas investigaciones realizadas en poblaciones de jóvenes.

CAPÍTULO 3

PREVALENCIA E INCIDENCIA DE LAS ADICCIONES E IMPLICACIONES SOCIALES

3.1. INCIDENCIA Y PREVALENCIA EN EL MUNDO

El consumo de sustancias como el alcohol, tabaco y otras drogas es uno de los problemas mundialmente más serios en cuanto a salud pública se refiere, a pesar de toda la investigación realizada y los esfuerzos por erradicarla, en 1980, la Organización Mundial de la Salud publicó una monografía en la cual estudia con especial interés los métodos que se ha seguido en las encuestas epidemiológicas y seleccionó varias de ellas (32 en total) a las que dedicó una descripción general. Este esfuerzo realizado fue notable ya que el número de estudios es realmente muy grande. Esta monografía permite contemplar algunos de los problemas relacionados con los estudios epidemiológicos en ocho países y que estos no son comparables entre sí, ya sea por la estructura de un país, la dispersión o concentración de la población, el hecho de que los países sean o no productores de opio, todo ello tiene características diferenciales importantes.

Por otra parte, es importante resaltar que varían los resultados según el tipo de droga, permitidas o no, si se incluyen el tabaco y el alcohol como drogas, así como si se había tenido contacto con la droga o si está se consume regularmente (ver tabla 1).

Se puede observar que hay notables diferencias entre un país y otro, así como es sorprendente la alta proporción de personas que han fumado marihuana en Estados Unidos entre la población joven (Mendes, 1999).

Por otro lado, la Comunidad Europea, preocupada por resultados de investigaciones como la reportada por la OMS (1980), ha intentado trabajar con la familia, ya que ella es la estructura en cuyo seno se enseña y transmite a los niños y adolescentes las creencias, ideas y valores, con el fin de desarrollar instrumentos que les permitan a los padres ajustar y desarrollar algunos de sus comportamientos y actitudes, ya sea en las primeras etapas del desarrollo del ciclo vital de la familia o dotando a los jóvenes de estrategias que hagan frente a la presión creciente del consumo de sustancias (Mendes, 1999).

Así, también en España existen diversas investigaciones en las cuales reportan datos sobre el consumo de alcohol en los adolescentes, destacando que el segmento de la población entre 16 y 24 años representa el grupo de edad con mayor número de consumidores de alcohol; entre ellos, sólo un 23.8% se declaró abstemio, frente a un 31.6% que fue clasificado como bebedor ocasional y un 44.6% bebedor habitual.

Así mismo, se menciona que el consumo de alcohol entre los adolescentes españoles es una conducta que aparece ligada a los fines de semana, en interacción con el grupo de iguales. Ha sido comprobado que, entre los adolescentes, el consumo diario de alcohol ha disminuido en los últimos años, al tiempo que aumenta este mismo consumo durante los fines de semana (Amengual, Calafat y Palmer, 1993).

A este respecto, Pons, Molpeceres y Berjano (1995), en una investigación con adolescentes españoles, reporta que los bebedores (78.4%), a las principales situaciones de consumo a las que se enfrentan son el fin de semana con los amigos (50.8%), las fiestas o salidas ocasionales (26.9%), y las celebraciones familiares (10.8%). Sólo el 2% manifiesta que bebe durante los días laborales.

Los lugares donde beben son bares (51.4%), discotecas (47.2%), fiestas especiales (45.2) y en la calle (21%). Únicamente un 15.5% manifiesta beber en alguna ocasión en su casa con la familia. Las bebidas más consumidas durante los fines de semana son la cerveza, los licores y los combinados.

Esta investigación refleja la decisiva importancia que la interacción grupal tiene sobre el consumo de bebidas alcohólicas, ya que los adolescentes realizan este consumo en las situaciones, lugares y momentos en que tienen oportunidad de encontrarse con su grupo de iguales.

Por otro lado, Catalano, Gainey, Fleming, Haggerty y Johnson (1999), en un reporte de investigación en la Universidad de Washington, Estados Unidos, mencionan que los niños que están expuestos a una convivencia con padres que abusan de diferentes drogas tienen mayor probabilidad que en un futuro ellos también hagan uso de drogas; de igual manera; presentan una conducta antisocial y de delincuencia relacionada con este problema.

Así, también hacen referencia que al poner en marcha un programa de enseñanza para los padres adictos pueden reducir los factores de riesgo y aumentar de esta forma los factores protectores relacionados con la familia y un importante decremento de la conducta antisocial de los niños.

Esto lleva a concluir que el problema de las toxicomanías no es un problema exclusivo de un país, sino por el contrario, es un problema mundial.

3.2. INCIDENCIA Y PREVALENCIA EN MÉXICO

En México, Tapia-Conyer, Medina-Mora, Sepulveda, De la Fuente y Kumate (1990), mencionan que este problema actualmente afecta significativamente a la población joven, ocupando uno de los primeros lugares de mortalidad y morbilidad.

En la Encuesta Nacional sobre Adicciones, estos autores (op. cit) retoman una investigación de 1984 en la cual se menciona que el consumo de bebidas alcohólicas, sin considerar las que no están bajo control fiscal, fue de 72 litros al año, lo cual trajo consecuencias no sólo a través de las enfermedades típicas de esta adicción, como la cirrosis hepática, sino también de otras causas de morbi-mortalidad, como actos vandálicos y accidentes de tránsito.

La Encuesta Nacional sobre Adicciones (ENA) en 1984 dividió las distintas adicciones para su estudio en tres grandes rubros: tabaco, alcohol y drogas, en cuanto a investigación de adicción al tabaco se encontró que el 37% de los pacientes con problemas de enfermedades respiratorias continuaba fumando, el 24% informó haber fumado regularmente en el pasado, y el 39% nunca haberlo hecho.

Tapia-Conyer, Medina-Mora, Sepulveda, De la Fuente y Kumate anteriormente habían realizado un estudio en 1980 (cit. en Tapia y cols., 1990) con 3408 estudiantes del Distrito Federal, el cual mostró que el 23% consumía tabaco habitualmente y el 46% en forma eventual. En el caso del consumo de bebidas alcohólicas su investigación se dividió en cuatro etapas; la primera se orientó hacia la descripción de los adictos, la segunda recopiló criterios de definición del alcohólico, del bebedor excesivo, del moderado y del abstemio.

La característica de la tercera etapa fue el trabajo con grandes poblaciones durante la década de los setenta y confirmaron las tendencias mostradas durante la segunda etapa y por último la cuarta etapa, en donde empieza la participación de México en estudios internacionales. Entre ellos se encuentra el que fue coordinado por la OMS y denominado "Respuestas de la comunidad ante los problemas relacionados con el alcohol", otro más se realizó en colaboración con el Instituto Nacional de Abuso de Alcohol y Alcoholismo de los Estados Unidos y permitió comparar los patrones de consumo de alcohol en México,

en la población mexicana que emigra hacia los Estados Unidos y la de origen mexicano nacida en ese país.

Respecto a la adicción a drogas con barbitúricos, marihuana y cocaína, los antecedentes de estudios se remontan a los años setenta, como respuesta a la extensión del consumo que se registró a finales de la década anterior, principalmente entre los jóvenes. Entre estos estudios se encuentran los realizados por Carranza y Lafarga en 1972 (citado Tapia y cols., 1990) reportando tasas de consumo de marihuana entre el 13 y 20 %.

La investigación que llevó a cabo la ENA en 1990, reporta 13005 encuestas realizadas y con base en la división original de las adicciones presentaron los siguientes resultados:

Alcohol: dividieron a la población en dos grupos de edad; de 12 a 17 años y de 18 a 65, en el grupo de los jóvenes se encontró que la prevalencia del consumo de alcohol fue de 27.6% mientras que en el segundo fue del 53.5%.

Tabaco: Distribuida la población en grupos de edad, los mayores índices de tabaquismo se encontraron entre los 18 y los 29 años con 42.4%, y entre los 30 y 39 años, con un 24.7%.

Drogas: De la población urbana en general se desprende que el 4.8% entre los 12 y 65 años ha consumido una o más drogas, lo que significa que existen 1713 000 usuarios de drogas que admiten haberlas consumido por lo menos una sola vez.

Considerando la adicción a las drogas por tipo de sustancia, la ENA registró que entre los usuarios de por lo menos una vez, la marihuana ocupa el primer lugar (3%), seguida por los inhalables (0.8%) y los tranquilizantes (0.7%); estos datos varían si se analizan por tiempo, por sexo, por edades y por frecuencias de consumo.

Aunado a estos estudios, Castro, Pérez, De la Serna y Rojas (1989), relizaron un estudio con estudiantes de nivel medio superior en una modalidad escolarizada (Colegios de Ciencias y Humanidades), del cual se reporta que de la muestra las edades oscilaban principalmente entre los 16 y 18 años, habían cursado de 6 a 12 años completos en la escuela y no trabajaban recibiendo algún sueldo durante el último año. Las cifras de prevalencia de drogas era elevada, ya que se encontró que 9 de cada 100 estudiantes reportaban haber usado marihuana alguna vez en su vida.

Del total de consumidores de marihuana, únicamente el 2% informaban hacerlo actualmente, esto indica que el patrón de uso típico de esta población es el consumo experimental. Esta misma tendencia se observó en los que utilizaban otras drogas, pues de un 14.5% de estudiantes que reportaban consumir alguna droga, el 13.2% eran usuarios leves, el 0.92% eran moderados y el 0.4% eran usuarios excesivos. Si se

consideraban al alcohol y al tabaco, el número de usuarios excesivos se elevaba en forma significativa hasta alcanzar el 5.3% del total de la población, siendo este grupo el que reportaba en forma significativa un número más alto de actos antisociales, en comparación con lo no usuarios y con los usuarios leves y moderados.

Los resultados de esta investigación sobre las consecuencias negativas del uso de la marihuana, permitió observar que la mayoría de los jóvenes usuarios estaban poco sensibilizados al respecto, ya que la mayoría de las consecuencias negativas no se manifiestan a corto plazo y la forma en como se fueron incorporando a su uso (incluyendo el alcohol y el tabaco) entraba en el estilo de vida de los jóvenes.

Esto impide que tomen conciencia de los efectos desfavorables y por el contrario sobrevaloren los aparentes "beneficios" de su uso como una vida de relación con los amigos, de diversión y de evasión a presiones medioambientales; principalmente, a los familiares a los cuales se ven sometidos actualmente los adolescentes.

De la Fuente y Mora (1987) mencionan que el abuso de drogas psicoactivas y la farmacodependencia constituyen fenómenos complejos con raíces y consecuencias biológicas, psicológicas y sociales. Sus consecuencias nocivas se muestran tanto en el individuo, cuya salud y conducta son afectadas, como en la familia y la sociedad, cuya seguridad se ve amenazada.

Los estudios acerca de la incidencia y prevalencia del abuso de sustancias adictivas en México indican que es un proceso dinámico que ha experimentado cambios, que tiende a extenderse y que afecta más a la población joven.

También mencionan que el fenómeno comprende tres elementos: a) la disponibilidad de las sustancias que alteran la conciencia, el humor y la conducta; b) los individuos que las consumen y c) el medio socioeconómico y cultural en que se presenta el fenómeno.

Por otro lado, estos autores comentan que algunas sustancias que son objeto de abuso tienen utilidad médica y otras carecen de ella; el abuso de la heroína, la cocaína, la marihuana y algunas sustancias psicotrópicas, como las anfetaminas, está estrechamente ligadas con el narcotráfico y con otras formas de delincuencia; el abuso de sustancias volátiles no es objeto de narcotráfico, pero su prevención requiere controles especiales.

Como se ha mencionado anteriormente, el uso y abuso de drogas prevalece en personas adolescentes bajo diferentes circunstancias tales como la convivencia con algún familiar adicto, el encuentro con un grupo entre iguales en reuniones o salidas ocasionales. Esto nos lleva a pensar que el punto de encuentro bien podría ser un plantel escolar, en donde

se conocen los estudiantes, conviven y se relacionan. Es por ello que se recopiló información sobre el siguiente punto.

3.3. INCIDENCIA Y PREVALENCIA EN LA POBLACIÓN ESCOLARIZADA

De la Fuente y Cols. (1987) hacen mención de un estudio llevado a cabo en 1986 en una población de estudiantes de enseñanza media superior del país en planteles escolares. Esta selección de escuelas se realizó con base en el marco muestral que utiliza la Secretaría de Educación Pública (SEP). El marco muestral incluía tanto escuelas oficiales como particulares incorporadas, así como federales y estatales existentes en las ciudades capitales de los estados de la República.

Del total de grupos registrados se obtuvo un total de 9967 estudiantes encuestados, obteniendo los siguientes resultados:

El 12% de los estudiantes reportó haber usado una o más drogas; en esta proporción se incluyeron a los adolescentes que reportaron haber consumido drogas alguna vez en su vida, excluyendo el tabaco y el alcohol. El uso en el mes previo al levantamiento de la encuesta no sobrepasó el 1% y el uso diario osciló entre el 0.1% y el 0.3%.

El consumo de marihuana obtuvo una prevalencia menor en la región sur (1.6%), en comparación con la región centro (3.1%) y la región norte (3.7%). El consumo de inhalables es similar en las tres regiones: 4.5% para la región centro, el 4.2% para la región norte y 4.1% para la región sur.

En el caso del consumo de cocaína ésta fue mayor en la región norte con un 1.3%, en comparación con el centro que tuvo 0.9% y en el sur el 0.6%.

También mostró que en México la incidencia y prevalencia mayor, excluyendo el alcohol y el tabaco, corresponde al consumo de inhalables con un 4.4%, seguido de las amfetaminas con un 3.5% y la marihuana con un 3.2%.

Los estudios realizados entre la población estudiantil muestran algunas limitaciones. En México, la población juvenil que asiste a la escuela en un nivel de enseñanza media y media superior no representa más que a una tercera parte de los jóvenes. Los más graves problemas de dependencia se dan en la población que no asiste a la escuela ni trabaja, (De la Fuente y Mora, 1987).

En una investigación realizada por Mas y Ramírez (1985) en una población de jóvenes estudiantes y no estudiantes en el Distrito Federal, con el fin de establecer diferencias entre ellos en cuanto a la detección de los hábitos del consumo de drogas y alcohol, se

seleccionó al azar una submuestra de 43 estudiantes semejantes en edad y sexo y otra de 43 que no eran estudiantes y que habitaban la misma zona.

Los resultados que arrojaron esta investigación fueron los siguientes:

Las características del consumo de alcohol en ambos grupos indican que los jóvenes que asisten a la escuela cumplen con los patrones de bebedores sociales, pues el mayor porcentaje cae en la categoría de una vez al mes el 28%, en la noche el 26 %, en fiestas o reuniones 30 % y con los amigos 23%; por el contrario los jóvenes que no asisten a la escuela se encontró que el mayor porcentaje de frecuencia en la categoría de consumo de alcohol cada 15 días con el 21%, en la noche el 34% en fiestas o reuniones el 38% y con los amigos el 51%.

En cuanto al consumo de drogas asociado al alcohol, se observó que se seguían manteniendo el mismo patrón de consumo bajo entre los jóvenes estudiantes, que solo hay un 16% de fumadores y un 2% de uso de disolventes (una persona).

Por el contrario, entre los jóvenes que no asisten a la escuela, se encontraron algunos resultados alarmantes, ya que además del consumo de alcohol el 49% fuma y existe un consumo importante de marihuana e inhalantes.

Esta investigación arrojó resultados de manera muy general en cuanto a confirmar que los jóvenes no estudiantes ingieren alcohol y consumen drogas con mucha mayor frecuencia y peligrosidad que los escolares, aunque resulta realmente alarmante, por otro lado, que ambas muestras consideren normal consumir alcohol y drogas, tanto ellos mismos como sus familiares, (Mas y Ramírez, 1985).

Castro en 1990, recopila datos epidemiológicos de 11 estudios realizados en muestras representativas de estudiantes, nueve a nivel de la ciudad de México y la zona metropolitana y dos a nivel nacional. Presenta una escala de riesgo al igual que la propuesta de De la Fuente y cols. (1987), constituida por 33 indicadores que se distribuyen en las fuentes de variación que propone el modelo (medio ambiente-agente-huésped) en:

- 1.-Medio ambiente social y familiar de donde proviene el joven
- 2.-Características demográficas y psicosociales del estudiante
- 3.-Consumo de drogas.

Estos tres factores determinan la magnitud del riesgo de que un estudiante se involucre en el consumo problemático de drogas.

Los indicadores de posibles circunstancias o situaciones relacionadas al consumo de drogas son: padres con baja escolaridad; problemas asociados al uso de drogas (actos antisociales, pérdida de manejo de la realidad) inconformidad social y disponibilidad de dinero (Castro, 1990).

De 1992 a 1994, el Consejo Nacional contra las Adicciones reporta tendencias al aumento en el consumo de drogas entre los estudiantes mexicanos de enseñanza media y media superior, similares a las observadas entre los estudiantes norteamericanos. Esto se atribuye a que los jóvenes tienden a imitar algunas costumbres y estilos de vida norteamericanos.

La Encuesta Nacional de Adicciones de 1993 (Tapia y cols. 1993) reporta que el 3.4% de los jóvenes de entre los 19 y 25 años consumen alcohol de 1 a 4 veces por semana, mientras que sólo el 1.2% de los adolescentes de 12 a 18 años reportan este patrón de consumo. El 5.4% reportan embriaguez de dos a seis veces al año, mientras que sólo el 1.4% de los adolescentes medios la reportan.

En cuanto al consumo de otras drogas, los jóvenes de 19 a 25 años se caracterizan por presentar también mayores cifras de prevalencia, ya que el 30.8% de estos jóvenes reportaron algún consumo de drogas ilegales, en contraste con el 12.4% de los jóvenes de 12 a 18 años.

El consumo de cocaína es de 46.9% entre la población de entre los 19 y 25 años, en comparación con el 9.8% de los jóvenes de entre los 12 y 18 años.

Castro 1986 (citada en Castro, 1994) encontró una prevalencia general de consumo de drogas del 22% entre la población universitaria y del 12% entre la población de secundaria y preparatoria.

Cruz (2000) informa que los centros de Integración Juvenil (CIJ) apunta que 87% de pacientes atendidos en estas unidades en los últimos diez años, reportaron haber iniciado el uso de drogas entre los 10 y los 18 años de edad.

La jefa de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del Instituto Mexicano de Psiquiatría (op. cit.) considera que el principal obstáculo a vencer en materia de prevención es la disponibilidad de las drogas a la que están expuestos principalmente los jóvenes. Argumentando además que este problema se ha agudizado en los últimos años debido a la falta de control de narcotráfico.

De acuerdo con información de los Centros de Integración Juvenil (CIJ) y la Encuesta Nacional de Adicciones 1998, México está entre los 18 países con mayores niveles de consumo de drogas, ocupando la marihuana el lugar 14 y la cocaína está en el 10.

Además Cruz menciona que entre 1993 y 1998 se levantaron diversas encuestas nacionales, en donde el número de usuarios que consumen drogas ilícitas, por lo menos algunas vez en su vida, paso de 1.5 millones a 2.5 millones. En 1998, poco más de cinco de cada 100 personas entre 12 y 65 años de edad estuvieron en esta situación.

Las estadísticas señalan que el grupo más afectado es el de los hombres entre 18 y 34 años de edad, pues constituyen 15.61% del total de la muestra (cerca de 1.3 millones de usuarios). Entre los menores de 18 años, el porcentaje se ubicó en 3.57%. Por otro lado, Cruz (ibid.) refiere que a nivel nacional, la incidencia y prevalencia de consumo de drogas ilícitas fue de 5.27%; sin embargo, en ciudades como Tijuana llega a 14.73%; en Ciudad Juárez, 9.23%; en Guadalajara, 7.5% y en la Ciudad de México, 7.28%.

En las investigaciones previamente revisadas se resalta la aplicación de innumerables encuestas en donde se muestra que la mayoría de los encuestados han tenido contacto con la droga por lo menos una vez en su vida, hay mayor porcentaje de hombres usuarios que de mujeres, que es menor el índice de personas usuarios de drogas que asisten a un centro educativo que los que no lo hacen.

A lo largo del presente trabajo se expuso la problemática que abarca el uso y abuso de drogas que daña principalmente a la persona que las consume, así como a la familia, amigos y su medio ambiente, como lo menciona Sánchez Sosa (1995), la prevención del problema incluye una evaluación de los componentes protectores y no únicamente engloba el proporcionar información en las diferentes instituciones, situación que no ha solucionado el problema, sino por el contrario va en aumento y por otro lado investigaciones han pasado por alto a la población que estudian en una modalidad abierta, pero ¿qué es lo que sucede con estudiantes de nivel medio superior que se encuentran inscritos en esta modalidad?, ¿prevalece el patrón de uso u abuso de drogas que en un sistema escolarizado? ¿Será que ha mayor tiempo libre mayor índice de consumo de drogas?, ¿La falta de disciplina para terminar en el lapso establecido tendrá relación con el contacto con drogas? . Son cuestionamientos que no se le ha encontrado respuesta, es por ello que este estudio tiene como objetivo:

Determinar el patrón de uso y abuso de drogas así como los factores de riesgo con los que se relaciona, en estudiantes de Preparatoria Abierta en el Distrito Federal.

Determinar cuál es la droga con mayor índice de consumo entre los estudiantes de Preparatoria Abierta.

Determinar la edad y sexo con mayor índice de consumo de droga entre los estudiantes de Preparatoria Abierta.

CAPÍTULO 4

MÉTODO

4.1. SUJETOS

Participaron en el estudio 1823 estudiantes de Preparatoria Abierta que asisten a asesoría académica en los tres Centros de Servicio de la Dirección General del Bachillerato así como a los que asisten a cinco Centros de Asesoría de carácter particular y dos de carácter social.

El porcentaje de hombres encuestados fue del 52.2%, mientras que de las mujeres fue del 47.8%. La edad esta en el rango de 17 a 25 años con los rangos de menores de 18 años (16.5%) el de 18 años (19.6%), de 20 a 25 años (47.9%), más de 25 años (15.5%), el .4% no contestó. El 83.4% eran solteros, el 10.3% casados, el 3.0 % viven en unión libre, el 2.5% son divorciados, el 0.3% son viudos y el 0.5% no contestó. El 52.7% reporta trabajar, el 37.1% reporta que no trabaja y el 10.3% no contestó. De los que trabajan, el 6.5% reporta hacerlo menos de 4 hrs. al día, el 9.3% más de 4 hrs. el 28.5% 8 hrs., y más de 8 hrs. el 14.3%, el 41.5% no contesto. El 19.9% es empleado de empresas particulares, el 9.8% se dedica al comercio, el 6.7 es ayudante en algún oficio y el 7.5% reporta ser empleado federal. En cuanto a el tiempo que tienen inscritos en Preparatoria Abierta va de menos de un año el 59.9%, un año 11.2%, de uno a dos años 13.1% más de dos años 13.7% y un 2.1% que no contesto. El 32.6% reporta no haber acreditado ninguna asignatura en este subsistema, y más de 9 asignaturas sólo el 31.6%, el resto de la población fluctúa entre la acreditación de una y nueve asignaturas. De la percepción monetaria que obtienen el 36.8% reporta que apoya a su familia y parte para gastos personales, el 13.7% lo utiliza en uso personal y el 43.3 no contesto. El 53.5% vive con ambos padres, el 20% con la madre y el resto de la muestra se reparte entre el padre, parientes, amigos, solo y otros. Los datos arrojan que el 30.8% de la muestra ocupa el primer lugar dentro de la familia, el 43.9 % el segundo o tercer lugar y el 24.2% del cuarto en adelante (ver tabla 2).

4.2. INSTRUMENTO

El Inventario de Riesgo Protección para Adultos-Jóvenes (IRPAJ) se adaptó del Inventario de Riesgo Protección para Adolescentes (IRPA) credo por el Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos. A.C. para dirigirlo a estudiantes de la modalidad

abierta, ya que debido a las características mismas de la población y el tamaño de la muestra no se podía trabajar con preguntas abiertas, así que se debió cerrar las preguntas quedando las respuestas en opción múltiple. Debido a esta situación se diseñó una hoja de respuesta para ser leída con lector óptico, esta lectura se pasa a una base de datos, la cual permite obtener perfiles de riesgo (anexo 1)

El Inventario está constituido por 10 secciones:

- 1.- Introducción
- 2.- Instrucciones
- 3.- Información Sociodemográfica
- 4.- Estado general de salud
- 5.- Uso y Abuso de Drogas, Alcohol y Tabaco
- 6.- Sexualidad
- 7.- Actos antisociales
- 8.- Hábitos (Conductas compulsivas)
- 9.- Eventos negativos de la vida
- 10.-Escala de Deseabilidad Social

4.3. DISEÑO

El diseño de este estudio es *expost-facto* exploratorio, transversal, no aleatorio.

Fase 1

Se estructuró una presentación para los asesores que laboran en los Centros de Servicio de Preparatoria Abierta y para los Responsables de los Centros de Asesoría con el objeto de que conocieran el instrumento, en que consistía, que información se pretendía obtener así como las condiciones en las que se debía de aplicar.

Estas condiciones eran las siguientes:

1. Se le asignó a cada asesor 20 instrumentos y 40 hojas de respuesta
2. El asesor una vez que llegaba un estudiante a asesoría académica le preguntaba su edad y si entraba dentro del rango de 17 a 25 años se le entregaba el instrumento con una hoja de respuesta proporcionándole las siguientes instrucciones: "Este instrumento es de absoluta confidencialidad, los datos aquí obtenidos no se le proporcionarán a ninguna persona ajena a este proyecto. Se contesta con lápiz del 2 o 2 ½ , por favor no utilices bolígrafo, si tienes alguna duda, por favor consulta antes de contestar, no te preocupes por el tiempo que te tardes"

3. Una vez contestados los cuestionarios se entregaron al coordinador del proyecto y este le proporcionó otra cantidad similar a la anteriormente entregada.

Fase II

Una vez recopilada las hojas de respuesta se le entregaron al Departamento de Informática de la Dirección General del Bachillerato-SEP el cual se encargó de llevar a cabo la lectura óptica, estos archivos fueron proporcionados al coordinador del proyecto para un análisis de resultados.

CAPÍTULO 5

RESULTADOS

A partir de la recopilación de datos se llevó a cabo su análisis con el programa SPSS versión 10 para Windows, se presentaran los resultados agrupados de la siguiente manera:

- Descripción del Estado General de Salud
- Descripción del Uso o Abuso de Drogas
- Características de la Educación Sexual en los encuestados
- Reporte de Actos Antisociales
- Descripción de Hábitos (conductas compulsivas)
- Descripción de Eventos Negativos

5.1. DESCRIPCIÓN DEL ESTADO GENERAL DE SALUD

Los datos reportados en cuanto a las visitas realizadas al médico en los últimos doce meses el 29.8% de la muestra reporta no haber realizado ninguna en ese lapso, el 26.5% una sola vez, el 20.7% dos veces y el 21.4% más de dos veces. Las ocasiones que se han enfermado en los últimos doce meses, el 31.6% una sola vez, el 25.2% dos veces en ese lapso, el 20.6% más de dos ocasiones y el 21.3% reporta no haberse enfermado. El 83.4% reporta no haber sufrido ninguna enfermedad importante en el lapso de un año. Con relación al servicio médico que se utiliza el 59 % reporta tener un servicio particular y el 39.5% de gobierno. En cuanto a las comidas que realizan diariamente el 3.9% reporta realizar únicamente una comida, mientras que el 31.3% realizan dos comidas, y el 55.3% tres comidas diarias y el 8.7% hasta cuatro comidas. El 44.9% reporta tener una alimentación balanceada. El 83.6% reporta no haber perdido peso en los últimos treinta días y el 82.3% reporta no haber aumentado de peso en los últimos treinta días.

Las Enfermedades del Aparato Respiratorio tales como gripes, catarros, pulmonías, etc. el 48.9% de los encuestados reporta haberlas padecido una vez en los últimos doce meses, el 26.2% dos veces en ese lapso y más de dos veces el 16.5%.

Las Enfermedades del Aparato Digestivo tales como diarreas, lombrices, etc. el 48.3% de la muestra reporta una vez haberlas padecido en el periodo de un año, el 13.7% dos veces y el 8.3% más de dos veces.

El 32.8% del total de la muestra reporta haber sufrido de alguna enfermedad del Sistema Nervioso (tics, vértigo, insomnio, zumbidos en el oído) una vez en los últimos 12 meses, el 7.6% dos veces, el 16.5% más de dos veces y el 43.1% no contestó.

Las Enfermedades del Sistema Cardiovascular (dolor en el pecho, falta de aire, entumecimiento, etc) el 27.9% menciona que lo ha padecido una vez en el último año, el 6.1% dos veces, más de dos veces el 7.5% y el 58.5% no contestó.

El 21.9% del total de la muestra reporta haber padecido una vez en los últimos doce meses de enfermedades del aparato reproductor, el 3.3% dos veces, el 2.6% más de dos veces y el 72.2% no contestó.

Los Traumatismos tales como caídas, accidentes golpes, heridas, etc. se reporta que el 52.1% no contestó, y el 28.3% lo ha padecido una sola vez en el último año, el 9.5% dos veces y el 10.1% más de dos veces.

Se puede observar que el 32.1% de la muestra ha sufrido una vez en el último año de alteraciones en la piel, el 17.4% más de dos veces y el 42.9 % no contestó.

5.2. DESCRIPCIÓN DEL USO O ABUSO DE DROGAS

Del total de los encuestados se reporta que el 22.9% nunca ha fumado tabaco en su vida, el 24.3% lo ha fumado 1 o 2 veces, el 51% más de tres veces, mientras que el 1.2% no contestó. En los últimos treinta días el 47.8% no ha fumado tabaco, el 18.8% sí, de 1 a 5 veces y el 20.8% más de veinte veces.

En cuanto al consumo de alcohol, el 30.9% reporta haberlo ingerido alguna vez en su vida 1 o 2 veces, el 53.8% más de 3 veces y en los últimos treinta días el 37.8 % reporta haberlo ingerido 1 a 5 veces y el 51.8% no lo ha consumido.

El 78.3% reporta nunca haber fumado marihuana en su vida, el 11.9% haberla probado 1 o 2 veces y el 5.9% más de tres veces, en los últimos treinta días el 92.8% reporta no haberla fumado, el 2.2% 1 a 5 veces, el 1.5% de 6 a 19 veces y el 1.2% más de 20 veces.

Referente al consumo de anfetaminas el 81.5% de los encuestados reporta nunca haberlas ingerido, el 10.8% de 1 a 2 veces y el 3.9% más de tres veces, en los últimos treinta días el 90.6% reporta no haberlas consumido, el 3.3% de 1 a 5 veces y el 2.1% de 6 a 19 veces.

En cuanto al uso de inhalantes, el 89.2% reporta nunca haberlos usado, el 5.3% 1 o 2 veces y el 1.6% más de tres veces, en los últimos treinta días el 94.6% reporta no haber aspirado inhalantes mientras que el 1.6% lo realizó de 1 a 5 veces.

El 84.5% de la muestra reporta nunca haber tomado tranquilizantes en su vida, el 10.6% 1 o 2 veces y el 2.7% más de tres veces, en cuanto al consumo en los últimos treinta días el 93.8% reporta no haberlas ingerido y el 3.5% de 1 a 5 veces.

El consumo de sedantes se reporta de la siguiente manera: el 91.1% nunca los ha tomado en su vida, el 5.8% 1 o 2 veces y el 1.3% más de tres veces. Respecto a su consumo en el último mes, se reporta que el 95.9% no las ha consumido y el 1.3% de 1 a 5 veces.

La muestra reporta que el 82.3% nunca ha aspirado o tomado cocaína, el 8.5% de 1 a 5 veces y el 6.8% más de tres veces, con referencia a su consumo en los últimos treinta días el 94.4% reporta no haberla consumido, mientras que el 2.6% si la ha consumido de 1 a 5 veces, el 1% de 6 a 19 veces y el 0.4% más de veinte veces.

El 96.5% reporta que nunca se inyectado heroína, mientras que el 1.1% lo ha hecho 1 o 2 veces y el 1.2% más de tres veces. En los últimos treinta días el 96.5% reporta no haberse inyectado, el 0.4% de 1 a 5 veces, el 0.5% de 6 a 19 veces y el 0.5% más de 20 veces.

El 95.5% de la muestra reporta nunca haber consumido opiáceos, el 2.2% 1 o 2 veces en su vida y el 0.8% más de 3 ocasiones. En los últimos treinta días el 95.4% reporta no haberlos consumido, el 0.8% de 1 a 5 veces, el 0.3% de 6 a 19 veces y el 0.4% más de 20 veces.

El consumo de alucinógenos alguna vez en la vida se reporta de la siguiente manera, el 92.2% nunca los ha consumido, el 3.7% 1 o 2 veces y el 2.9% más de tres veces, y en el último mes el 95.2% reporta no haberlos consumido, mientras que el 1.6% los ha consumido de 1 a 5 veces, el 0.5% de 6 a 19 veces y el 0.4% más de 20 veces.

El consumo de otro tipo de droga se reporta que el 76.2% de la muestra nunca lo ha consumidos, mientras que el 12.8% si ha consumido de 1 a 2 veces y el 9.3% más de tres veces. En cuanto a su consumo en los últimos treinta días el 91.8% no las ha consumido, el 3.1% de 1 a 5 veces y el 1.2% de 6 a 19 veces.

El conocimiento de los encuestados de que algunos de sus amigos consuman drogas va de 40.6% para uno o dos de sus amigos, el 8.9% de dos a tres compañeros y el 16.6% para más de tres.

En cuanto al conocimiento de que alguno de sus familiares tengan problemas por su forma de beber el 10.1% reporta que el padre, el 1.4% la madre, el 5.9% los hermanos y el 64.6% reporta que ningún miembro de su familia.

El consumo de droga entre miembros de su familia se reporta de la siguiente manera: para el consumo de marihuana se reporta que el padre el 1.5%, la madre el 1.3%, los

hermanos el 2.3%, otros familiares el 4.5%. cocaína, el padre el 0.7%, la madre el 0.4% los hermanos el 1.6% y otros familiares el 3.7%, los tranquilizantes, el padre el 1%, la madre el 2.1%, los hermanos el 1% y otros el 1.3%, sedantes, el padre el 0.7%, la madre el 1.3%, los hermanos el 0.4%, otros el 0.8%, otras drogas, el padre el 2.2%, la madre 0.9%, los hermanos el 1.2% y otros familiares el 4.2%.

Respecto a la abstinencia en el consumo de droga por parte de miembros de la familia, el 80.4% reporta que su padre no utiliza ningún tipo de drogas, respecto a su madre el 74.4%, los hermanos el 73.4% y otros familiares el 64.8%.

La edad en que prueban por primera vez la droga, va que el 5% tenían menos de 14 años, el 6.2% entre 14 y 15 años, el 11.1% entre los 15 y 18 años, el 6.5% más de 18 años y el 71.2% no contestó.

El 36.5% reporta que fuma hasta 11 cigarrillos diariamente, el 7.8% más de 11 cigarrillos y el 55.7% no contestó.

En cuanto al número de copas que beben en alguna ocasión el 36.7% reporta ingerir menos de cuatro copas, el 13.9% ingiere cuatro copas, el 25.6% más de cuatro copas y el 23.8% no contestó

5.3. CARACTERÍSTICAS DE LA EDUCACIÓN SEXUAL EN LOS ENCUESTADOS

Los datos obtenidos en este rubro son los siguientes: el 92.5% reporta haber recibido información sexual alguna vez en su vida, el 4.6% no haber recibido ningún tipo de información y el 2.9% no contestó. La principal persona que proporcionó información fueron los maestros de la escuela (25.9%), seguidos por algún profesionista (25%), por ambos padres 15.1%, el 11.4% por la madre, el 10.8% por otras personas, el 3.5% por el padre, el 2.8% por parientes y el 5.5% no contestó.

Los temas que se les han informado principalmente han sido sobre relaciones sexuales, anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual, relaciones interpersonales con el sexo opuesto, sentimientos y escala de valores con un 62.5%.

El 28.9% de la muestra reportó que nunca había tenido relaciones sexuales, el 28.9% alguna vez en su vida, el 24.1% en el último mes, el 10.8% en los últimos seis meses y el 15% en el último año.

El 38.8% nunca ha usado anticonceptivos, el 23.6% alguna vez en su vida, el 13.2% en el último mes y el 10.4% en el último año.

El principal tipo de anticonceptivo que han usado es el preservativo o condón (45.5%) seguidos por las pastillas anticonceptivas (6.9%), algún aparato intrauterino (4.7%) y otros métodos el 3%.

El 26.1% reporta no usar anticonceptivos por no haber tenido nunca relaciones sexuales, el 4.4% porque no los considera necesarios, el 2.4% porque su pareja no quiere que los use, el 9.7% por otros motivos y el 54.4% no contestó.

El 45.6% reporta haber tenido su primera relación sexual después de los 15 años, el 11.8% 15 años y el 11.5% menos de 15 años, el 31% no contestó. Con relación al número de parejas sexuales el 29.9% reporta que con una sola pareja, el 38% con más de una y el 32.1% no contestó.

5.4. REPORTE DE ACTOS ANTISOCIALES

Los datos que ha continuación se describen pertenecen al rubro de actos antisociales que suelen ocurrir durante la juventud, en cuanto a haber tomado un auto sin permiso del dueño, el 79.8% reporta nunca haberlo realizado, mientras que el 9.9% de la muestra lo ha realizado una vez y el 6.1% en más de una ocasión.

Golpear o dañar algo que no les pertenece, el 72.5% reporta nunca haberlo hecho, el 16.3% una vez, y el 6.6% en más de una ocasión.

En lo referente a vender marihuana o algún otro tipo de droga, el 90.6% reporta nunca haberlo hecho, el 2.6% una vez y el 2.5% más de una vez.

En la pregunta de que si han tomado cosas que no les pertenecen, con valor de \$10,000 o menos, el 86.3% reporta nunca haberlo hecho, el 7.4% haberlo realizado una vez y el 4.1% en más de una ocasión.

Mientras que para tomar cosas con un valor de más de \$10,000, el 93.3% reporta nunca haberlo efectuado, el 3.2% una vez y el 1.5% en más de una oportunidad.

El 78.1% reporta nunca haber herido o golpeado a propósito a una persona, el 11.5% en una ocasión y el 8.2% en más de vez.

El haber forzado cerraduras para entrar a cualquier lugar que no fuese su casa, el 91.2% reporta nunca haberlo realizado, el 4.9% en solo una ocasión y el 1.4% en más de una oportunidad.

El 93.6% informa que nunca ha vendido marihuana o hashis, el 2.1% una sola vez y el 1.6% en más de una ocasión.

Las riñas en las que se ha participado en alguna ocasión la reporta el 19.7%, el 13.9% en más de una ocasión y el 63.9% ninguna vez ha participado en algún evento de esta naturaleza.

5.5. DESCRIPCIÓN DE HÁBITOS (CONDUCTAS COMPULSIVAS)

Cuando se esta en compañía de los amigos viendo televisión, o pasando el rato en casa, el 42.8% prefiere acompañar estas actividades comiendo golosinas, botanas o refrescos y el 55.1% prefiere concentrarse en las actividades que esta realizando.

Al dormir una siesta, el 20.3% decide seguir durmiendo toda la tarde aunque tenga cosas por hacer, mientras que el 74.8% solo duerme el tiempo que se propuso.

En cuanto a los juegos computarizados el 70.4% es capaz de suspender el juego para realizar otra actividad, mientras que el 14.6% le es difícil interrumpir el juego y ser capaz de resistir largas jornadas.

El 70.6% reporta que incluye en su rutina de actividades asistir a la semana a dos o menos noches de recreación (fiestas o reuniones con los amigos) y el 10.4% asiste a tres o más noches de recreación.

El 25.2% puede pasar una larga jornada meditando, mientras que el 62.9% prefiere dedicar a esta actividad tan solo dos horas o menos..

5.6. DESCRIPCIÓN DE EVENTOS NEGATIVOS

A lo largo de la vida pueden ocurrir eventos o sucesos que implican experiencias dolorosas o cambios importantes. El presentar asignaturas sin acreditar es un evento importante y el 27.2% reporta no haber acreditado en los últimos doce meses y el 26.1% en el último mes.

El cambio de casa, el 16.7% lo ha realizado en el último año, mientras que el 7.0% en el último mes, el 76.3% no contestó.

El 25.3% reporta haber realizado en el último año el cambio de un sistema escolarizado a un abierto, el 12.4% en el último mes, mientras que el 62.3% no contestó.

Al cometer alguna anomalía en el sistema abierto se hace acreedor de una suspensión del servicio, esto le ha ocurrido en el último año al 6.5%, y al 3.0% en el último mes, el 90.5% no contestó.

El 16.2% reporta haber tenido fuertes discusiones con sus padres en los últimos doce meses, el 12.0% en el último mes y el 71.9% no contestó.

Las fuertes discusiones con hermanos han ocurrido con el 13.9% en el último año, el 10.8% en el último mes y el 75.3% no contestó.

El 6.9% reporta la separación o divorcio de sus padres en el último año, el 2.9% en el último mes y el 90.2% no contestó.

El rompimiento de noviazgo ha ocurrido al 23.4% en el último año, el 10.7% en el último mes y el 65.9% no contestó. En cuanto al rompimiento de una amistad importante el 18.2% reporta que ha sido en el último año, el 10.0% en el último mes y el 71.8% no contestó.

El 10.8% reporta haber sufrido de alguna enfermedad grave en el último año, el 3.2% en el último mes y el 86.0% no contestó.

El intento de quitarse la vida ha ocurrido con el 7.7% en los últimos doce meses, el 2.5% en el último mes y el 89.9% no contestó.

El 22.0% reporta la muerte de alguna persona muy cercana en los últimos doce meses, el 6.0% en el último mes y el 72.0% no contestó.

Las fuertes discusiones con asesores ha ocurrido con el 5.5% en los últimos doce meses, el 2.8% en el último mes y el 91.7% no contestó.

Las dificultades con amigos ha sucedido con el 9.2% en el último año, el 7.8% en el último mes y el 83.0% no contestó.

El 7.7% reporta haber tenido problemas con la policía o autoridades en los últimos doce meses, el 23.3% en el último mes y el 88.9% no contestó.

El 7.0% reporta haber tenido un embarazo en los últimos doce meses, el 2.0% en el último mes y el 91.0% no contestó.

El 5.2% de los encuestados reporta haber tenido un aborto en el último año, el 1.9% en el último mes y el 92.9% no contestó.

El 13.2% reporta haber tenido en los últimos doce meses una experiencia sexual angustiante, el 5.9% el último mes y el 80.9% no contestó.

El 21.3% reporta que en los últimos doce meses tuvo un familiar cercano enfermo de gravedad, en el último mes el 10.9% y los que no contestaron fueron el 67.8%.

El haber tenido una experiencia desagradable por el uso de drogas en los últimos doce meses lo reporta el 6.4%, en el último mes el 2.5% y los que no contestaron fueron el 91.1%.

El 14.2% reporta haber tenido una experiencia desagradable por el uso de alcohol en los últimos doce meses y el 5.8% en el último mes y el 80.0% no contestó.

El 21.4% informa que ha presentado asignaturas sin acreditar en los últimos doce meses, el 10.4% en el último mes y el 68.2% no contestó.

Para llevar a cabo la descripción más detallada de los datos obtenidos se agruparan las preguntas del instrumento en tres grandes rubros:

- Uso de drogas y Conducta Antisocial
 - ☞ Subcultura adolescente
 - ☞ Subcultura de la droga
 - ☞ Subcultura delictiva
 - ☞ Drogas médicas
 - ☞ Cocaína
 - ☞ Inhalantes y Actos antisociales
 - ☞ Disponibilidad
 - ☞ Drogas no especificadas
 - ☞ Pandillerismo
 - ☞ Contacto con usuarios
- Eventos Negativos de la Vida
 - ☞ Sexualidad negativa
 - ☞ Dificultades interpersonales
 - ☞ Dificultades con drogas
 - ☞ Cambios escolares y de casa
 - ☞ Rompimiento afectivo
 - ☞ Dificultades con la familia
- Estilo de Vida
 - ☞ Sexualidad activa
 - ☞ Enfermedades comunes
 - ☞ Inicio de la vida sexual
 - ☞ Comida chatarra
 - ☞ Salud
 - ☞ Tiempo libre
 - ☞ Enfermedades de transmisión sexual
 - ☞ Embarazo precoz
 - ☞ Relaciones afectivas
 - ☞ Trabajo

Esta agrupación se llevó a cabo atendiendo a los factores de riesgo/protección retomado de Llanes (2000) (ver tabla 3).

Para llevar un análisis de estas variables los puntajes obtenidos se clasificaron en 3 rangos, los puntajes más bajos representarán la población que se ubique en bajo riesgo, los puntajes medios en población de mediano riesgo y los puntajes altos en la población de alto riesgo.

Una vez que se hayan obtenido la puntuación más baja de cada una de las variables y la más alta, se contabilizarán los puntos intermedios se dividirán entre tres y se clasificarán, se redondearán los puntajes, esto es si se obtiene del punto cinco (0.5) subirá al número inmediato superior, si es menor del punto cinco (0.5) baja al número inmediato inferior.

Variable: Subcultura adolescente

Media: 10.60

Desviación estándar: 3.03

Puntuación más baja que se puede alcanzar: 6

Puntuación más alta que se puede alcanzar: 21

Para el caso de la variable de la Subcultura adolescente los rangos se dividen en:

Rangos de Puntaje	Población en riesgo
6-10	Bajo riesgo
11-15	Mediano riesgo
16-21	Alto riesgo

Haciendo un análisis se obtuvo que el 48.8% (889 sujetos) de la población se encuentra en bajo riesgo, el 39.4% (718 sujetos) en mediano riesgo y el 4.4% (82 sujetos) se ubica en alto riesgo, de acuerdo al promedio obtenido podemos observar que la mayoría de la población se encuentra en bajo riesgo (ver figura 2)

Variable: Subcultura de la droga

Media: 13.07

Desviación estándar: 2.49

Puntuación más baja que se puede alcanzar: 10

Puntuación más alta que se puede alcanzar: 43

Para el caso de la variable de la Subcultura de la droga los rangos se dividen en:

Rangos de Puntaje	Población en riesgo
10-20	Bajo riesgo
21-31	Mediano riesgo
32-43	Alto riesgo

El 89.5% (1629 individuos) de la población se encuentra en bajo riesgo, el 2% (33 individuos) en mediano riesgo y el 0.3% (4 individuos) en alto riesgo, el 8.6% (157 individuos) no contestó. Es importante resaltar que no hubo ningún sujeto que alcanzara el puntaje más alto. En cuanto al promedio que es del 13.07 se encuentra en la población de bajo riesgo.

Estos porcentajes indican que la mayoría de la población esta protegida en cuanto al uso y abuso de sedantes, cocaína, heroína y/o alucinógenos y las acciones que pudieran estar relacionadas con este consumo como el forzar cerraduras que no sean de su casa o venta de drogas (ver figura 3)

Variable: Subcultura delictiva

Media: 7.20

Desviación estándar: 1.82

Puntuación más baja que se puede alcanzar: 6

Puntuación más alta que se puede alcanzar: 18

Rangos de Puntaje	Población en riesgo
6-9	Bajo riesgo
10-13	Mediano riesgo
14-18	Alto riesgo

En esta variable se puede observar en la figura 3 que el 81.4% (1485 estudiantes) de la población se ubica en bajo riesgo, el 10.2% (187 estudiantes) en mediano riesgo y el 0.9% (16 estudiantes) en alto riesgo, obteniendo que el promedio de la población se encuentra en bajo riesgo.

Analizando esta variable podemos observar que la población esta protegida en cuanto a acciones que podrían estar relacionadas con la venta de drogas, tomar automóviles sin permiso del dueño, tomar parte en riñas, forzar cerraduras y/o golpear o herir a personas (ver grafica 4).

Variable: Drogas Médicas

Media: 6.74

Desviación estándar: 1.70

Puntuación más baja que se puede alcanzar: 6

Puntuación más alta que se puede alcanzar: 27

Rangos de Puntaje	Población en riesgo
6-12	Bajo riesgo
13-19	Mediano riesgo
20-27	Alto riesgo

En cuanto al uso de anfetaminas, tranquilizantes y sedantes, el promedio de la población se encuentra en bajo riesgo, siendo el 93.9% (1712 sujetos) , el 1.7% (28 sujetos) de la población se encuentra en mediano riesgo y el 0.3% (3 sujetos) en alto riesgo (ver figura 5).

Variable: Cocaína

Media: 2.28

Desviación estándar: .73

Puntuación más baja que se puede alcanzar: 2

Puntuación más alta que se puede alcanzar: 7

Rangos de Puntaje	Población en riesgo
2-3	Bajo riesgo
4-5	Mediano riesgo
6-7	Alto riesgo

En cuanto al uso de cocaína el 88.9% (1620 estudiantes) de la población esta en bajo riesgo, el 7.1% (131 estudiantes) en mediano riesgo y el 0.8% (14 estudiantes) en alto riesgo. Esto quiere decir que existe un alto porcentaje de la población que no ha consumido cocaína en su vida, pero una pequeña parte de la población si la consume y otra mínima es adicto (ver figura 6).

Variable: Inhalantes y Actos Antisociales

Media: 4.41

Desviación estándar: 3.66

Puntuación más baja que se puede alcanzar: 4

Puntuación más alta que se puede alcanzar: 15

Rangos de Puntaje	Población en riesgo
4-7	Bajo riesgo
8-11	Mediano riesgo
12-15	Alto riesgo

En esta variable se obtuvieron los siguientes resultados: el 92.5% (1686 sujetos) de la población se encuentra en bajo riesgo, el 2.1% (38 sujetos) en mediano riesgo y el 0.4% (47 sujetos) en bajo riesgo. Esto quiere decir que el promedio de la población no hace uso de inhalantes y no ha cometido robos menores ni mayores de 10,000 pesos (ver figura 7).

Variable: Disponibilidad

Media: 8.12

Desviación estándar: 3.66

Puntuación más baja que se puede alcanzar: 6

Puntuación más alta que se puede alcanzar: 30

Rangos de Puntaje	Población en riesgo
6-13	Bajo riesgo
14-21	Mediano riesgo
22-30	Alto riesgo

ESTA TESIS NO
DE LA BIBLIOTECA

Los datos que se pueden observar en cuanto a disponibilidad de droga, el 45.4% (862 sujetos) de la población esta en bajo riesgo, el 2.6% (45 sujetos) en mediano riesgo y el 1.2% (20 sujetos) en alto riesgo (ver figura 8).

Variable: Drogas no especificadas

Media: 2.39

Desviación estándar: .87

Puntuación más baja que se puede alcanzar: 2

Puntuación más alta que se puede alcanzar: 7

Rangos de Puntaje	Población en riesgo
2-3	Bajo riesgo
4-5	Mediano riesgo
6-7	Alto riesgo

En cuanto al uso de otras drogas que no estaban dentro del grupo que planteaba el instrumento, el 86.1% de la población (1570 sujetos) se encuentra en bajo riesgo, el 8.7% (159 sujetos) en mediano riesgo y el 1.7% (31 sujetos) en alto riesgo.

Esto es un buen indicativo que el promedio de la población está protegido en cuanto al uso de otras sustancias adictivas (ver figura 9).

Variable: Pandillerismo

Media: 2.53

Desviación estándar: .90

Puntuación más baja que se puede alcanzar: 2

Puntuación más alta que se puede alcanzar: 6

Rangos de Puntaje	Población en riesgo
2-3	Bajo riesgo
4-5	Mediano riesgo
6	Alto riesgo

Esta variable considera los aspectos de tomar un auto sin permiso del dueño, golpear o dañar algo y el análisis de datos arroja que el 89.4% (1470 individuos) se ubica en bajo riesgo, esto quiere decir que el promedio de la población no ha realizado ninguna de estas acciones, el 12.5% (229 sujetos) se encuentra en mediano riesgo y el 1.7% (31 sujetos) en alto riesgo (ver figura 10).

Variable: Contacto con usuarios

Media: 7.04

Desviación estándar: 3.62

Puntuación más baja que se puede alcanzar: 5

Puntuación más alta que se puede alcanzar: 27

Rangos de Puntaje	Población en riesgo
5-12	Bajo riesgo
13-20	Mediano riesgo
21-27	Alto riesgo

Esta variable nos muestra que el 48.5% de la población (896 estudiantes) se encuentra en bajo riesgo, esto quiere decir que existe un mínimo contacto con usuarios de droga los cuales pudieran ser amigos y/o familiares muy cercanos, el 2.9% (45 estudiantes) en mediano riesgo y el 2.3% (20 estudiantes) en alto riesgo, aquí es importante observar que no hay mucha diferencia entre el porcentaje de mediano y alto riesgo y esto pone en alerta en cuanto a acciones de prevención (ver figura 11).

Variable: Sexualidad Negativa

Media: 3.87

Desviación estándar: .94

Puntuación más baja que se puede alcanzar: 3

Puntuación más alta que se puede alcanzar: 6

Rangos de Puntaje	Población en riesgo
3	Bajo riesgo
4	Mediano riesgo
5-6	Alto riesgo

En esta variable se observa que el 94.3% (1749 individuos) no contestó a los cuestionamientos de embarazo, aborto y experiencia sexual negativa, Por lo tanto aquella población que sí contestó se observa que el 2.5% (45 individuos) se encuentra en bajo riesgo, el 1.9% (35 individuos) en mediano riesgo y el 1.3% (24 individuos) en alto riesgo (ver figura 12).

Variable: Dificultades Interpersonales

Media: 2.68

Desviación estándar: .72

Puntuación más baja que se puede alcanzar: 2

Puntuación más alta que se puede alcanzar: 4

Rangos de Puntaje	Población en riesgo
2	Bajo riesgo
3	Mediano riesgo
4	Alto riesgo

Esta variable nos muestra que el 3% (55 sujetos) de la población se encuentra en bajo riesgo, el 2.4% (44 sujetos) en mediano riesgo y el 1% (18 sujetos) en alto riesgo, sin embargo el 93.6% (1706 sujetos) de la población no contestó a cuestionamientos sobre si había tenido problemas tanto con asesores y/o amigos en los últimos doce meses o en los últimos treinta días (ver figura 13).

Variable: Dificultades con la droga

Media: 4.11

Desviación estándar: .97

Puntuación más baja que se puede alcanzar: 3

Puntuación más alta que se puede alcanzar: 6

Rangos de Puntaje	Población en riesgo
3	Bajo riesgo
4	Mediano riesgo
5-6	Alto riesgo

Esta variable abunda sobre temas como experiencias desagradables con drogas, el alcohol y/o repetir el ciclo escolar por los que los datos obtenidos nos muestran que el 1.8% (33 sujetos) de la población que contestó se encuentra en bajo riesgo, el 2.4% (43 sujetos) en mediano riesgo y el 1.7% (32 sujetos) en alto riesgo, analizando se diría que el promedio de la población se encuentra en mediano riesgo y deberían de tomarse casi inmediatamente acciones de prevención en cuanto que hacer frente a situaciones relacionadas con adictos, pero también hay que resaltar que el 94.1% no contestó a estos cuestionamientos ya que no se han encontrado en estas situaciones (ver figura 14).

Variable: Cambios escolares y de casa

Media: 2.62

Desviación estándar: .69

Puntuación más baja que se puede alcanzar: 2

Puntuación más alta que se puede alcanzar: 4

Rangos de Puntaje	Población en riesgo
2	Bajo riesgo
3	Mediano riesgo
4	Alto riesgo

Esta variable se relaciona con cuestionamientos sobre cambios de escuela y/o de casa que representarían cierta inestabilidad interna en los individuos, sin embargo analizando los datos nos muestran que el 8.2% (150 sujetos) se encuentran en bajo riesgo, el 6.3%

(115 sujetos) en mediano riesgo y el 2% (36 sujetos) en alto riesgo y el 83.5% (1522 sujetos) no contestó, esto se podría suponer porque las opciones de respuesta no manejan más que si les ha ocurrido en los últimos doce meses o en los últimos treinta días (ver figura 15).

Variable: Rompimiento afectivo

Media: 2.68

Desviación estándar: .77

Puntuación más baja que se puede alcanzar: 2

Puntuación más alta que se puede alcanzar: 4

Rangos de Puntaje	Población en riesgo
2	Bajo riesgo
3	Mediano riesgo
4	Alto riesgo

Esta variable se relaciona con acontecimientos como rompimiento de noviazgo o con amigos íntimos lo cual los datos obtenidos fueron los siguientes el 9.4% (171 sujetos) se encuentra en bajo riesgo, el 5.6% (102 sujetos) en mediano riesgo y el 3.5% (337 sujetos) en alto riesgo, el 81.5% (1486 sujetos) no contestó a estos cuestionamientos (ver figura 16).

Variable: Dificultades con la familia

Media: 2.85

Desviación estándar: .85

Puntuación más baja que se puede alcanzar: 2

Puntuación más alta que se puede alcanzar: 4

Rangos de Puntaje	Población en riesgo
2	Bajo riesgo
3	Mediano riesgo
4	Alto riesgo

En cuanto a Dificultades con padres y/o hermanos podemos observar que el 8.2% (150 estudiantes) se encuentra en bajo riesgo, el 4.6% (84 estudiantes) en mediano riesgo y el

5.5% (101 estudiantes) en alto riesgo, aquí es importante resaltar los porcentajes en cuanto a que es mayor en alto riesgo que en mediano y nos llevaría a acciones de prevención de proporcionar habilidad para negociar con la familia. El 81.6% (1488 estudiantes) no contestó a estos cuestionamientos (ver figura 17).

Variable: Sexualidad activa

Media: 7.31

Desviación estándar: 2.89

Puntuación más baja que se puede alcanzar: 3

Puntuación más alta que se puede alcanzar: 16

Rangos de Puntaje	Población en riesgo
3-7	Bajo riesgo
8-12	Mediano riesgo
13-16	Alto riesgo

La variable de sexualidad activa relaciona cuestionamientos como el tener relaciones sexuales, no usar anticonceptivos, o tener varias parejas sexuales. De la población que contestó a estos cuestionamientos encontramos que el 6.7% (123 sujetos) se ubica en bajo riesgo, el 5.5% (99 sujetos) en mediano y el 0.6% (11 sujetos) en alto riesgo. El 87.2% (1590 sujetos) no contestó (ver figura 18).

Variable: Enfermedades comunes

Media: 4.98

Desviación estándar: 1.64

Puntuación más baja que se puede alcanzar: 3

Puntuación más alta que se puede alcanzar: 9

Rangos de Puntaje	Población en riesgo
3-4	Bajo riesgo
5-6	Mediano riesgo
7-9	Alto riesgo

El sufrimiento de enfermedades del aparato respiratorio, digestivo y/o de la piel son las que se cuestionan en esta variable, lo que nos muestran los datos es que el 20.4% (373

sujetos) se encuentra en bajo riesgo, el 17.2% (314 sujetos) en mediano riesgo y el 9.4% (171 sujetos) en alto riesgo. Sin embargo prevalece un alto porcentaje del 52.9% (965 sujetos) que no contestó (ver figura 19).

Variable: Inicio de la vida sexual

Media: 5.27

Desviación estándar: 2.23

Puntuación más baja que se puede alcanzar: 2

Puntuación más alta que se puede alcanzar: 11

Rangos de Puntaje	Población en riesgo
2-4	Bajo riesgo
5-7	Mediano riesgo
8-11	Alto riesgo

La edad en que se inicia a tener una vida sexual y motivos para no usar anticonceptivos son factores que pudieran poner en riesgo a la población. Sin embargo los datos obtenidos muestran que el 5.3% (96 individuos) se encuentra en bajo riesgo, el 5% (92 individuos) en mediano riesgo y el 2.5% (45 individuos) en alto riesgo. El 87.2% (1590 individuos) no contestó a estos cuestionamientos. Aquí es importante resaltar que el promedio de la población se encuentra en mediano riesgo. Por lo tanto es necesario proteger a la población con medidas como crear o desarrollar habilidades para iniciar una vida sexual protegida (ver figura 20).

Variable: Comida Chatarra

Media: 5.15

Desviación estándar: 1.73

Puntuación más baja que se puede alcanzar: 2

Puntuación más alta que se puede alcanzar: 13

Rangos de Puntaje	Población en riesgo
2-5	Bajo riesgo
6-9	Mediano riesgo
10-13	Alto riesgo

En esta variable se trata de relacionar el tipo de alimentación y comer entre comidas, lo que se observa es que el 63.3% (1154 estudiantes) de la población esta ubicada en bajo riesgo, el 34.1% (622 estudiantes) en mediano riesgo y el 0.8% (13 estudiantes) en alto riesgo. Esto nos quiere decir que la alimentación no sería un factor de riesgo para esta población (ver figura 21).

Variable: Salud

Media: 6.64

Desviación estándar: 1.81

Puntuación más baja que se puede alcanzar: 3

Puntuación más alta que se puede alcanzar: 10

Rangos de Puntaje	Población en riesgo
3-5	Bajo riesgo
6-8	Mediano riesgo
9-10	Alto riesgo

Las constantes visitas al médico y la frecuencia de enfermedad puede ser un factor de riesgo y los datos muestran que el 28% (511 sujetos) de la población está en bajo riesgo, el 50.7% (924 sujetos) en mediano riesgo y el 17.6% (322 sujetos) en alto riesgo. Esto pone en alerta en cuanto a proporcionar habilidades de protección para conservar la salud. Ya que el promedio de la población se encuentra en mediano riesgo combinada con otras situaciones pudieran pasar a ser población de alto riesgo (ver figura 22).

Variable: Tiempo Libre

Media: 4.22

Desviación estándar: 1.15

Puntuación más baja que se puede alcanzar: 3

Puntuación más alta que se puede alcanzar: 7

Rangos de Puntaje	Población en riesgo
3-4	Bajo riesgo
5-6	Mediano riesgo
7	Alto riesgo

En la actualidad los juegos por computadora están de moda entre los niños y jóvenes, el número de noches de recreación y/o de ocasiones de consumo de alcohol o drogas son más comunes. Por lo que al observar los datos obtenidos, el 34.7% (632 sujetos) de la población esta en bajo riesgo, el 23.5% (428 sujetos) en mediano riesgo y el 21% (28 sujetos) esta en alto riesgo. Al analizar los porcentajes no varían considerablemente de un nivel a otro por lo que sería necesario desarrollar habilidades en estos individuos en cuanto a aprender a usar el tiempo libre. El 39.8% (725 sujetos) no contestó (ver figura 23).

Variable: Enfermedades sexuales

Media: 1.80

Desviación estándar: 1.35

Puntuación más baja que se puede alcanzar: 1

Puntuación más alta que se puede alcanzar: 3

Rangos de Puntaje	Población en riesgo
1-3	Bajo riesgo
4-6	Mediano riesgo
7-8	Alto riesgo

Esta variable abunda en temas como información que tienen los individuos de la población en cuanto a enfermedades de transmisión sexual, se encontró que el 86% (1569 estudiantes) de la población se ubica en bajo riesgo, el 10% (182 estudiantes) en mediano riesgo y el 1.4% (25 estudiantes) en alto riesgo. Esto quiere decir que el promedio de la población maneja la información sobre enfermedades de transmisión sexual (ver figura 24).

Variable: Embarazo precoz

Media: 4.02

Desviación estándar: 1.83

Puntuación más baja que se puede alcanzar: 2

Puntuación más alta que se puede alcanzar: 13

Rangos de Puntaje	Población en riesgo
2-5	Bajo riesgo
6-9	Mediano riesgo
10-13	Alto riesgo

Esta variable relaciona tanto información sexual como el uso de anticonceptivos. Los datos que se obtuvieron fueron los siguientes: el 73.4% (1338 individuos) se encuentra en bajo riesgo, esto quiere decir que no ha sufrido de una situación de esta magnitud, el 18.7% (342 individuos) se encuentra en mediano riesgo y el 0.9% (16 individuos) en alto riesgo. Aún a pesar que no es el promedio de la población la que se encuentra en mediano riesgo hay necesidad de crear la habilidad en los individuos de que ellos mismos detecten necesidades sexuales y afectivas y sepan encaminar dichas necesidades (ver figura 25).

Variable: Relaciones Afectivas

Media: 6.96

Desviación estándar: 1.53

Puntuación más baja que se puede alcanzar: 5

Puntuación más alta que se puede alcanzar: 10

Rangos de Puntaje	Población en riesgo
5-6	Bajo riesgo
7-8	Mediano riesgo
9-10	Alto riesgo

Esta variable muestra que el 3.5% (63 individuos) de la población se encuentra en bajo riesgo, el 3.2% (57 individuos) en mediano riesgo y el 1.6% (29 individuos) en alto riesgo. Analizando datos el promedio de la población tiene buenas relaciones tanto con

familiares, amigos y novios. Pero no hay que dejar de lado la población que está en mediano riesgo ya que es mínima la diferencia de porcentajes. Por otro lado es importante resaltar que el 91.8% (1674 individuos) no contestó (ver figura 26).

Variable: Trabajo

Media: 6.27

Desviación estándar: 1.03

Puntuación más baja que se puede alcanzar: 3

Puntuación más alta que se puede alcanzar: 10

Rangos de Puntaje	Población en riesgo
3-5	Bajo riesgo
6-8	Mediano riesgo
9-10	Alto riesgo

El tiempo que dedica al trabajo y el destino del dinero puede ser un factor de riesgo para el buen desarrollo de la persona, los datos nos muestran que el 9.4% (173 estudiantes) de la población se encuentra en bajo riesgo, el 44.7% (815 estudiantes) se encuentra en mediano riesgo y el 1.1% (21 estudiantes) en alto riesgo, por lo cual es necesario crear habilidades de gestiones administrativas y de negociación relacionadas con el dinero y el trabajo. El 44.7% (814 estudiantes) no contestó, esto puede ser por que esta población no trabaja (ver figura 27).

En el siguiente capítulo se analizaran y discutirán con mayor detenimiento estos resultados.

CAPÍTULO 6

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

En la investigación realizada por la Encuesta Nacional de Adicciones en 1990, anteriormente referida y haciendo una comparación con este reporte, en ese estudio los jóvenes entre los 12 y 17 años tenían una prevalencia de alcohol de 27.6% y el grupo de 18 a 65 años del 53.5%, en este reporte se encontró que la variable de subcultura adolescente que engloba tanto el uso de tabaco, de alcohol y de marihuana existe un 48.8% que están en bajo riesgo lo cual indica que no han consumido tabaco, alcohol ni marihuana, mientras que el 39.4% (718 sujetos) son de mediano riesgo lo cual observaríamos un constante consumo de estas sustancias, ahora bien haciendo un análisis más exacto se puede mencionar que 71 hombres que es el 55.1% del grupo de mas de veinticinco años son los que más consumen alcohol, tabaco y alguna vez en su vida han consumido marihuana, esto nos lleva al análisis que no hay gran diferencia de porcentajes en el consumo de tabaco, alcohol y marihuana en personas que son mayores de edad, así como a pensar que estas serían las que estuvieran en mayor riesgo, retomando el modelo de Ribes (1992) se estaría considerando las conductas instrumentales que alteran la condición biológica del individuo, esto es un individuo mayor de edad afronta las demandas del medio ambiente diferente a una de menor de edad, esto de acuerdo a las habilidades que se posee para enfrentarlo de manera eficiente.

Por otro lado el estudio realizado por De la Fuente y Cols. en 1987 con estudiantes de nivel medio superior el cual reporto que el 12% había usado una o más drogas, en este reporte se encuentra que el 82.2% (1629 sujetos) nunca ha consumido drogas de ninguna especie, mientras que el 9.6% (33 sujetos) reporta haberlas consumido una o dos veces en su vida. De igual manera se observa que no hay gran diferencia de porcentajes en el uso de sustancias adictivas tanto en estudiantes de una modalidad escolarizada que estudiantes inscritos en una modalidad abierta, es bajo el porcentaje de consumo en ambas muestras.

En cuanto al consumo de cocaína se puede mencionar que el 88.9% (1620 sujetos) en esta población están en bajo riesgo, esto indica que nunca han consumido esta sustancia, el 7.1% (131 sujetos) de este porcentaje el 12.3% (28 sujetos) son hombres de 18 años que la han consumido de 1 a 5 veces en su vida , pero en contraste el 0.8% (14 sujetos) son hombres adictos.

En cuanto a la asociación que pudiera presentarse con el uso de inhalantes y actos antisociales como robos menores y/o mayores se observa que la mayoría de la población el 92.5% (1686 estudiantes) no realiza ninguna de estas acciones y el 2.1% (38 estudiantes) si las ha realizado alguna vez, y el 0.4% (47estudiantes) lo realiza constantemente.

Es importante resaltar que en la variable de Subcultura de la drogas que engloba uso de sedantes, cocaína, heroína, alucinógenos, u otras drogas , así como forzar cerraduras y/o vender droga se obtuvo el 9.6% (33 sujetos) en mediano riesgo y de este porcentaje el mayor es el 3.8% (8 sujetos) que son hombres de 18 años mientras que las mujeres no obtienen puntajes de alto riesgo y el porcentaje que obtienen no rebasa el 2.8% (5 sujetos) de entre lo 20 y 25 años de edad que son de mediano riesgo.

Conviene señalar que existe en las variables con altos porcentajes en mediano riesgo como embarazo precoz con el 18.7%, en cuanto a ocupación el 44.7% esta en riesgo ya sea por su trabajo, el destino del dinero o el número de horas que trabaja, en cuanto a salud observamos que el 50.7% visita constantemente al médico y con frecuencia se enferman, y la variable de comida chatarra nos muestra que el 34.1% de la población no tiene una dieta balanceada.

En la variable de Disponibilidad se observa que el promedio de la población nunca ha vendido marihuana, ni su familia o amigos usan drogas, sin embargo hay que tomar en cuenta que del 49.1% no se obtuvieron datos en esta variable esto se puede interpretar que o bien no quisieron contestar o las preguntas no estaban bien planteadas.

En la variable de sexualidad negativa las opciones no contenían más respuesta más que si lo habían hecho en los últimos doce meses o en los últimos treinta días, esto dejaba fuera a aquellas personas que no habían pasado por una situación así alguna vez en su vida.

Es importante resaltar que en la mayoría de las variables, la población que contestó el instrumento se encontraba en bajo riesgo, tampoco se deja de lado aquellas en las que se encuentran en mediano riesgo, pero es importante resaltar que en ninguna variable se encontró en alto riesgo, ni siquiera en algunas alcanzaron el puntaje más alto como es el caso de las variables de uso de Drogas médicas. Sexualidad activa y Disponibilidad.

Loa datos analizados anteriormente arrojan aspectos importantes como el hecho de que existe un mayor porcentaje de hombres que consumen drogas que las mujeres, que el promedio de edad de mayor consumo de drogas como cocaína e inhalantes es entre lo 18

y 20 años y este consumo no es realmente alarmante ya que son mínimos los estudiantes que reportan una adicción.

Estos resultados también nos lleva a pensar que un estudiante que no asiste comúnmente a clases escolarizadas tiene las mismas posibilidades de usar y abusar de drogas que un estudiante que si asiste, ya que de alguna manera los estudiantes de la modalidad abierta son personas que en su mayoría trabaja y tienen mayor responsabilidad, además que la edad fluctúa entre los 21 a 25 años

El instrumento por su parte en algunas variables como Sexualidad negativa, Dificultades interpersonales, Dificultades con drogas, Cambios de escuela y de casa, Rompimiento afectivo, Diferencias familiares, Sexualidad activa, e Inicio de la vida sexual no dan opción a los individuos de contestar, ya que dan por hecho que en realidad han pasado por esa situación ya sean en los últimos doce meses o en los últimos treinta días. Si es que les haya ocurrido en otro tiempo no les dan opción de contestar, pero por otro lado, nos da la alternativa de que si en el transcurso de ese tiempo no les ha sucedido estas situaciones se supondría que estarían en bajo riesgo, o que por lo menos no serían un factor de riesgo para llegar al uso y abuso de drogas.

CAPÍTULO 7

CONCLUSIONES

El Instrumento de Riesgo Protección para Adultos-Jóvenes permitió observar y cuestionar sobre los patrones de consumo de uso y abuso de drogas entre los estudiantes de Preparatoria Abierta, si es que existía un alto índice de consumo o no y que factores de riesgo podrían estar relacionados con este problema, es importante resaltar que de acuerdo con otros estudios se podría haber encontrado que estos estudiantes reportarían mayor consumo de sustancias y realmente no fue así, ya que de acuerdo a las características mismas del estudiante de Preparatoria Abierta no se encontró un alto índice, pero aún así no podemos dejar de lado a aquellas personas que se encuentran en un alto riesgo.

El Instrumento en algunas secciones no permite contestar a la situación real del estudiante lo cual permitió perder información.

En el aspecto del trabajo del Psicólogo en el ámbito de la educación es transmitir la información de una manera más práctica, menos teórica que permita dar cuenta a la población cuales son los efectos y consecuencias del consumir sustancias adictivas crear programas en diferentes niveles desde el preescolar hasta nivel licenciatura, con actividades dentro y fuera del plantel haciendo participar conjuntamente a los padres de familia y en cuanto a los servicios de salud estos creando actividades tanto en los centros de rehabilitación así como con la familia afectada, dando un tratamiento a nivel familiar.

Mi principal recomendación para orientar a la población de Preparatoria Abierta en el uso y consumo de sustancias es que en un primer momento capacitar a los asesores académicos que llegan a atender a este tipo de usuarios y que no tienen la información para orientar a los estudiantes en este tipo de problemas, así como desarrollar folletos informativos a manera de prevención.

En cuanto al Instrumento se propone que tuviera menos preguntas, ya que el IRPAJ aplicado constaba de 131 preguntas llega a ser cansado para los estudiantes, que las preguntas de que constara fuera más preciso en sus cuestionamientos, ya que en este reporte no se obtuvieron datos por falta de contestación por parte de los encuestados.

ANEXOS

ANEXO I

TABLAS

TABLA 1:

País	Número de encuestas	Tipo de población	Contacto con droga (% de la muestra)		
			<i>Mariguana y LSD</i>	<i>Narcóticos</i>	<i>Otros</i>
Canadá	7	De 15 a 18 años	3.8%	39%	-
India	3	De 15 años en adelante	18%	-	23%
Japón	2	De 15 años en adelante	-	-	2.5%
México	9	A partir de los 14 años	-	Entre 5 y 1%	De 1-5 %
Pakistán	1	Sin especificar	Varía	12% (entre productores)	-
Perú	1	De 12 a 45 años		Sin resultados publicados	
Tailandia	1	Todas las edades	-	12%	-
Estados Unidos	8	De 12 años en adelante	60% de 18 a 25 años 7% a partir de 35 años	-	-

En la tabla se resumen los resultados de 32 encuestas en 8 países diferentes.

TABLA 2

Muestra	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Hombre	952	52,2
Mujer	871	47,8
Total	1823	100%
Edad		
Menor de 18 años	301	16,5
18 años	358	19,6
de 20 a 25 años	873	47,9
Más de 25 años	283	15,5
No contestó	8	0,4
Estado Civil		
Soltero	1521	83,4
Casado	187	10,3
Unión Libre	55	3
Divorciado	46	2,5
Viudo	6	0,3
No contestó	8	0,5
Trabaja		
Sí	961	52,7
No	676	37,1
No contestó	186	10,2
Con quien vive		
Ambos padres	975	53,5
Padre	62	3,4
Madre	365	20
Parientes	124	6,8
Amigos	23	1,3
Solo	68	3,7
Otros	181	9,9
No contestó	25	1,4

Esta tabla muestra los datos demográficos de la muestra, cantidad de individuos y el porcentaje que representa.

TABLA 3

USO DE DROGAS Y CONDUCTA ANTISOCIAL

INDICADOR	PREGUNTAS ASOCIADAS
1. Subcultura adolescente	Uso de tabaco, uso de alcohol, uso de marihuana
2. Subcultura de la droga	Uso de sedantes, o cocaína, o heroína, o de alucinógenos, o de otras drogas; forzar cerraduras, vender drogas .
3. Subcultura delictiva	Tomar un auto sin permiso del dueño, golpear o herir a personas, forzar cerraduras, vender drogas, tomar parte en riñas.
4. Drogas médicas	Uso de anfetaminas, uso de tranquilizantes, uso de sedantes.
5. Cocaína	Uso de cocaína
6. Inhalantes y actos antisociales	Uso de inhalantes, robos menores, robos mayores
7. Disponibilidad	Uso de drogas en la familia y amigos vender marihuana
8. Drogas no especificadas	Uso de alguna otra droga
9. Pandillerismo	Tomar un auto sin permiso del dueño, golpear o dañar algo
10. Contacto con usuarios	Uso de drogas en amigos y familiares

EVENTOS NEGATIVOS DE LA VIDA

INDICADOR	PREGUNTAS ASOCIADAS
11. Sexualidad negativa	Embarazo, aborto, experiencia sexual negativa
12. Dificultades interpersonales	Dificultades con asesores, dificultades con los amigos
13. Dificultades con las drogas	Experiencias desagradables con las drogas, experiencias desagradables con el alcohol
14. Cambios escolares y de casa	Cambio de un sistema escolarizado a un abierto, cambio de casa

15. Rompimiento afectivo	Rompimiento de noviazgo, rompimiento con amigos íntimos
16. Dificultades con la familia	Dificultades con los padres y dificultades con hermanos

ESTILO DE VIDA

INDICADOR	PREGUNTAS ASOCIADAS
17. Sexualidad activa	Relaciones sexuales, no usar anticonceptivos, varias parejas sexuales
18. Enfermedades comunes	Aparato respiratorio, aparato digestivo, piel
19. Inicio de la vida sexual	Motivos para no usar anticonceptivos, edad de inicio en la vida sexual
20. Comida chatarra	Tipo de alimentación, comer entre comidas
21. Salud	Número de visitas al médico, frecuencia de enfermedad
22. Tiempo libre	Juegos por computadora, número de noches de recreación y/o de ocasiones de consumo
23. Enfermedades de transmisión sexual	Enfermedades venéreas
24. Embarazo precoz	Información sexual, uso de anticonceptivos
25. Relaciones afectivas	Relaciones con familiares, amigos y novios
26. Trabajo	Si tiene o no patrón, destino de dinero, número de horas que trabaja

Agrupación de variables de acuerdo a factores de riesgo-protección retomado en Llanes (2000)

ANEXO II

INSTRUMENTO

Y HOJA DE RESPUESTA

INEPAR

INSTITUTO DE EDUCACIÓN
PREVENTIVA Y ATENCIÓN DE
RIESGOS. A. C.

INVENTARIO DE RIESGO-PROTECCIÓN PARA ADULTOS JÓVENES (I.R.P.A.J)

Durante la adolescencia y la juventud, existen conductas que, propiciadas por un ambiente de desarrollo inadecuado o por falta de información, pueden derivar en adicciones, conducta antisocial; conflictos familiares, legales, médicos, psicológicos, embarazos no deseados, abortos, etc.

El uso de drogas o alcohol, la conducta sexual desinformada y la violencia pueden ser prevenidos evitando, en la medida de lo posible, los riesgos psicológicos y socioculturales que tales fenómenos llevan implícitos.

El Inventario de Riesgo Protección para Adultos Jóvenes (I.R.P.A.J) se ha desarrollado con el propósito de conocer la frecuencia de este tipo de conductas o eventos favorecedores de riesgo psicosocial entre la población joven.

Si reflexionas en cada una de las preguntas de este cuestionario, y respondes honestamente, además de colaborar con nosotros para conocer las situaciones que están viviendo actualmente los jóvenes, estarás llevando a cabo un momento de concientización sobre tu propia vida que pueden servirte para auto-evaluar que tan protegido estás frente a los factores que ponen en riesgo tu desarrollo. Tus respuestas son anónimas así que trata de ser lo más honesto posible.

MUCHAS GRACIAS POR TU COOPERACIÓN

INSTRUCCIONES

Antes que nada queremos que sepas que tus respuestas a este cuestionario son confidenciales, el cuestionario es anónimo, no registramos ni tu nombre ni tu matrícula, por lo que puedes sentirte libre de responder con sinceridad.

A continuación encontrarás preguntas con una serie de posible respuestas. Lee con cuidado cada pregunta y elige la respuesta adecuada.

Las preguntas son sobre distintos temas, divididos en secciones donde se te pregunta acerca de:

Datos demográficos

Tu estado general de salud

Consumo de drogas y alcohol

Tipo de información sexual que tienes

Conducta agresiva

Actividades en tu tiempo libre

Algunos eventos que pueden haberte ocurrido en la vida.

El empeño que pongas al contestar cada pregunta, siguiendo adecuadamente las instrucciones, será de mucha utilidad para los resultados de este estudio.

En cada pregunta deberás elegir la alternativa que consideres que responde más adecuadamente a la realidad y llenar totalmente los círculos en la hoja de respuestas.

Cada sección del cuestionario tiene sus instrucciones correspondientes, pero es importante señalar que debes contestar cada pregunta en tu hoja de respuestas, como se te muestra en el EJEMPLO Núm. 1

Ejemplo No. 1

5. ¿Actualmente tienes algún empleo remunerado?

A) Sí

B) No

5. A

El llenado en la hoja de respuesta de este ejemplo indica que quien contestó en la Opción B no tiene un empleo remunerado.

De cualquier manera, en caso de tener duda al ir respondiendo este cuestionario, no vaciles en preguntar a la persona que te lo facilitó.

POR FAVOR PROPORCIONA LOS SIGUIENTES DATOS DEMOGRÁFICOS:

1.- ¿ERES TU?

- A) HOMBRE
- B) MUJER

2.-¿CUÁL ES TU EDAD?

- A) Menos de 18 años
- B) 18 años
- C) 20 a 25 años
- D) Más de 25

3.-¿CUÁNTO TIEMPO TIENES EN LA PREPARATORIA ABIERTA?

- A) Menos de 1 año
- B) 1 año
- C) 1 a 2 años
- D) Más de dos años

4.-¿CUÁNTAS MATERIAS HAS ACREDITADO?

- A) Ninguna
- B) De 1 a 3
- C) De 3 a 6
- D) De 6 a 9
- E) Más de 9

5.-¿ACTUALMENTE TIENES ALGÚN EMPLEO REMUNERADO?

(Si la respuesta es negativa pasa a la pregunta 9):

- A) 1 Si
- B) 2 No

6.-¿CUÁNTAS HORAS AL DÍA TRABAJAS?

- A) Menos de 4 horas
- B) 4 horas
- C) 8 horas
- D) Más de 8 horas

7.-ESPECIFICA EL TIPO DE TRABAJO QUE REALIZAS:

- A) Comercio
- B) Ayudante en algún oficio
- C) Empleado federal
- D) Empleado de particulares
- E) Otro.

8.-¿EN QUÉ UTILIZAS EL DINERO QUE GANAS EN TU TRABAJO?

- A) Se lo das integro a tu familia.
- B) Le das parte a tu familia y el resto lo destinas a tus gastos personales.
- C) Lo destinas a tu uso personal.
- D) Otros

9.-TU ESTADO CIVIL ES:

- A) Soltero(a)
- B) Casado
- C) Unión libre
- D) Divorciado(a)
- E) Viudo(a)

10.-ACTUALMENTE VIVES CON:

- A) Ambos padres
- B) Tu padre
- C) Tu madre
- D) Parientes
- E) Amigos
- F) Solo(a)
- G) Otros.

11.-TUS PADRES ESTÁN:

- A) Casados o en unión libre
- B) Divorciados
- C) Separados
- D) Alguno murió
- E) Ambos murieron

12.-¿DENTRO DE TU FAMILIA QUE NÚMERO DE HERMANO ERES?

- A) El primero
- B) El segundo o tercero
- C) Del cuarto a más

13.-¿CUÁNTAS VECES HAS VISITADO AL MÉDICO EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES?

- A) Ninguna
- B) Una vez
- C) Dos veces
- D) Más de dos veces

14.-¿CUÁNTAS VECES TE HAS ENFERMADO EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES?

- A) Ninguna
- B) Una vez
- C) Dos veces
- D) Más de dos veces

15.-¿HAS SUFRIDO ALGUNA ENFERMEDAD IMPORTANTE EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES?

- A) Sí
- B) No

16.-¿QUÉ TIPO DE SERVICIO MÉDICO UTILIZAS GENERALMENTE?

- A) Particular
- B) Del gobierno.

17.-¿CUÁNTAS COMIDAS HACES DIARIAMENTE?

- A) 1
- B) 2
- C) 3
- D) 4

18.-¿CUÁLES DE LOS SIGUIENTES ALIMENTOS COMES DIARIAMENTE EN CUALQUIERA DE TUS COMIDAS (Leche, huevos, fruta, Carne de res, cerdo, pollo y/o pescado, verduras, pan de dulce o galletas, pastas, frijoles)

- A) Todos los anteriores
- B) Todos los anteriores menos uno
- C) Todos los anteriores menos dos
- D) Todos los anteriores menos tres
- E) Todos los anteriores menos cuatro
- F) Tres de los anteriores
- G) Dos de los anteriores
- H) Uno de los anteriores
- I) Ninguno de los anteriores

19.-¿HAS TENIDO UNA DISMINUCIÓN SIGNIFICATIVA DE PESO EN LOS ÚLTIMOS TREINTA DÍAS?

- A) Sí
- B) No

20.-¿HAS TENIDO AUMENTO SIGNIFICATIVO DE PESO EN LOS ÚLTIMOS TREINTA DÍAS?

- A) Sí
- B) No

21.-ANOTA EN LOS ESPACIOS DISPONIBLES, EL TOTAL DE VECES QUE HAS PADECIDO LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES EN EL ÚLTIMO AÑO:

1. Aparato respiratorio (gripes, catarros, pulmonías, etc.).

- A) Una vez
- B) Dos veces
- C) Más de dos veces

2. Aparato digestivo (diarreas, lombrices, etc.).

- A) Una vez
- B) Dos veces
- C) Más de dos veces

3. Sistema nervioso (tics, vértigo, insomnio, zumbidos en el oído, etc.).

- A) Una vez
- B) Dos veces
- C) Más de dos veces

4. Sistema cardiovascular (dolor en el pecho, falta de aire, entumecimiento, etc.).

- A) Una vez
- B) Dos veces
- C) Más de dos veces

5. Aparato reproductor (padecimientos relacionados con los órganos genitales).

- A) Una vez
- B) Dos veces
- C) Más de dos veces

6. Traumatismos (accidentes, caídas, golpes, heridas).

- A) Una vez
- B) Dos veces
- C) Más de dos veces

7. Alteraciones en la piel (granos, acné, salpullido, manchas, irritaciones, etc.).

- A) Una vez
- B) Dos veces
- C) Más de dos veces

**EXISTEN DROGAS QUE ES FRECUENTE QUE CONSUMAN ALGUNOS JOVENES;
DESEAMOS SABER SI LAS HAS UTILIZADO ALGUNA VEZ EN TU VIDA Y/O EN LOS
ÚLTIMOS TREINTA DÍAS.**

22.-¿HAS FUMADO TABACO ALGUNA VEZ EN TU VIDA?

- A) Nunca
- B) Sí, 1 o 2 veces
- C) Sí, más de 3 veces

23.-¿HAS FUMADO TABACO EN LOS ÚLTIMOS TREINTA DÍAS?

- A) No
- B) Sí, de 1 a 5 veces
- C) Sí, de 6 a 19 veces
- D) Sí, más de 20 veces

24.-¿HAS TOMADO ALCOHOL ALGUNA VEZ EN TU VIDA?

- A) Nunca
- B) Sí, 1 o 2 veces
- C) Sí, más de 3 veces

25.-¿ HAS TOMADO ALCOHOL EN LOS ÚLTIMOS TREINTA DÍAS?

- A) No
- B) Sí, de 1 a 5 veces
- C) Sí, de 6 a 19 veces
- D) Sí, más de 20 veces

26.-¿HAS FUMADO MARIJUANA ALGUNA VEZ EN TU VIDA?

- A) Nunca
- B) Sí, 1 o 2 veces
- C) Sí, más de 3 veces

27.-¿HAS FUMADO MARIJUANA EN LOS ÚLTIMOS TREINTA DÍAS?

- A) No
- B) Sí, de 1 a 5 veces
- C) Sí, de 6 a 19 veces
- D) Sí, más de 20 veces

28.-¿HAS TOMADO ANFETAMINAS (Píldoras para la dieta, chochos, aceleradores) ALGUNA VEZ EN TU VIDA?

- A) Nunca
- B) Sí, 1 o 2 veces
- C) Sí, más de 3 veces
- D) Otros.

29.- ¿HAS TOMADO ANFETAMINAS (píldoras para la dieta, chochos, aceleradores) EN LOS ÚLTIMOS TREINTA DÍAS?

- A) No
- B) Sí, de 1 a 5 veces
- C) Sí, de 6 a 19 veces
- D) Sí, más de 20 veces
- E) Otros.

30.-¿HAS ASPIRADO INHALANTES (Pegamentos, thinner, sprays en aerosol, solventes, etc.) ALGUNA VEZ EN TU VIDA?

- A) Nunca
- B) Sí, 1 o 2 veces
- C) Sí, más de 3 veces
- D) Otros

31.-¿HAS ASPIRADO INHALANTES (Pegamentos, thinner, sprays en aerosol, solventes, etc.) EN LOS ÚLTIMOS TREINTA DÍAS?

- A) No
- B) Sí, de 1 a 5 veces
- C) Sí, de 6 a 19 veces
- D) Sí, más de 20 veces
- E) Otros.

32.-¿HAS TOMADO TRANQUILIZANTES (Pastas, librium, valium, etc.) ALGUNA VEZ EN TU VIDA?

- A) Nunca
- B) Sí, 1 o 2 veces
- C) Sí, más de 3 veces
- D) Otros.

33.-¿HAS TOMADO TRANQUILIZANTES (Pastas, librium, valium, etc.) EN LOS ÚLTIMOS TREINTA DÍAS?

- A) No
- B) Sí, de 1 a 5 veces
- C) Sí, de 6 a 19 veces
- D) Sí, más de 20 veces
- E) Otros

34.-¿HAS TOMADO SEDANTES (Barbitúricos, ecuanil, mandrax) ALGUNA VEZ EN TU VIDA?

- A) Nunca
- B) Sí, 1 o 2 veces
- C) Sí, más de 3 veces
- D) Otros.

35.-¿ HAS TOMADO SEDANTES (Barbitúricos, ecuanil, mandrax) EN LOS ÚLTIMOS TREINTA DÍAS?

- A) No
- B) Sí, de 1 a 5 veces
- C) Sí, de 6 a 19 veces
- D) Sí, más de 20 veces
- E) Otros.

36.-¿HAS ASPIRADO O TOMADO COCAÍNA ALGUNA VEZ EN TU VIDA?

- A) Nunca
- B) Sí, 1 o 2 veces
- C) Sí, más de 3 veces

37.-¿HAS ASPIRADO O TOMADO COCAÍNA EN LOS ÚLTIMOS TREINTA DÍAS?

- A) No
- B) Sí, de 1 a 5 veces
- C) Sí, de 6 a 19 veces
- D) Sí, más de 20 veces

38.-¿TE HAS INYECTADO HEROÍNA ALGUNA VEZ EN TU VIDA?

- A) Nunca
- B) Sí, 1 o 2 veces
- C) Sí, más de 3 veces

39.-¿TE HAS INYECTADO HEROÍNA EN LOS ÚLTIMOS TREINTA DÍAS?

- A) No
- B) Sí, de 1 a 5 veces
- C) Sí, de 6 a 19 veces
- D) Sí, más de 20 veces

40.-¿HAS CONSUMIDO OPIÁCEOS (Morfina, codeína) ALGUNA VEZ EN TU VIDA?

- A) Nunca
- B) Sí, 1 o 2 veces
- C) Sí, más de 3 veces

41.-¿HAS CONSUMIDO OPIÁCEOS (Morfina, codeína) EN LOS ÚLTIMOS TREINTA DÍAS?

- A) No
- B) Sí, de 1 a 5 veces
- C) Sí, de 6 a 19 veces
- D) Sí, más de 20 veces

42.- ¿HAS CONSUMIDO ALUCINÓGENOS (LSD, peyote, hongos) ALGUNA VEZ EN TU VIDA?

- A) Nunca
- B) Sí, de 1 o 2 veces
- C) Sí, más de 3 veces

43.- ¿HAS CONSUMIDO ALICINÓGENOS (LSD, peyote, hongos) EN LOS ÚLTIMOS TREINTA DÍAS?

- A) No
- B) Sí, de 1 a 5 veces
- C) Sí, de 6 a 19 veces
- D) Sí, más de 20 veces

44.- ¿HAS CONSUMIDO ALGÚN TIPO DE DROGA ALGUNA VEZ EN TU VIDA?

- A) Nunca
- B) Sí, de 1 o 2 veces
- C) Sí, más de 3 veces

45.- ¿HAS CONSUMIDO ALGÚN OTRO TIPO DE DROGA EN LOS ÚLTIMOS TREINTA DÍAS?

- A) Nunca
- B) Sí, de 1 o 2 veces
- C) Sí, de 6 a 19 veces
- D) Sí, más de 20 veces

46.- ¿CUÁNTOS DE TUS AMIGOS, SABES CON SEGURIDAD QUE ESTÁN USANDO ALGÚN TIPO DE DROGA DE LAS MENCIONADAS ANTERIORMENTE?

- A) De uno a dos
- B) De dos a tres
- C) Más de tres

47.- ALGÚN MIEMBRO DE TU FAMILIA TIENE PROBLEMAS POR SU FORMA DE BEBER

- A) Padre
- B) Madre
- C) Hermanos
- D) Otros.
- E) Ninguno

48.- SEÑALA SI ALGUIEN DE TU FAMILIA UTILIZA ALGÚN TIPO DE DROGA,

1.- Padre

- A) Marihuana
- B) Cocaína
- C) Tranquilizantes
- D) Sedantes
- E) Otros
- F) Ninguno

2.- Madre

- A) Marihuana
- B) Cocaína
- C) Tranquilizantes
- D) Sedantes
- E) Otros
- F) Ninguno

3.-Hermanos

- A) Marihuana
- B) Cocaína
- C) Tranquilizantes
- D) Sedantes
- E) Otros
- F) Ninguno

4.- Otros

- A) Marihuana
- B) Cocaína
- C) Tranquilizantes
- D) Sedantes
- E) Otros
- F) Ninguno

49.-¿QUÉ EDAD TENÍAS CUANDO USASTE DROGA POR PRIMERA VEZ? (Cualquier tipo que no sea alcohol o tabaco)

- A) Menos de 14 años
- B) 14 a 15 años
- C) 15 a 18 años
- D) Más de 18 años

50.- SI FUMAS, ESPECIFICA EL NÚMERO DE CIGARRILLOS QUE FUMAS DIARIAMENTE:

- A) Menos de 11 cigarrillos
- B) Más de 11 cigarrillos

51.- ESPECIFICA EL NÚMERO DE "COPAS" QUE BEBES CUANDO SE TE PRESENTA LA OCASIÓN DE CONSUMIR ALCOHOL:

- A) Menos de 4 copas
- B) 4 copas
- C) Más de 4 copas

SEXUALIDAD

52.-¿HAS RECIBIDO INFORMACIÓN SEXUAL, ALGUNA VEZ EN TU VIDA?

- A) Sí
- B) No

53.- ¿QUIÉN TE LA PROPORCIONÓ PRINCIPALMENTE? (Señala la persona de quien hayas recibido mayor información. Marca solo una):

- A) Tu Padre
- B) Tu madre
- C) Ambos: Padre, Madre
- D) Otros parientes.
- E) Los maestros de la escuela
- F) Algún profesionista (Médico, Psicólogo, Orientador(a))
- G) Otras personas.

54.-¿SOBRE QUÉ TEMAS TE HAN INFORMADO (Relaciones sexuales, Anticonceptivos, Enfermedades de transmisión sexual, Relaciones interpersonales con el sexo opuesto, Sentimientos que se experimenta con la sexualidad, Escala de valores para ejercer la sexualidad)

- A) De todos los anteriores
- B) De todos menos de uno
- C) De todos menos de dos
- D) De tres
- E) De dos
- F) De uno
- G) Otros
- H) De ninguno

55.-¿HAS TENIDO RELACIONES SEXUALES?

- A) Nunca
- B) Alguna vez en tu vida
- C) En el último mes
- D) En los últimos 6 meses
- E) En el último año

56.-¿HAS USADO ANTICONCEPTIVOS?

- A) Nunca
- B) Alguna vez en tu vida
- C) En el último mes
- D) En los últimos 6 meses
- E) En el último año

57.-SI HAS USADO ANTICONCEPTIVOS, ESPECIFICA DE QUE TIPO:

- A) Preservativo o condón
- B) Pastillas anticonceptivas
- C) Algún tipo de aparato intrauterino (Diu, T de cobre)
- D) Métodos locales (espumas, óvulos)
- E) Otros.

58.-SI NUNCA HAS USADO ANTICONCEPTIVOS, ESPECIFICA EL MOTIVO

- A) Porque nunca has tenido relaciones sexuales
- B) Porque no los consideras necesarios
- C) Porque no los conoces
- D) Porque te es difícil conseguirlos
- E) Porque no tienes dinero para comprarlos
- F) Porque tu pareja no desea que los uses
- G) Porque te da "pena" usarlos
- H) Otros.

59.- ¿QUÉ EDAD TENIAS CUANDO TUVISTE TU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL?

- A) Menos de 15 años
- B) 15 años
- C) Más de 15 años

60.-¿CON CUÁNTOS (AS) NOVIOS (AS) HAS TENIDO RELACIONES SEXUALES?

- A) Con una
- B) Con más de una

AHORA TE VAMOS A HACER ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE EL NÚMERO DE OCASIONES EN LAS QUE HAS LLEVADO A CABO ALGUNAS CONDUCTAS QUE SUELEN PRESENTARSE DURANTE LA JUVENTUD. Responde de acuerdo al número de veces que has realizado algunas de estas conductas en el último año.

61.-TOMADO UN AUTO SIN PERMISO DEL DUEÑO

- A) Ninguna
- B) Una vez
- C) Más de una vez

62.- GOLPEAR O DAÑAR (a propósito) ALGO QUE NO TE PERTENECE

- A) Ninguna
- B) Una vez
- C) Más de una vez

63.- VENDER MARIGUANA O ALGÚN OTRO TIPO DE DROGA

- A) Ninguna
- B) Una vez
- C) Más de una vez

64.-¿TOMAR COSAS QUE NO TE PERTENECEN, CON VALOR DE \$10,000 O MENOS?

- A) Ninguna
- B) Una vez
- C) Más de una vez

65.-¿TOMAR COSAS QUE NO TE PERTENECEN, CON VALOR DE \$10,000 O MÁS?

- A) Ninguna
- B) Una vez
- C) Más de una vez

66.-¿GOLPEAR O HERIR A UNA PERSONA (a propósito)? SIN CONTAR LOS PLEITOS O DISCUSIONES CON TUS HERMANOS

- A) Ninguna
- B) Una vez
- C) Más de una vez

67.-¿FORZAR CERRADURAS PARA ENTRAR A ALGÚN LUGAR QUE NO SEA TU CASA

- A) Ninguna
- B) Una vez
- C) Más de una vez

68.-¿VENDER DROGA QUE NO SEA MARIJUANA O HASHIS?

- A) Ninguna
- B) Una vez
- C) Más de una vez

69.-¿TOMAR PARTE EN RIÑAS?

- A) Ninguna
- B) Una vez
- C) Más de una vez

70.-CUANDO ESTAS ENTUSIASMADO DISFRUTANDO DE LA PLÁTICA CON LOS AMIGOS O VIENDO LA TELEVISIÓN O ESTUDIANDO SIMPLEMENTE LEYENDO, O PASANDO EL TIEMPO EN LA CASA, ES FRECUENTE QUE:

- A) Prefieras concentrarte en la actividad que estas realizando.
- B) Acompañas dichas actividades comiendo golosinas, botanas o refrescos.

71.- CUANDO DECIDES DORMIR UNA SIESTA, TE OCURRE QUE:

- A) Te sigues durmiendo toda la tarde, aunque tengas otras cosas que hacer.
- B) Solo duermes un tiempo corto, o el que te propusiste

72.- LOS JUEGOS COMPUTARIZADOS Y ELECTRÓNICOS (MAQUINITAS) ESTÁN DE MODA ACTUALMENTE, TE HA OCURRIDO ALGUNA VEZ QUE:

- A) Cuando inicias este tipo de juegos, eres capaz de suspenderlo para realizar otras actividades
- B) Te es muy difícil interrumpir el juego y eres capaz de resistir largas jornadas (toda la mañana o tarde).

73.- EN UNA SEMANA HABITUAL, EN LA RUTINA DE TUS ACTIVIDADES INCLUYES:

- A) Asistir a dos o menos noches de recreación (ir a fiestas o reuniones con los amigos)
- B) Asistir a tres o más noches de recreación (ir a fiestas o reuniones con los amigos)

74.-UN ASPECTO IMPORTANTE DE LA VIDA ES LA REFLEXIÓN SOBRE NOSOTROS MISMOS Y SOBRE LO QUE SUCEDE A NUESTRO ALREDEDOR, USUALMENTE LLAMAMOS A ESTO "MEDITACIÓN" CUANDO REALIZAS ESTA ACTIVIDAD ERES CAPAZ DE:

- A) Pasar una larga jornada (toda la mañana o toda la tarde o más meditando)
- B) Prefieres dedicar a esta actividad tan solo dos horas o menos

A LO LARGO DE NUESTRA VIDA SUELE OCURRIR ALGUNOS "EVENTOS" O "SUCEOS" QUE IMPLICAN EXPERIENCIAS DOLOROSAS O BIEN CAMBIOS IMPORTANTES EN NUESTRA FORMA DE VIDA, QUISIERAMOS QUE NOS DIJERAS SI TE HAN OCURRIDO ALGUNOS DE ESTOS EVENTOS EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES Y EN EL ÚLTIMO MES.

75.- ¿PRESENTAR MATERIAS SIN ACREDITACIÓN

- A) Últimos doce meses
- B) Último mes

76.-CAMBIO DE CASA

- A) Últimos doce meses
- B) Último mes

77.-CAMBIO DE UN SISTEMA ESCOLARIZADO A UN SISTEMA ABIERTO

- A) Últimos doce meses
- B) Último mes

78.- SUSPENSIÓN DEL SERVICIO EN EL SISTEMA ABIERTO POR COMETER ALGUNA ANOMALÍA

- A) Últimos doce meses
- B) Último mes

79.-FUERTES DIFICULTADES CON TUS PADRES

- A) Últimos doce meses
- B) Último mes

80.- FUERTES DIFICULTADES CON TUS HERMANOS

- A) Últimos doce meses
- B) Último mes

81.- SEPARACIÓN O DIVORCIO DE TUS PADRES

- A) Últimos doce meses
- B) Último mes

82.- ROMPIMIENTO DE NOVIAZGO

- A) Últimos doce meses
- B) Último mes

83.- ROMPIMIENTO DE UNA AMISTAD MUY IMPORTANTE PARA TI

- A) Últimos doce meses
- B) Último mes

84.- ENFERMEDAD GRAVE

- A) Últimos doce meses
- B) Último mes

85.-INTENTO DE QUITARTE LA VIDA

- A) Últimos doce meses
- B) Último mes

86.- MUERTE DE ALGUNA PERSONA MUY CERCANA

- A) Últimos doce meses
- B) Último mes

87.-FUERTES DIFICULTADES CON TUS ASESORES

- A) Últimos doce meses
- B) Último mes

88.- FUERTES DIFICULTADES CON TUS AMIGOS

- A) Últimos doce meses
- B) Último mes

89.- CUALQUIER TIPO DE PROBLEMAS CON LA POLICÍA O LAS AUTORIDADES

- A) Últimos doce meses
- B) Último mes

90.- EMBARAZO (si eres hombre contesta en función de tu pareja)

- A) Últimos doce meses
- B) Último mes

91.-ABORTO (si eres hombre contesta en función de tu pareja)

- A) Últimos doce meses
- B) Último mes

92.-EXPERIENCIA SEXUAL QUE TE HAYA ANGUSTIADO O PREOCUPADO

- A) Últimos doce meses
- B) Último mes

93.-ENFERMEDAD GRAVE DE ALGÚN FAMILIAR CERCANO:

- A) Últimos doce meses
- B) Último mes

94.-EXPERIENCIA DESAGRADABLE POR EL USO DE DROGAS:

- A) Últimos doce meses
- B) Último mes

95.-EXPERIENCIA DESAGRADABLE POR EL USO DE ALCOHOL

- A) Últimos doce meses
- B) Último mes

96.-PRESENTAR LA MISMA MATERIA SIN APROBAR

- A) Últimos doce meses
- B) Último mes

97.- SI HUBIERAS USADO MARIJUANA, CREES QUE LO HUBIERAS DICHO EN ESTE CUESTIONARIO?

- A) Si
- B) No
- C) No estoy seguro

98.- SI HUBIERAS USADO HEROÍNA, CREES QUE LO HUBIERAS DICHO EN ESTE CUESTIONARIO?

- A) Si
- B) No
- C) No estoy seguro

99.-SI ESTUVIERA SEGURO DE PODER HACER TRAMPA EN LOS EXÁMENES Y QUE NADIE ME VIERA PROBABLEMENTE LO HARÍA

- A) Cierto
- B) Falso

100.- AUNQUE ME TRAIGA MALAS CONSECUENCIAS, NUNCA DUDO EN AYUDAR A ALGUIEN SI VEO QUE TIENE PROBLEMAS

- A) Cierto
- B) Falso

101.-ALGUNAS VECES ME ES DIFÍCIL CONTINUAR CON MI TRABAJO SI NO ESTOY PRESIONADO

- A) Cierto
- B) Falso

102.-NUNCA ME HA DESAGRADADO ALGUIEN MUY INTERESANTE

- A) Cierto
- B) Falso

103.-EN OCASIONES HE DUDADO ACERCA DE MI HABILIDAD PARA TENER ÉXITO EN LA VIDA

- A) Cierto
- B) Falso

104.-ALGUNAS VECES ME SIENTO RESENTIDO PORQUE NO ME SALEN LAS COSAS COMO QUIERO

- A) Cierto
- B) Falso

105.-SIEMPRE SOY CUIDADOSO EN MI FORMA DE VESTIR

- A) Cierto
- B) Falso

106.-MIS MODALES AL COMER EN MI CASA SON TAN BUENOS COMO CUANDO COMO EN UN RESTAURANTE

A) Cierto

B) Falso

107.-SI ESTUVIERA SEGURO DE QUE PODRÍA ENTRAR AL CINE SIN PAGAR SIN QIE NADIE ME VIERA, PROBABLEMENTE LO HARÍA.

A) Cierto

B) Falso

108.- EN ALGUNAS OCASIONES ME HE DADO POR VENCIDO AL HACER ALGO PORQUE DUDO DE MI CAPACIDAD

A) Cierto

B) Falso

109.-ALGUNAS VECES ME GUSTA CHISMPEAR

A) Cierto

B) Falso

110.-HA HABIDO VECES EN LAS QUE HE SENTIDO DESEOS DE REBELARME CONTRA LAS PERSONAS QUE REPRESENTAN LA AUTORIDAD, AUNQUE YO SEPA QUE TIENEN RAZÓN

A) Cierto

B) Falso

111.-NO IMPORTA CON QUIEN HABLE, SIEMPRE LE ESCUCHO

A) Cierto

B) Falso

112.-RECUERDO HABERME FINGIDO ENFERMO PARA PODER SALIR DE UN PROBLEMA

- A) Cierto
- B) Falso

113.- HA HABIDO OCASIONES EN QUE ME HE APROVECHADO DE ALGUIEN

- A) Cierto
- B) Falso

114.- SIEMPRE ACEPTO MIS ERRORES CUANDO LOS COMETO

- A) Cierto
- B) Falso

115.- SIEMPRE PONGO EN PRÁCTICA LO QUE APRENDO

- A) Cierto
- B) Falso

116.- NO TENGO NINGUNA DIFICULTAD PARA LLEVARME BIEN CON PERSONAS DESAGRADABLES Y AGRESIVAS

- A) Cierto
- B) Falso

117.- ALGUNAS VECES TRATO DE VENGARME EN LUGAR DE OLVIDAR Y PERDONAR

- A) Cierto
- B) Falso

118.-CUANDO NO SÉ ALGO NO ME PREOCUPA ADMITIRLO

- A) Cierto
- B) Falso

119.-SIEMPRE SOY CORTES, AÚN CON GENTE DESAGRADABLE

- A) Cierto
- B) Falso

120.-ALGUNAS VECES ME HE EMPEÑADO EN QUE LAS COSAS SALGAN COMO A MI SE ME ANTOJA

- A) Cierto
- B) Falso

121.-HA HABIDO OCASIONES EN QUE HE SENTIDO GANAS DE DESTRUIR COSAS

- A) Cierto
- B) Falso

122.-NUNCA SE ME OCURRIRÍA DEJAR QUE CASTIGARAN A ALGUIEN POR MIS PROPIOS ERRORES

- A) Cierto
- B) Falso

123.-NUNCA ME MOLESTA QUE ME PIDAN QUE DEVUELVA UN FAVOR

- A) Cierto
- B) Falso

124.-NUNCA ME MOLESTO CUANDO LA GENTE EXPRESA IDEAS DIFERENTES A LAS MIAS

- A) Cierto
- B) Falso

125.-NUNCA HAGO UN VIAJE LARGO SIN ANTES ASEGURARME DEL BUEN FUNCIONAMIENTO DEL AUTOMÓVIL

- A) Cierto
- B) Falso

126.-HA HABIDO ALGUNAS VECES EN QUE ME HE SENTIDO CELOSO(A) DE LA BUENA SUERTE DE OTROS

- A) Cierto
- B) Falso

127.-CASI NUNCA HE SENTIDO LA NECESIDAD DE OFENDER A ALGUIEN

- A) Cierto
- B) Falso

128.-ALGUNAS VECES ME IRRITA QUE LA GENTE ME PIDA FAVORES

- A) Cierto
- B) Falso

129.-NUNCA HE SENTIDO QUE ME HAYAN CASTIGADO SIN UNA CAUSA JUSTIFICADA

- A) Cierto
- B) Falso

130.-A VECES PIENSO QUE CUANDO A LA GENTE LE SUCEDE UNA DESGRACIA SOLO TIENE LO QUE SE MERECE

- A) Cierto
- B) Falso

131.-NUNCA HE DICHO ALGO A PROPÓSITO PARA OFENDER A ALGUIEN

- A) Cierto
- B) Falso

Folio: 0031288

INSTRUCCIONES

1. Llene totalmente los círculos.
2. Si se equivoca bórre completamente.
3. No haga ninguna marca fuera de los círculos.
4. Use solamente lápiz del 2 ó 2 1/2, no use pluma ni marcador.
5. En caso de existir duda no conteste, pregunte al entregar esta hoja.

INCORRECTO CORRECTO



Por favor llene con
veracidad esta hoja.
La información que
se proporciona será
manejada en forma
confidencial y
anónima.

Fecha

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Año										
Mes										
Día										

Entidad Federativa en donde se está
requisitando esta Cédula

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Anota la clave de la Entidad Federativa
en los cuadros y llene los círculos
correspondientes.



SECRETARÍA DE SALUD

abierto

1	A B C D E
2	
3	
4	
5	
6	A B C D E F G
7	
8	
9	
10	
11	A B C D E
12	
13	
14	
15	
16	A B C D E F G H I
17	
18	
19	
20	
21	A B C
22	
23	
24	
25	
26	
27	A B C D E
28	
29	
30	
31	

32	A B C D E
33	
34	
35	
36	
37	A B C D
38	
39	
40	
41	
42	A B C D
43	
44	
45	
46	
47	A B C D E F
48	.1
	.2
	.3
	.4
49	A B C D E F G
50	
51	
52	
53	
54	A B C D E F G H
55	
56	
57	
58	
59	A B C
60	
61	
62	
63	

64	A B C
65	
66	
67	
68	
69	A B C
70	
71	
72	
73	
74	A B
75	
76	
77	
78	
79	A B
80	
81	
82	
83	
84	A B
85	
86	
87	
88	

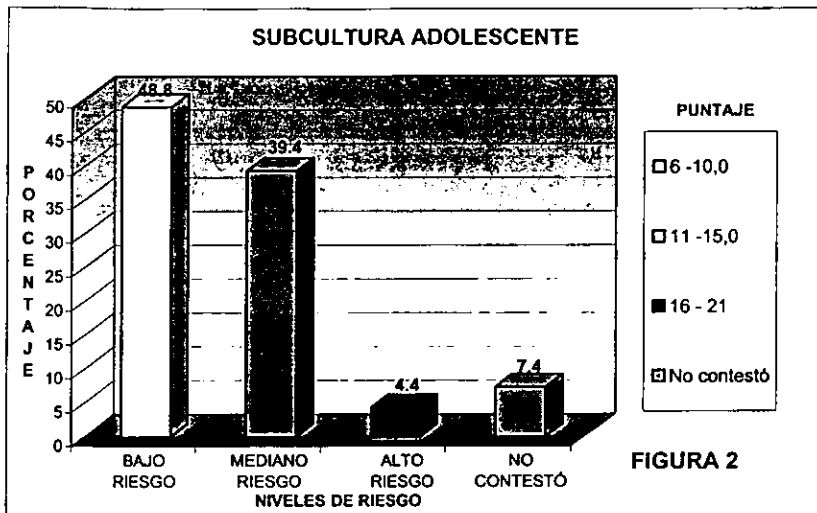
89	A B
90	
91	
92	
93	
94	A B C
95	
96	
97	
98	
99	A B
100	
101	
102	
103	
104	A B
105	
106	
107	
108	
109	A B
110	
111	
112	
113	

114	A B
115	
116	
117	
118	
119	A B
120	
121	
122	
123	
124	A B
125	
126	
127	
128	
129	A B
130	
131	

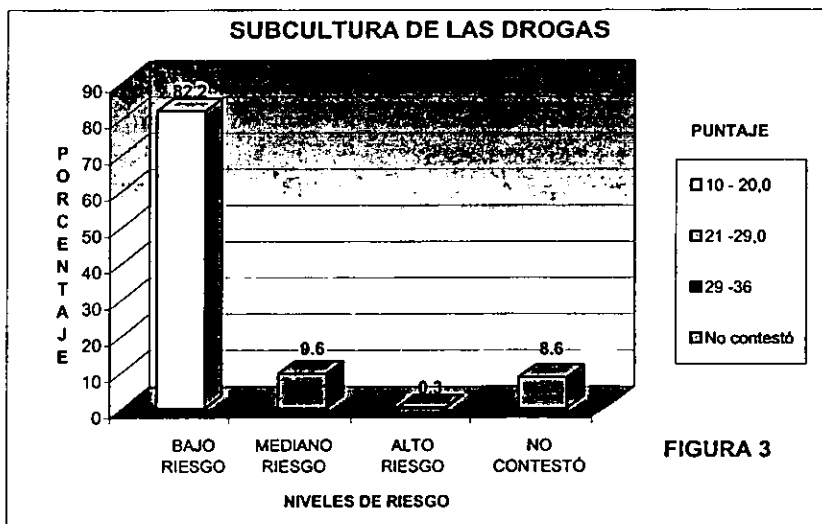
ANEXO III

FIGURAS

USO DE DROGAS Y CONDUCTA ANTISOCIAL

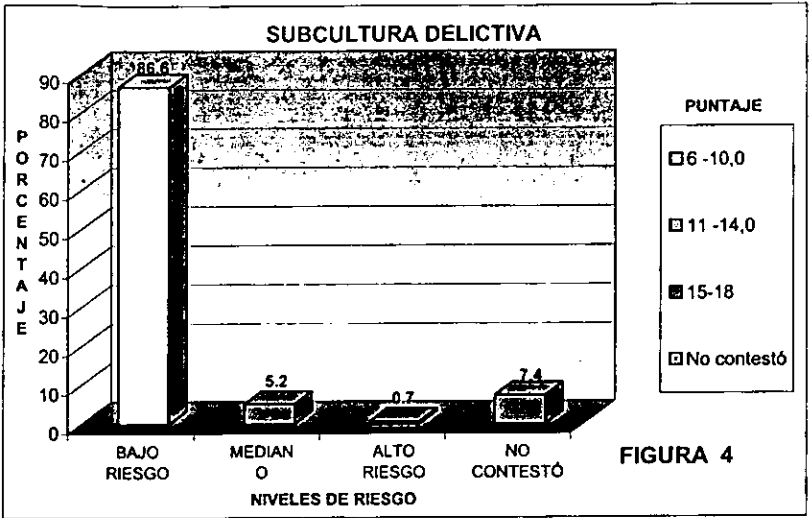


La figura 2 muestra que el 48.8% de la población se encuentra en bajo riesgo, sin embargo el 39.4% se encuentran en mediano riesgo, esto es que existe un alto índice de consumo de tabaco, alcohol y marihuana.

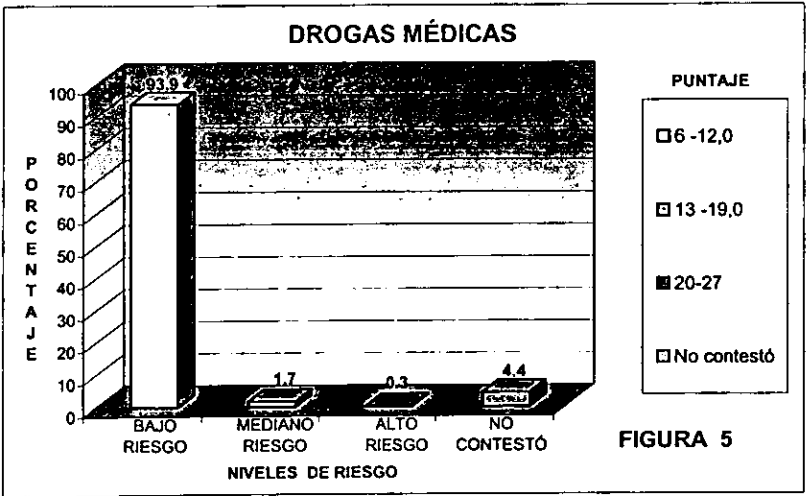


La figura 3 muestra que el 82.2% de la muestra se encuentra en bajo riesgo de consumo de sedantes, heroína o de otras drogas, aunado con forzar cerraduras o venta de marihuana.

FUENTE: IRPAJ 2000

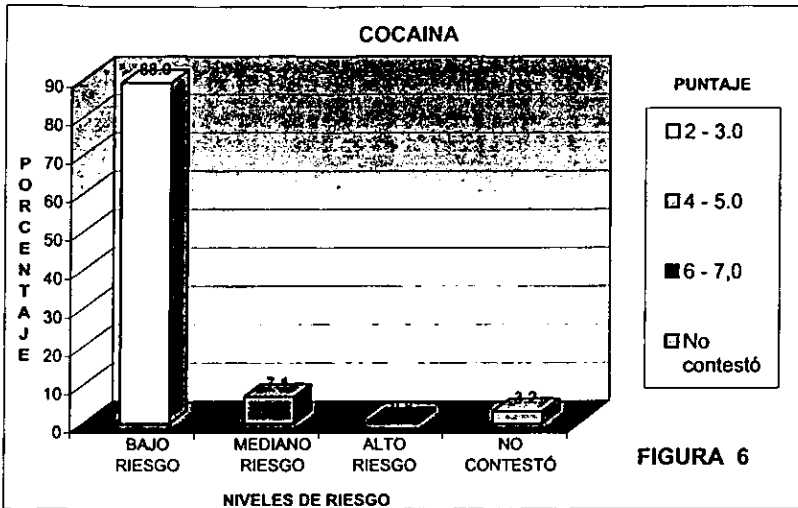


La figura 4 muestra que la mayoría de la población se encuentra en bajo riesgo en esta variable que se refiere a acciones delictivas en menor grado.

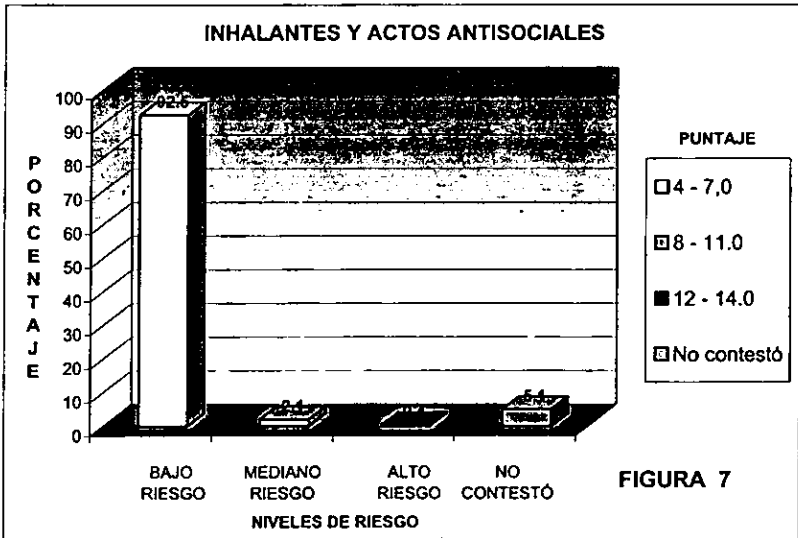


Esta figura (5) muestra que el 93,9% no usan anfetaminas, tranquilizantes, ni sedantes, por lo tanto se consideran en bajo riesgo

FUENTE: IRPAJ 2000

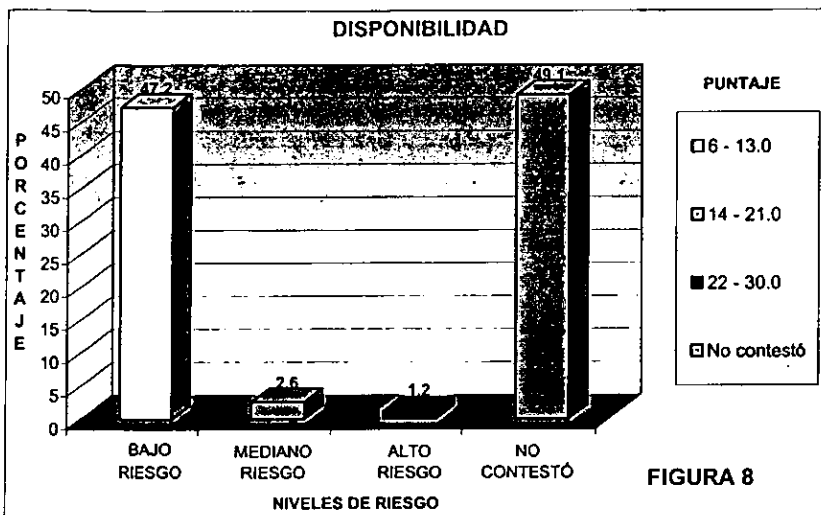


En la figura 6 se muestra que el 88.9% de la población se encuentra en bajo riesgo en cuanto al consumo de cocaína y un porcentaje menor (7.4%) en mediano riesgo.

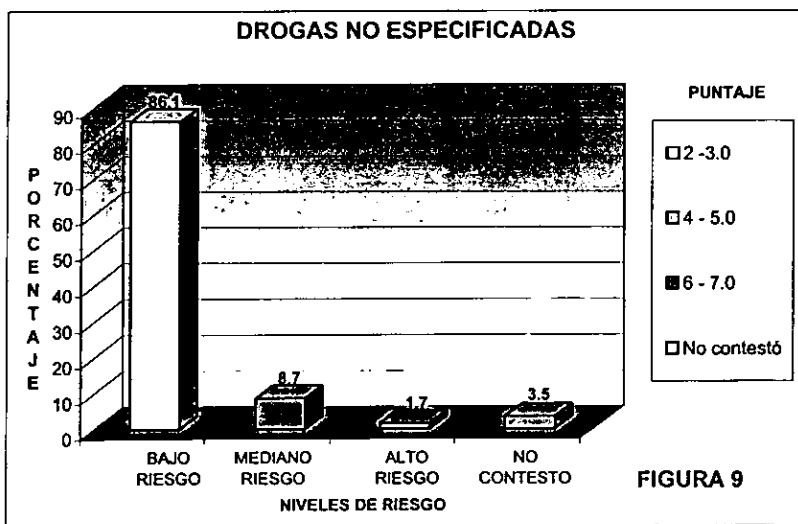


En cuanto a consumo de inhalantes y actos antisociales, la figura 7 muestra que el 92.5% se ubica en bajo riesgo y no hay actos de robo asociados al consumo de drogas.

FUENTE: IRPAJ 2000

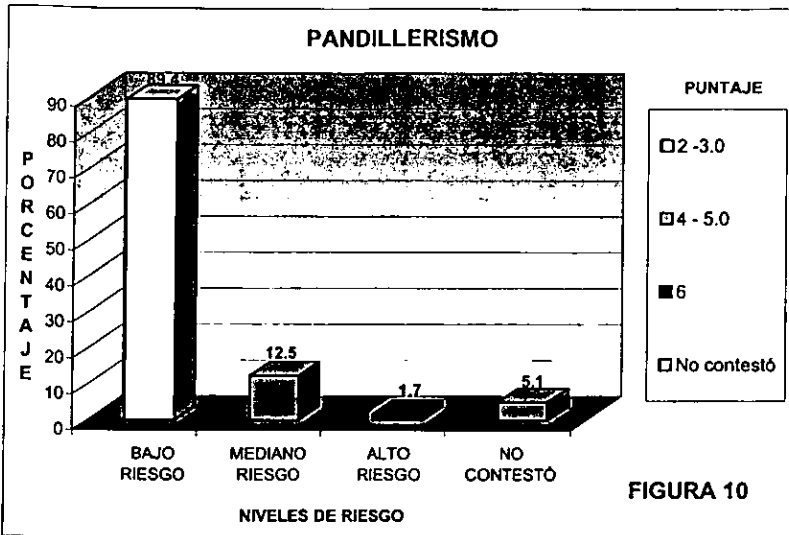


En la figura 8 se muestra que el 47.2% de la población se encuentra en bajo riesgo en cuanto a la disposición de sustancias tóxicas, tanto de uso familiar y/o amigos, sin pasar por alto que existe un alto índice (49.1%) de la muestra que no contestó.

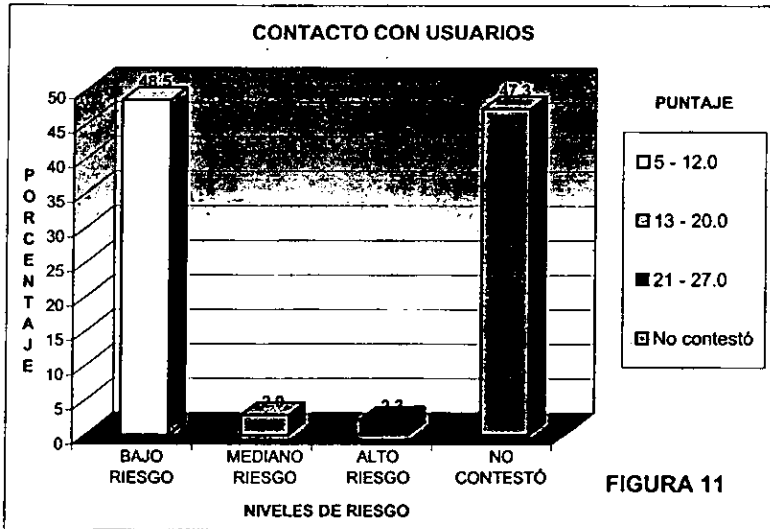


Como se observa en la figura 9, el 86.1% (bajo riesgo) de la muestra reporta no utilizar drogas de ningún tipo.

FUENTE: IRPAJ 2000



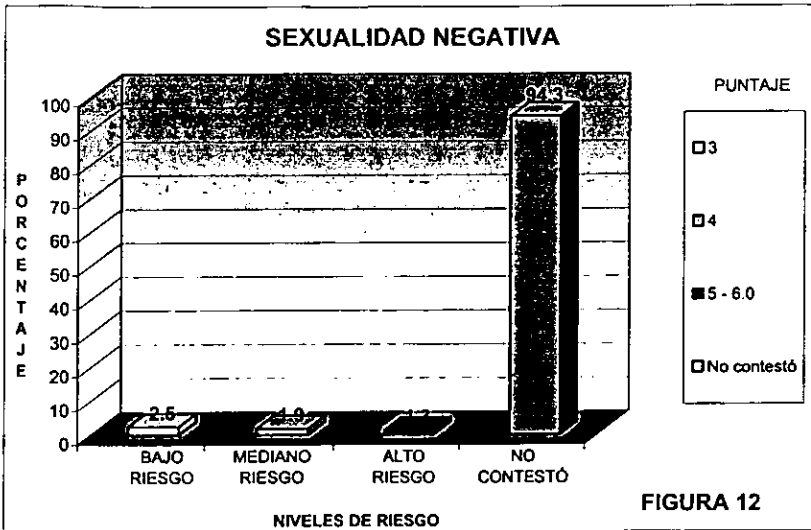
En la figura 10, se observa que el 89.4% de la población encuestada reporta nunca haber tomado un auto sin permiso del dueño, ni golpear o dañar algo a propósito.



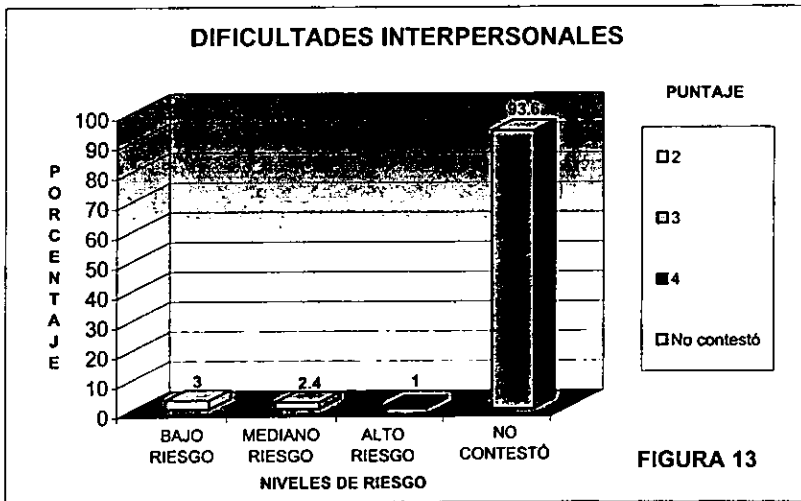
La figura 11, muestra que el 48.5% de la población, reporta no tener contacto con personas que consuman sustancias adictivas, ya sea entre familiares o amigos.

FUENTE: IRPAJ 2000

EVENTOS NEGATIVOS DE LA VIDA

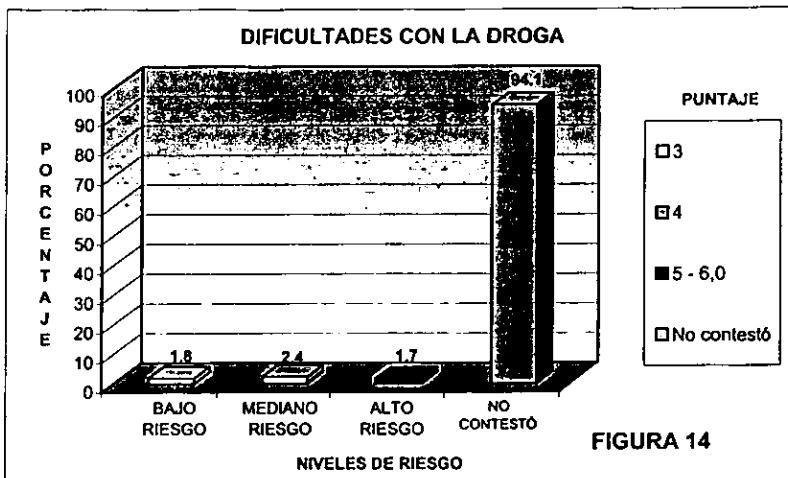


La figura 12, se refiere a la variable de sexualidad negativa, la cual hace referencia a situaciones de embarazo, aborto, y experiencias sexuales negativas, como se observa, de la población que contestó, no se obtienen puntajes altos en los niveles de riesgo.

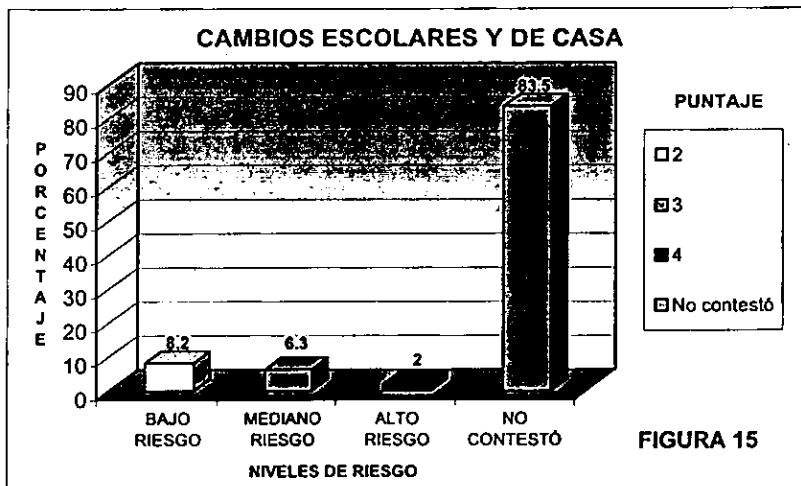


En la figura 13 se muestra que el 93.6% de la población no contestó a cuestionamientos como si han tenido dificultades con asesores o amigos y de la población que si contestó, no se ubican en porcentajes altos en ningún nivel de riesgo.

FUENTE: IRPAJ 2000

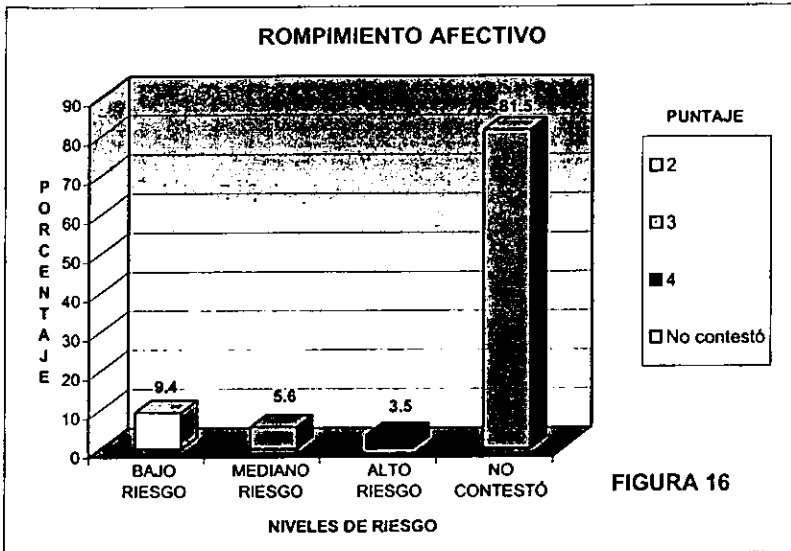


La figura 14 muestra que el 94.1% de la población no contestó a cuestionamientos sobre experiencias desagradables con drogas u alcohol.

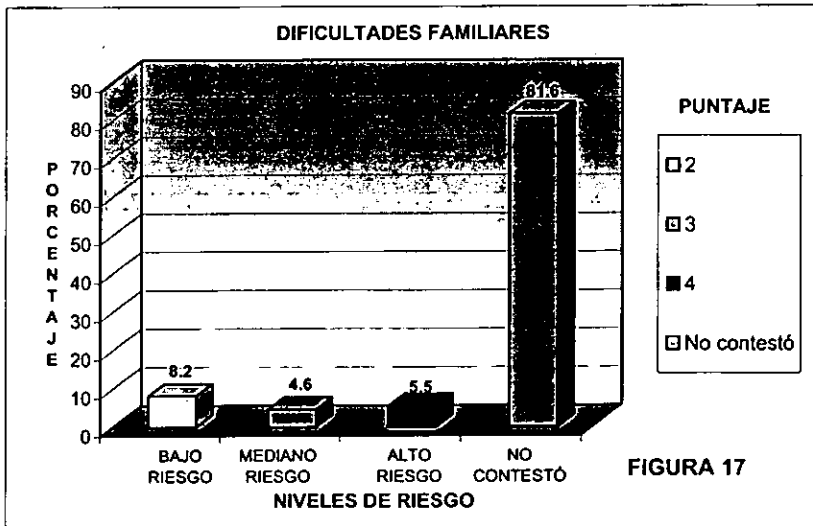


En la figura 15 se observa que el 8.2% de la población ha tenido cambios de un sistema escolarizado a un abierto o un cambio de casa, así como el 83.5% no contestó a este cuestionamiento.

FUENTE: IRPAJ 2000



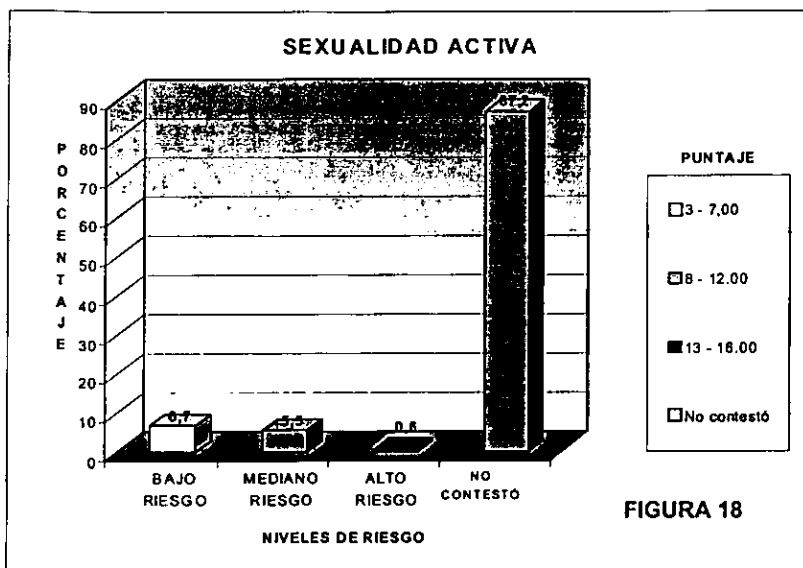
La figura 16 señala que el 9.4% de la población ha tenido rompimiento de noviazgo o con amigos íntimos en los últimos doce meses o treinta días, sin embargo el 81.5% no contestó a estos cuestionamientos.



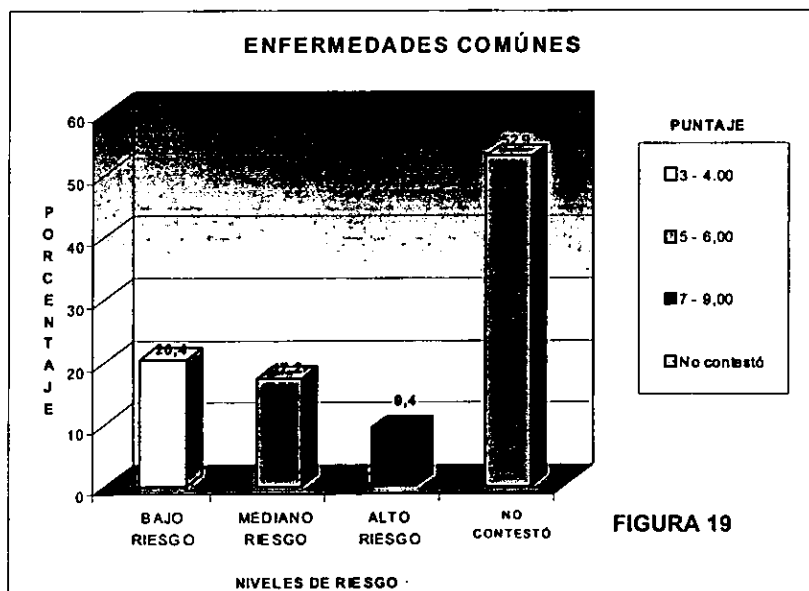
En la figura 17, se muestra que el 8.2% de la población se encuentra en bajo riesgo de consumo de sustancias adictivas, ya que reporta que no haber tenido dificultades con padres u hermanos en los últimos doce meses o treinta días y el 81.6% no contestó a estos cuestionamientos.

FUENTE: IRPAJ 2000

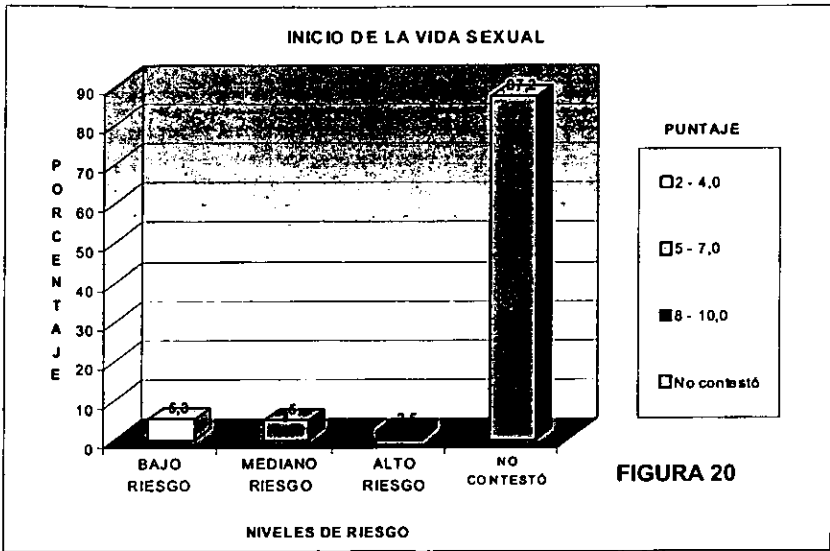
ESTILO DE VIDA



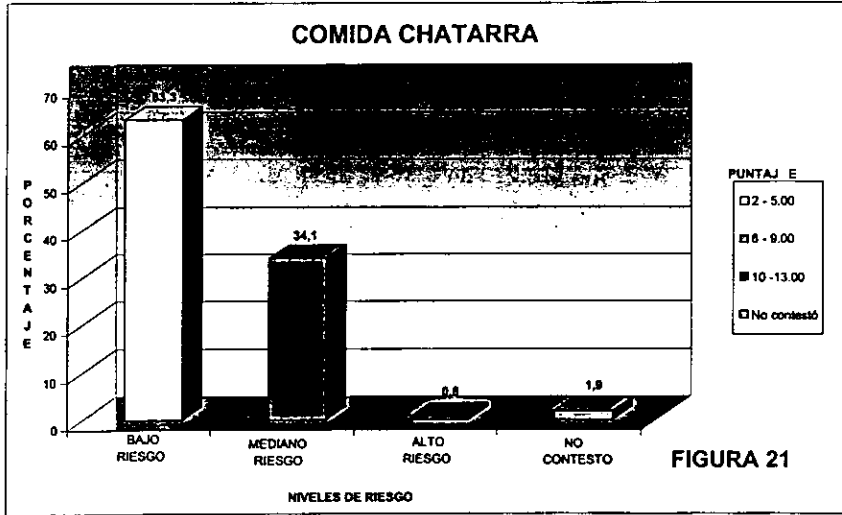
La figura 18 señala que el 87.2% de la población no contestó a cuestionamientos sobre relaciones sexuales, uso de anticonceptivos y parejas sexuales, sin embargo el 6.7% se ubica en un bajo riesgo en cuanto a esta variable.



La figura 19 muestra que el 20.4% de la población se encuentra en bajo riesgo en cuanto a enfermedades comunes, no así el 17.2% que se ubica en mediano riesgo y el 9.4% en alto riesgo, sin embargo el 52.9% no contestó a estos cuestionamientos

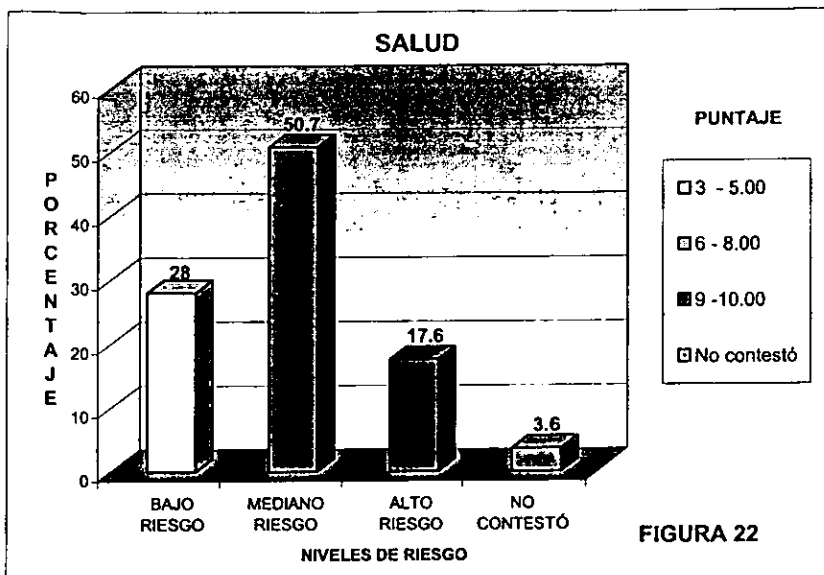


En la figura 20 se muestra que el 5.3% de la población se ubica en bajo riesgo, esto es, que esta población no se ha iniciado en edad temprana en la vida sexual, por otro lado, se observa que el 87.2% no contestó a estos cuestionamientos que engloba la variable.

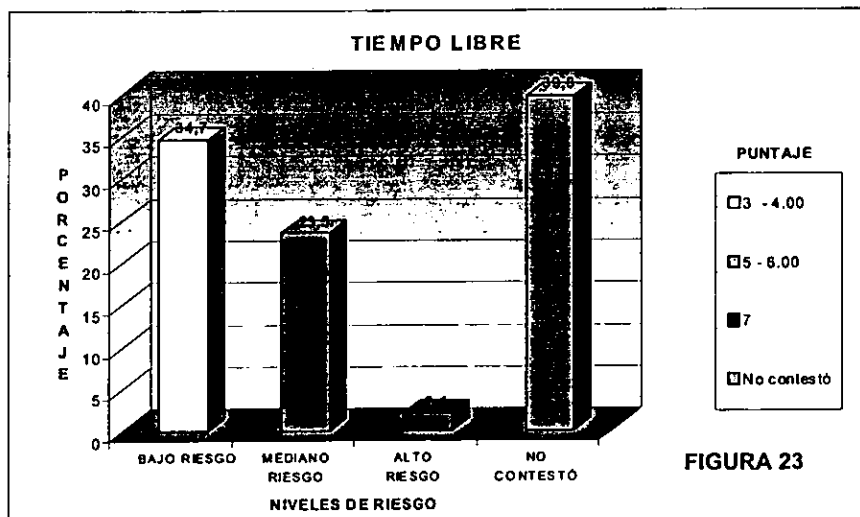


En la figura 21 se observa que el 63.3% de la muestra se ubica en bajo riesgo, esto es, que llevan una alimentación balanceada, el 34.1% en mediano riesgo y el 0.8% en alto riesgo.

FUENTE: IRPAJ 2000



En la figura 22 se muestra que el 50.7% de la población se encuentra en mediano riesgo, es decir, que con frecuencia se enferman y es frecuente las visitas al médico, por otro lado el 28% se ubica en bajo riesgo.



La figura 23 presenta que el 23.5% de la población se ubica en mediano riesgo, esto es, tienen de 3 a 4 noches de recreación, así como afición a juegos por computadora, el 39.8% no contestó.

FUENTE: IRPAJ 2000

ENFERMEDADES SEXUALES

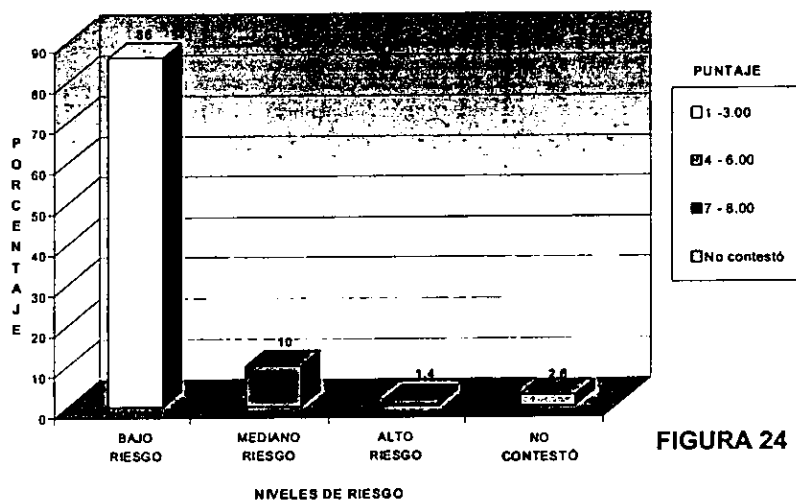


FIGURA 24

Observado la figura 24, se puede ver que en cuanto a enfermedades sexuales, el 86% se encuentra en bajo riesgo, esto es que no han tenido enfermedades de transmisión sexual.

EMBARAZO PRECOZ

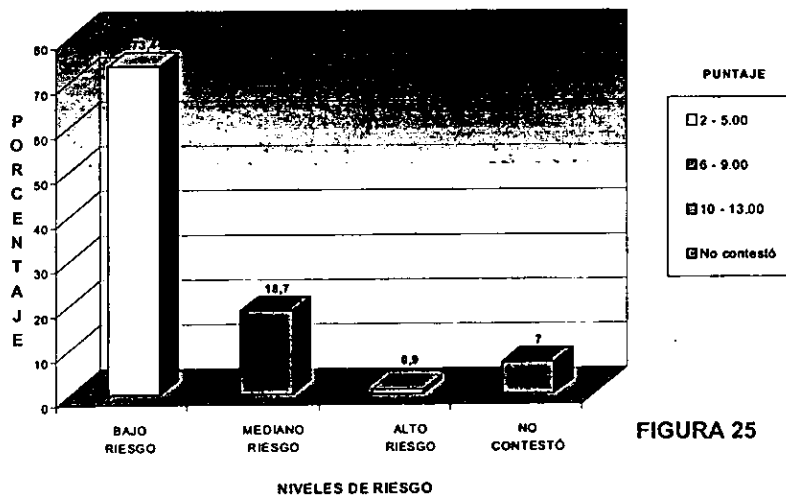
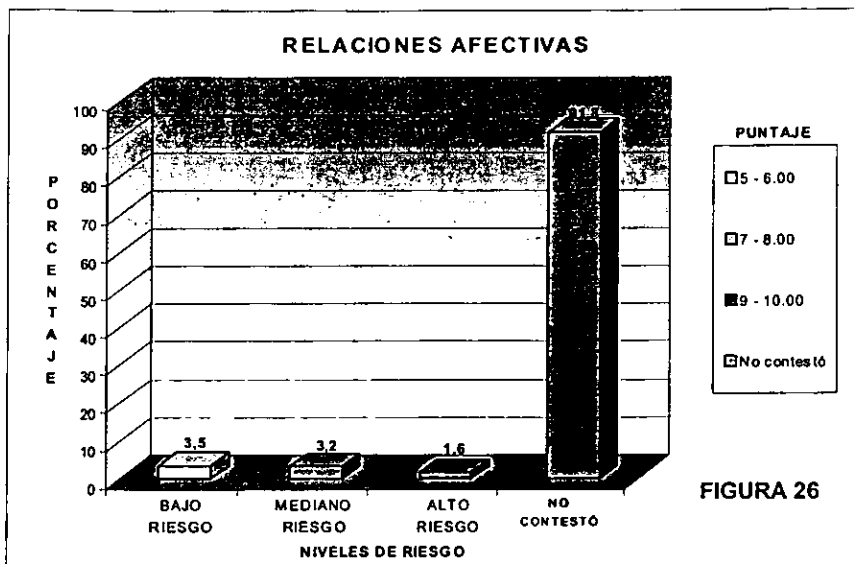


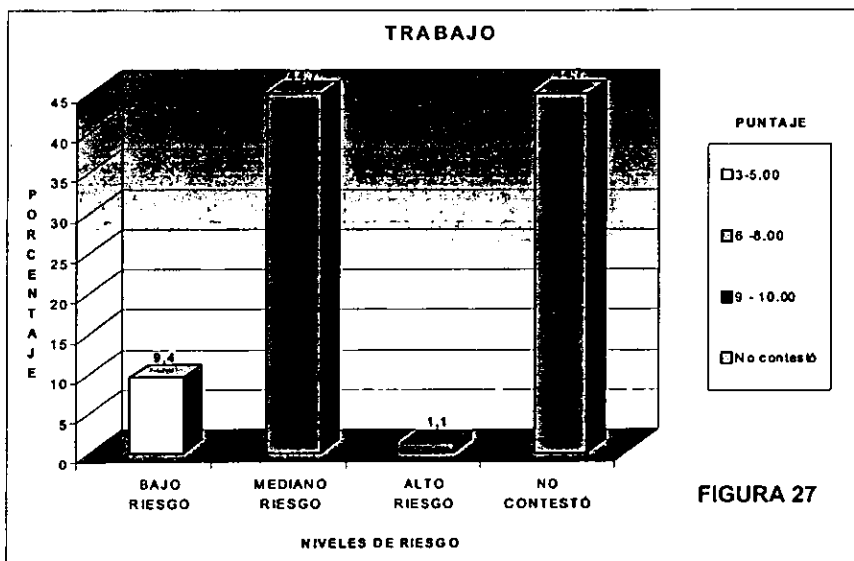
FIGURA 25

La figura 25 muestra que en cuanto a embarazo precoz la población se encuentra en bajo riesgo, esto es tiene suficiente información sexual, así como existe el uso de anticonceptivos.

FUENTE: IRPAJ 2000



La figura 26 muestra que la población que contestó en esta variable no obtuvo porcentajes altos en ningún nivel de riesgo, pero el 91.8% no contestó.



La figura 27 muestra que en cuanto a la variable de trabajo, se puede observar que de entre la población que contestó, el 44.7% se encuentra en mediano riesgo, que trabajan más de las 8 horas, además de tener problemas económicos.

REFERENCIAS

Albee, G.W. (1980). *A competency model to replace the defect model*. Community Pshychology, (pp. 213-238).

Amengual, M., Calafat, A. y Palmer, C. (1993). *Tú decides*, Program dud, Madrid, Ministerio de Cultura,

Bayés, R. (1983). *Aportaciones del conductismo a la salud mental comunitaria*. Estudios de Psicología, 13, (pp. 92-110).

Castro, M. E. *Factores de riesgo asociados al consumo de sustancias psicoactivas en* Tapia, R. (ed) (1994) *Las adicciones, dimensión, impacto y perspectivas*, Manual Moderno, México, cáp. 15, pp. 257-267.

Castro, M.E. y Chávez, A.M. (1986). *Predictores del uso de drogas en jóvenes mexicanos*, Revista Mexicana de Psicología, Vol. 3, (Núm. 165, pp. 5-10).

Castro, M.E., Pérez, M.A., De la Serna, J. y Rojas, E. (1989). *Costo social del uso de marihuana vinculado a la realización de actos antisociales en la población estudiantil*, Revista Mexicana de Psicología, Vol. 6, (Núm. 1. pp. 27-33).

Castro, M. E. (1990). *Indicadores de riesgo para el consumo problemático de drogas en jóvenes estudiantes. Aplicaciones en investigación y atención primaria dentro del plantel escolar*. Salud Pública, México, (pp. 298-308).

Catalano, R.F., Gainey, R.R., Fleming, C., Haggerty, K. y Johnson, N. (1999). *An experimental intervention with families of substance abusers: one-year follow-up of the focus on families project*. Addiction, (94(2), pp. 241-254).

Colotta, V., Alcaraz, V. Y Schuster, C. *Modificación de conducta, Aplicaciones del análisis conductual a la investigación biomédica*. Edit. Trillas. México, D.F. Cáps. 1 y 2.

Costa, M. y López, E., (1982). *La Psicología Comunitaria : un nuevo paradigma*, Papeles del Colegio, 2, (pp. 17-22).

Cruz, A. (2000). *En cinco años aumentó 40% el consumo de drogas en el país*, La Jornada, jueves 22 de junio, Año dieciséis, México, D.F. (número 5678, pp. 30).

Davison, G. y Neale, J. (2000). *Trastornos relacionados con el uso de sustancias en Psicología de la Conducta Anormal*, Cáp. 11, México, Edit. Limusa-Wileypp. 340-388.

De la Fuente, R. y Medina-Mora, M.E. II. (1987). *El abuso y la dependencia de fármacos psicoactivos*, Salud Mental, Vol. 10, (Núm. 2 junio, pp. 14-21).

Dwore, R.B. y Matarazzo, J. (1981). *The behavioral sciences and health education: disciplines with a compatible interest?* Health Education, Vol. 12, (pp.4-7).

Echeburúa E. y De Corral, P. (1998). "Terapia de conducta en la drogadicción". En: Amigo, I. (ed) *Manual de Psicología de la Salud*. Ediciones Pirámide, México, cáp. 4, pp. 211-243.

Guisa Cruz, V. Díaz Barriga Salgado, L. Sánchez Huesca, R., Souza y Machorro, M. (1998). *Farmacoterapia de los síndromes de intoxicación y abstinencia por psicotrópicos*, Centros de Integración Juvenil, SEP, DGETI, SEIT, México.

Lasky, W. C., (1988). *Funciones del yo en el farmacodependiente*, tesis para obtener el grado de maestro en psicología, UIA.

Lawrence, C. (1990). *Psiquiatría Clínica Moderna*. La Prensa Médica Mexicana, México, D.F.

Llanes, B. J. (2000). *Avances y Resultados en la Instrumentación de una estrategia de Orientación Educativa*. Ponencia presentada en la Reunión de Evaluación de Acciones 1999 y de Planeación año 2000, México.

Macía, D. y Méndez, X. "Prevención del consumo de drogas en México". En Buceta, J. M. y Bueno, A. M. (1990). *Tratamiento Psicológico de Hábitos y Enfermedades*. Edit. Psicología Pirámide México, pp. 551-566.

Madden, J.S. (1990). *Alcoholismo y Farmacodependencia*. Edt. El Manual Moderno, México, D. F.

Mas-Condés, C. y Ramírez-P, M.E. (1985). *Consumo de alcohol y drogas en una población de jóvenes estudiantes y no estudiantes*, Salud Mental, Vol. 8 (Núm. 4 diciembre. Pp. 71-79).

Marco Ribe, J. y Martí Tusquets, J. L. (1990). *Problemática psiquiátrico-legal de las drogodependencias* en *Psiquiatría Forense*. Edit. La Prensa Médica Mexicana, Cáp. 27. México, D.F. (pp. 449-476).

Mata Mendoza, A. y Echeverría San Vicente, L. (1998). Rehabilitación de niños y jóvenes farmacodependientes a través de un programa comunitario. pp. 207-215.

Mendes, F.J. (1999). *Drogadicción y Prevención familiar: una política para Europa*. Adicciones, Vol. 11 (Núm. 3, pp. 229-235).

Pons, D.J., Molpeceres, P. M. Y Berjano, P. E. (1995). *Exploración de las motivaciones asociadas al abuso de alcohol en adolescentes: análisis discriminante en función de los valores*. Revista Española de Drogodependencias, Vol. 20, (Núm. 3, pp. 197-213).

Ribes, E. (1992). *Psicología de la Salud: Un análisis conceptual*, Edit. Roca Madrid, Cáp. 1, México, D.F. (pp. 2-35)

Sánchez-Sosa, J. J. (1995). *Desde la prevención primaria hasta ayudar a bien morir: la interfaz, intervención-investigación en psicología de la salud*. La Psicología de la Salud en América Latina. (pp. 35-44).

Tapia-Conyer, R., Medina-Mora, M.E., Sepúlveda, J., De la Fuente, R., Kumate, J., (1990). *La Encuesta Nacional de Adicciones de México*. Salud Pública. Vol. 32, (Núm. 5, pp. 507-522).

Yates, A. (1977). *Terapia del Comportamiento* Edit. Trillas, México, D.F. pp 349-369.